

LES VIOLENCES FAITES AUX ENFANTS

Sous la direction
d'Anne Tursz et de Jon M. Cook



ACTES DE COLLOQUE
SÉNAT, LE 14 JUIN 2013

Les violences faites aux enfants

Sous la direction
d'Anne Tursz et de Jon M. Cook

La **documentation** Française

« En application du Code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992, une reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation de l'éditeur. Il est rappelé à cet égard que l'usage abusif de la photocopie met en danger l'équilibre économique des circuits du livre. »

© Direction de l'information légale et administrative, Paris, 2015
ISBN : 978-2-11-009997-6

Remerciements

Cet ouvrage rassemble les discours et les interventions présentés lors du Colloque national sur les violences faites aux enfants, tenu le 14 juin 2013 au Sénat, sous le haut patronage de Jean-Pierre Bel, président du Sénat. Ce colloque a été organisé par André Vallini, sénateur et président du conseil général de l'Isère, et par un comité scientifique présidé par Anne Tursz, pédiatre, épidémiologiste et directrice de recherche à l'Inserm, et comprenant les membres suivants :

Diogo Alves de Oliveira, interne en pédopsychiatrie, Lille

Sylvain Barbier Sainte Marie, vice-procureur, responsable de la section des mineurs, parquet de Paris

Guillaume Bronsard, pédopsychiatre, Marseille

Stéphane Césari, directeur général adjoint « vie sociale » au conseil général de l'Isère

Jon M. Cook, anthropologue médical

Judith Dulouost, médecin de santé publique, responsable de la cellule santé de l'ASE de Paris

Monique Limon, directrice de l'insertion et de la famille au conseil général de l'Isère

Jean-François Michard, médecin légiste à Uppsala, Suède

Fabienne Quiriau, directrice générale de la Convention nationale des associations de protection de l'enfance (CNAPE)

Céline Raphaël, interne de médecine générale, auteure de *La Démesure*

Caroline Rey, pédiatre, médecin légiste et victimologue, AP-HP

Claude Rougeron, médecin généraliste, professeur d'éthique médicale

Daniel Rousseau, pédopsychiatre en libéral et dans un foyer de l'enfance, Angers

Nadège Séverac, sociologue

Roselyne Venot, commandant de police, conseillère sécurité auprès du recteur de l'académie de Versailles.

Les coordinateurs de l'ouvrage remercient tout particulièrement Clara Brenot et Amélie Girerd, collaboratrices parlementaires d'André Vallini, qui ont joué un rôle central dans l'organisation du colloque, et Pierre Millet, stagiaire au cabinet d'André Vallini au conseil général de l'Isère, qui a assuré la première retranscription des enregistrements des interventions et des débats.

La journée du colloque a été bénévolement animée par deux journalistes, Claire Hédon (RFI) et Fabrice Drouelle (France Inter), avec des qualités exceptionnelles de rigueur, de générosité et d'efficacité.

Les coordinateurs de cet ouvrage remercient l'Inserm pour son soutien.

SOMMAIRE

Remerciements	3
Préface	
Anne Tursz et André Vallini	7
Discours introductifs	
André Vallini	13
Valérie Trierweiler	16
André Syrota	18
Christiane Taubira	21
Najat Vallaud-Belkacem	26
Maltraitance et protection de l'enfance en France : état des lieux	
Loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance : état des lieux Philippe Bas	31
Enfance en danger, enfance maltraitée. Mieux cerner le phénomène pour mieux agir : le rôle de l'ONED Gilles Séraphin	36
Définition, fréquence et coût de la maltraitance. Idées reçues et faits démontrés Anne Tursz, Daniel Rousseau	42
La maltraitance en milieu favorisé. Récit d'une victime : Céline Raphaël Entretien avec Claire Hédon	53
Tables rondes thématiques	
Le repérage	61
La transmission d'information préoccupante, le signalement	81
Le suivi des enfants pris en charge	99
Discours de clôture	
Marie Derain	125
Dominique Bertinotti	128

Les suites du colloque : le Comité de suivi

Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle
des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels 135

Les 44 propositions du Comité de suivi 146

Présentation des auteurs 151

**Les personnalités politiques :
leurs fonctions lors du colloque** 153

Bibliographie générale 155

Liste des sigles 165

Préface

Anne Tursz et André Vallini

Les mauvais traitements envers les enfants se résument souvent à ces terribles faits divers régulièrement rapportés par les médias et parfois décortiqués pendant des semaines. Cette approche de la maltraitance par la juxtaposition d'événements isolés en occulte la fréquence et les conséquences, et contribue au déni d'un ample problème sociétal et de santé publique. Le rejet du mot « maltraitance » est si massif en France que les organisateurs du colloque, dont les exposés et discussions font l'objet de cet ouvrage, ont préféré le mot plus courant de « violences ».

Définir la maltraitance comme une addition de violences physiques, sexuelles et psychologiques, rend mal compte d'un phénomène qui entraîne à long terme une véritable déstructuration des victimes. En effet, selon de nombreuses études rapportées dans la littérature scientifique anglophone, les adultes maltraités dans leur enfance ont, plus que les autres, des problèmes de santé somatique (mauvais état général, hypertension artérielle...) et mentale (dépression, addictions, délinquance, tentatives de suicides...). La problématique doit donc être abordée à travers ce que la maltraitance a nié : les besoins fondamentaux des jeunes enfants. C'est dans ce sens que vont les textes en vigueur en France.

La Convention internationale des Droits de l'Enfant (CIDE), adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies le 20 novembre 1989 et ratifiée par la France en 1990, stipule dans l'article 3, que *« dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale »*.

Cette formulation est reprise et même renforcée dans la loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la Protection de l'enfance : *« L'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant »*. Cette loi introduit par ailleurs la notion de danger, plus vaste que celle de maltraitance, et ouvre donc la voie à la prévention.

Dans les principes, le respect des enfants en tant que personnes est donc bien affirmé. Pourtant, nombreux sont les manquements qui viennent chaque jour montrer le peu de cas qu'on fait d'eux, le déni de ce mépris et le déni de leur maltraitance. Ainsi, l'ampleur de celle-ci n'est pas connue par manque d'outil statistique approprié ; les conséquences à long terme ne sont pas abordées dans l'unique cohorte de naissances jamais mise en place en France (Elfe) tandis que c'est un sujet central dans celles développées au Royaume-Uni, dans les pays scandinaves et en Nouvelle-Zélande. Il n'a

jamais existé de programme national français de prévention de la maltraitance, alors que d'autres domaines de la santé de l'enfant ont été reconnus comme prioritaires et ont fait l'objet de politiques énergiques, des politiques dont l'efficacité a été évaluée. Cela a permis par exemple la décroissance spectaculaire de la mortalité infantile, notamment par la chute vertigineuse du nombre annuel de morts subites du nourrisson (1 400 cas en 1990; 189 en 2011) et celle de la mortalité par accidents domestiques chez le jeune enfant et par suicide chez les adolescents. La France fait la chaise vide aux réunions du « European Child Maltreatment Prevention Action Plan » de l'OMS-Europe à Copenhague. Public, médias et professionnels persistent, pour certains, à s'abriter derrière des dogmes dont on a scientifiquement démontré l'inanité et les effets délétères : la famille naturellement bonne, l'importance du maintien à tout prix du lien biologique, les effets pernicieux de l'intrusion dans la sphère privée, l'association pauvreté-maltraitance.

Dans notre pays, alors que la maltraitance des personnes âgées ou handicapées est très mal perçue, de même que la cruauté envers les animaux, l'enfant reste le seul être vivant qu'on a le droit de frapper. Les adultes victimes de violence sont à même de porter plainte, contrairement aux enfants pour lesquels, de surcroît, certaines formes de violence auraient des vertus pédagogiques. La France reste un des rares pays où l'on persiste à croire qu'il existe une frontière nette entre la « violence éducative ordinaire » et la maltraitance. Cette attitude est l'objet du blâme répété du Conseil de l'Europe quant à l'inexistence d'une loi proscrivant les châtiments corporels des enfants.

Rappelons aussi qu'en juin 2009, le Comité des Droits de l'Enfant des Nations Unies a émis de très sérieuses réserves sur la situation de la France, dans ses observations finales après examen des rapports soumis par les États parties (conformément à l'article 44 de la CIDE). La bonne application de la loi de 2007 était visiblement un souci pour ce Comité qui a demandé à la France « *d'allouer les ressources budgétaires nécessaires à sa mise en œuvre* », de mettre en place des mécanismes de décompte des cas de violence dans les familles et les institutions et « *d'utiliser les médias pour lancer des campagnes de sensibilisation sur la nouvelle loi sur la protection de l'enfance* ». Ces demandes précises sont pour l'instant restées lettres mortes.

Pourtant, le premier article clinique décrivant les lésions typiques des mauvais traitements et les caractéristiques de leurs auteurs a été publié en France, en 1860, par Ambroise Tardieu, titulaire de la chaire de médecine légale de l'Université de Paris de 1861 à 1879 (année de son décès). Dans cet article, intitulé « Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants », publié dans les Annales d'Hygiène publique et de Médecine Légale et portant sur 32 cas de sévices graves, il décrit chacun individuellement et propose une synthèse de l'ensemble, résumant les arguments utilisables pour porter le diagnostic de maltraitance. Tardieu met en avant le jeune âge des enfants : 17 parmi les 32 inclus dans l'étude ont moins de 5 ans. Il décrit les caractéristiques des lésions intentionnelles dont il note les différences avec celles causées de manière accidentelle. Il

constate la gravité de ces mauvais traitements, attestée par un taux de létalité de 56% dans son étude. Il affirme que les auteurs sont le plus souvent les parents (28 cas sur 32). Enfin, il lui semble déplacé « *d'invoquer la folie, que, pour [sa] part, il déclare n'avoir jamais rencontrée chez les auteurs de ces inexcusables violences* », et il croit « *utile de prémunir les médecins appelés comme experts contre la fausse appréciation qui pourrait être faite [de son étude] et contre les erreurs dans lesquelles pourraient les entraîner les moyens d'excuses habituellement allégués par ceux qui se sont rendus coupables de sévices graves [...] et qui ne manquent pas tout d'abord d'attribuer les contusions qui ont été constatées sur le corps à des chutes que l'enfant aurait faites en jouant, à des chocs accidentels* ».

Tardieu s'est élevé contre le travail des enfants et il est également l'auteur d'un ouvrage sur les infanticides, dont il a analysé 555 cas recensés à Paris entre 1837 et 1866. Malgré ses efforts, il n'est pas arrivé à convaincre la communauté médicale de l'importance du phénomène de la violence envers les enfants et il l'a reconnu avec tristesse dans son dernier livre, publié l'année de son décès. Tardieu avait une position éminente, et, à son époque, la France était un pays important, y compris sur les plans médical et scientifique. De plus, la langue française n'avait pas encore été écrasée par la suprématie de l'anglais. On peut donc s'étonner que ses travaux aient eu aussi peu d'écho, en France comme à l'étranger. Pratiquement à la même époque, les travaux de Louis Pasteur, qui a commencé à étudier les microbes et les vaccins à partir de 1876, ont eu une renommée et un écho autrement plus importants. Pour expliquer une telle différence dans l'accueil réservé à ces découvertes médicales, on peut certes arguer du fait que les enjeux de santé publique étaient plus massifs dans le cas de la pathologie infectieuse que dans celui des mauvais traitements à enfants, mais on peut aussi craindre que le problème des jeunes enfants soumis, entre les murs de leurs foyers, aux sévices infligés par leurs propres parents, n'ait pas soulevé autre chose qu'une profonde indifférence, voire un véritable rejet.

La communauté pédiatrique française a complètement oublié les travaux d'Ambroise Tardieu, dont le texte évoqué ci-dessus pourrait avoir été écrit hier tant les caractéristiques de la maltraitance sont immuables, et ce sont les écrits d'un pédiatre québécois, Jean Labbé, qui nous l'ont fait redécouvrir. Au niveau international, il faut attendre 100 ans, en juillet 1962, pour que l'article d'Henry Kempe, « *The battered-child syndrome* » (le syndrome de l'enfant battu), publié dans la revue médicale très prestigieuse JAMA (The Journal of the American Medical Association), soit reconnu comme fondateur. Cet article a eu un retentissement considérable, aux États-Unis d'abord, puis dans de nombreux autres pays. Écrit par un pédiatre (Henry Kempe) et des collaborateurs tous médecins (un radio-pédiatre, un psychiatre et un obstétricien), cet article au titre particulièrement cru confronte la communauté médicale à la fréquence et à la gravité de la maltraitance envers les enfants, et aborde un sujet tabou en affirmant que les auteurs des mauvais traitements sont le plus généralement les parents, et principalement la mère. La crédibilité de cet article est renforcée par le nombre de cas étudiés (plus de 700) et la pertinence des investigations et

de leur analyse, en particulier les examens radiologiques. Kempe décrit les caractéristiques maintenant bien connues de la maltraitance et qui sont celles déjà identifiées par Tardieu. Des parents, il dit : *« ils sont immatures, impulsifs, centrés sur eux-mêmes, stressés, et prompts à réagir car dotés d'une faible capacité à contrôler l'agressivité... Dans certains cas, de tels parents agresseurs ont eux-mêmes été l'objet d'agressions de la part de leurs propres parents quand ils étaient enfants ».*

Henry Kempe est le premier à avoir réussi à alerter efficacement la communauté médicale. L'influence de son article a largement dépassé cette communauté et a été à l'origine de la législation américaine sur le signalement, malgré beaucoup de réticences, voire de colère, notamment dans le monde médical. Kempe lui-même se disait consterné de voir de brillants jeunes médecins inventer n'importe quel diagnostic pour éviter celui que les lésions présentées par un enfant rendaient absolument criant. Il a longtemps souffert de ces situations et, en 1983, un an avant sa mort, il estimait que *« le dénominateur commun était le déni de la maltraitance par ces jeunes et bons médecins qui ne pouvaient tout simplement pas concevoir la réalité des faits de la vie ».*

Le déni de la maltraitance est donc un phénomène très largement répandu. En fait, les affirmations de Tardieu, comme celles de Kempe, choquent profondément la société : d'abord en rapportant des faits, parfois insoutenables, concernant des victimes très jeunes et innocentes ; ensuite en contraignant à accepter l'idée que ce sont les propres parents qui sont les auteurs de ces faits.

Le combat contre la maltraitance n'est pas perdu, comme l'attestent les dires de tous les acteurs de terrain réunis dans cet ouvrage. L'importance accordée aux besoins fondamentaux de l'enfant et aux interactions précoces entre le bébé et ses parents conduit à asseoir les stratégies de lutte contre les mauvais traitements sur la reconnaissance du danger avant la survenue de la maltraitance elle-même, par le dépistage le plus précoce possible des facteurs de risque, avant la naissance si possible. En France, les principaux acteurs de cette prévention sont les professionnels du secteur de la santé, dont on a vu le rôle historique, et qu'il faut convaincre du nécessaire renforcement de leur participation.

De nombreux secteurs professionnels sont concernés par le repérage mais aussi par l'organisation du suivi de l'enfant lorsqu'il est placé. De fait, la suspicion de maltraitance, l'affirmation de son diagnostic, la prise de décision qui s'en suit et le suivi attentif de l'enfant ne peuvent relever d'un professionnel exerçant dans la solitude. Le décroisement entre disciplines, entre institutions, est largement débattu dans cet ouvrage, notamment sous son aspect le plus sujet à controverses : le secret partagé.

Les enfants sont des adultes en devenir. C'est une évidence, on l'oublie souvent, qui doit guider le travail de tous ceux qui œuvrent dans le champ de l'enfance.

DISCOURS INTRODUCTIFS

Discours d'André Vallini

Je vous souhaite la bienvenue au Sénat, où nous allons consacrer cette journée à parler des violences faites aux enfants.

L'idée de ce colloque est née d'une rencontre avec les docteurs Anne Tursz, Daniel Rousseau et Céline Raphaël, dont j'avais lu une tribune dans la presse à la suite de l'affaire dite « de la petite Marina ». Je leur demandais alors quelle contribution je pouvais apporter au combat contre la maltraitance pour échapper à la rage impuissante que j'éprouve, comme vous sans doute, devant ces faits divers qui me laissent horrifié.

Horrifié par le calvaire de la petite Marina donc, bien sûr, comme par celui de la petite Tiphaine, cette fillette elle aussi battue à mort par ses parents.

Horrifié par le martyr, en Isère, du petit Lorenzo, retrouvé mort de soif et de faim au milieu d'excréments de chiens dans l'appartement où sa mère, vivante, était anéantie par la drogue.

Horrifié par la découverte récente, en Seine-Saint-Denis, de deux petits garçons battus et sous-alimentés, vivant dans une cave sans eau ni lumière.

Devant le sort effroyable de ces enfants, la tristesse qui nous étreint ne sert à rien, pas plus que la colère qui nous envahit, si elles ne débouchent que sur l'inaction.

A fortiori pour un responsable politique qui, s'il veut être digne de son mandat, doit toujours chercher à féconder aussi bien ses tristesses que ses colères.

Alors certes, face à la maltraitance des enfants, un colloque peut sembler peu de chose, mais il ne dépend que de nous d'en faire quelque chose. Et ce colloque sera utile s'il nous permet d'abord de montrer que la juxtaposition de ces faits divers, insoutenables, occulte trop souvent que la maltraitance constitue en réalité un véritable phénomène de société : selon des estimations sérieuses, en effet, entre un et deux enfants mourraient chaque jour des violences infligées par des adultes, le plus souvent leurs parents.

Et en France, comme dans les pays développés, il y aurait 10% des enfants qui seraient victimes de violences physiques, d'agressions sexuelles, de négligences graves, d'abandon affectif, d'humiliations ou d'insultes...

Certes, des progrès ont été accomplis ces dernières années, et le reconnaître est aussi un moyen de ne pas céder au découragement qui pourrait poindre parfois, quand se succèdent les faits divers les plus horribles.

Pourtant, force est de constater que ces faits divers se succèdent justement, et que si l'action contre la maltraitance existe, et depuis longtemps, à l'évidence cette action ne suffit pas.

Dans notre pays pourtant, d'autres problématiques de la santé de l'enfant ont fait l'objet de politiques efficaces, comme celles qui ont permis la chute spectaculaire de la mortalité infantile, et notamment de la mort subite du nourrisson ou de la mortalité par accidents domestiques.

La maltraitance semble, elle, beaucoup plus difficile à combattre.

D'abord parce qu'elle entraîne nécessairement une intrusion dans la sphère privée, et qu'elle remet en cause le dogme de la famille naturellement bonne.

Ensuite parce que la violence envers les enfants est un phénomène si déroutant qu'il reste souvent occulté, et que l'atrocité des sévices infligés à des enfants est si difficile ne serait-ce même qu'à concevoir, qu'elle est souvent chassée de notre imaginaire, individuel et collectif, pour aboutir parfois à un déni de réalité.

Déni de réalité d'autant plus facile que les victimes sont sans voix, y compris au sens électoral du terme.

Ce colloque sera donc utile s'il permet de prendre la pleine mesure du phénomène de la maltraitance.

Il sera utile aussi s'il permet d'échapper aux fausses alternatives. Comme celles qui opposent les droits de l'enfant et ceux de sa famille, le parti pris du placement à celui du lien familial, le tout judiciaire à la méfiance à l'égard de la justice, le rôle de l'État à celui des départements, ou encore le secret professionnel au partage de l'information.

Ce colloque sera utile s'il inscrit la lutte contre la maltraitance dans une perspective globale qui va du repérage au suivi en passant par le signalement, le placement, sans oublier la formation des professionnels et l'évaluation de leurs pratiques.

Ce colloque sera utile s'il permet aussi d'évoquer une approche renouvelée de la maltraitance que résume le concept de « résilience », c'est-à-dire une approche capable à la fois de prendre la pleine mesure de la souffrance vécue et, en même temps, de refuser l'assignation des enfants maltraités à cette seule souffrance. La « plasticité » des enfants est grande en effet et quelque abominables qu'aient été les sévices subis, l'irréparable n'est jamais définitif si du moins on ne consent pas à ce qu'il le soit.

Ce colloque sera utile, enfin, s'il permet non seulement de prendre acte des progrès réalisés mais aussi de relever les décalages entre les textes adoptés et leur application concrète, entre les intentions affichées et les pratiques effectives, pour aboutir à des mesures concrètes, de court comme de long terme, que nous proposerons aux pouvoirs publics.

Je veux remercier les membres du comité scientifique qui a préparé ce colloque depuis des mois, sous la présidence vigilante et exigeante d'Anne Tursz, que je veux ici remercier chaleureusement pour son investissement total.

Je veux remercier Claire Hédon, de RFI, et Fabrice Drouelle, de France Inter, qui nous ont proposé d'animer ce colloque gracieusement, dans tous les sens du terme.

Je veux remercier aussi les intervenants qui vont nous faire profiter de leurs expériences et de leurs réflexions.

Je veux remercier bien sûr les membres du gouvernement qui vont participer à nos travaux : Madame Christiane Taubira, ministre de la Justice, Madame Geneviève Fioraso, ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Madame Dominique Bertinotti, ministre déléguée chargée de la Famille, qui sont déjà parmi nous, ainsi que Vincent Peillon, ministre de l'Éducation nationale, et Najat Vallaud-Belkacem, ministre des Droits des femmes, qui nous rejoindront en début d'après-midi.

Je veux vous remercier enfin, chère Valérie Trierweiler, d'avoir accepté de présider ce colloque témoignant de votre implication, forte et méconnue, dans les causes relatives à l'enfance vulnérable, et donc de votre intérêt pour la protection des enfants maltraités, cette mission dont nous allons, aujourd'hui encore, mesurer la difficulté et la grandeur.

Discours de Valérie Trierweiler

Merci d'être là si nombreux.

C'est très impressionnant pour moi de parler à un colloque, c'est la première fois. Je voulais remercier André Vallini, qui est l'organisateur de ce colloque, de m'avoir proposé la présidence d'honneur, et remercier Anne Tursz avec qui nous avons travaillé pour la préparation, merci beaucoup.

Comme vous tous, à chaque fois que j'entends un fait divers, que j'entends un prénom d'enfant qui a fini par mourir sous les coups d'un adulte, sous les coups de son père ou de sa mère, je suis émue, et à chaque fois je me demande comment est-ce possible, comme vous tous, je me dis comment est-ce possible qu'en France on tue un enfant ? Comment est-ce possible qu'en France on viole un enfant ? Comment est-ce possible, en France, qu'on frappe un enfant à coups de marteau ou qu'on l'enferme des années durant dans un placard ? Puisque ça existe... J'en ai rencontré un il y a quelques jours au foyer d'Angers.

Il y a des enfants qu'on a enfermés trois ans dans un placard et qui ont le plus grand mal tout au long de leur vie à récupérer, à s'insérer dans notre société.

Comme vous tous, je m'insurge, je me mets en colère, surtout depuis le fait que je suis mère, il y a de cela plus de vingt ans maintenant, et pourtant ça ne suffit pas. Cela ne suffit pas ! Il faut qu'on réfléchisse tous ensemble à ce que l'on peut faire puisque comment est-ce possible encore une fois, et je reprends l'idée de l'anaphore, comment est-ce possible que deux enfants puissent mourir par jour dans un pays comme le nôtre ? Sous prétexte de châtement, certains commettent des crimes, des enfants meurent et nous ne dirions rien, des enfants souffrent et nous ne ferions rien ? Je pense que cette situation n'est plus envisageable. Bien sûr, en France nous avons l'Aide sociale à l'enfance, nous avons des médecins remarquables, nous avons des professionnels remarquables, vous en faites partie.

Je ne suis pas là pour critiquer, mais je pense que nous sommes tous concernés, c'est pourquoi je suis ici aujourd'hui, et j'ai volontairement utilisé le « on », quand je dis en France « on » tue des enfants, « on » viole des enfants, puisque tous à notre niveau nous pouvons être à côté de ce qui se passe.

Le sujet de l'enfance martyrisée reste en France un tabou. Il ne faut plus qu'il le soit. Près de 173 000 enfants sont, chaque année, retirés à leurs parents et placés soit dans une famille d'accueil, soit dans un foyer.

Avant même qu'André Vallini vienne me solliciter, j'avais visité certains de ces foyers, et je peux vous dire que je garde en mémoire le regard de certains de ces enfants, que je n'oublierai pas.

Les enfants que j'ai rencontrés n'ont pas tous été frappés, n'ont pas tous été violentés. Certains ont subi des violences psychologiques et psychiques qui auront beaucoup plus de conséquences que des violences physiques.

Certains ont subi le défaut de soins, le délaissement, les humiliations, et ce type de maltraitance est cinq fois plus important que les atteintes physiques, et il peut faire davantage de dégâts. Les médecins vous le diront, il est parfois plus facile de réparer les corps que les esprits.

Les séquelles psychologiques qu'auront ces enfants, comme je vous le disais, ne feront pas d'eux des adultes aptes à s'insérer dans notre société.

C'est pourquoi plus vite ils seront pris en charge, et plus vite ils pourront se remettre d'avoir été la proie de leurs parents. Je sais que le placement divise les professionnels. J'ai longtemps pensé moi aussi que rien ne valait les bras d'une mère. Et pourtant certaines mères peuvent faire beaucoup de mal à leurs enfants, comme certains pères.

J'ai rencontré certaines de ces mères. Je suis aussi allé dans des foyers de femmes qui n'avaient pas réussi à créer un lien avec leurs enfants. Ce sont des femmes qui sont elles-mêmes en grande souffrance, qu'il faut aider, également.

Alors je souhaite aujourd'hui que nous unissions nos forces pour dénoncer l'intolérable, pour stopper l'insupportable.

Bien entendu, beaucoup sont déjà mobilisés, je tiens à les saluer, comme je le disais, les associations, les médecins, les assistantes sociales, les responsables d'établissements, les infirmières scolaires, qui agissent quand cela est nécessaire et quand ils ont des soupçons ou des preuves de maltraitance, ou parfois simplement des doutes, mais le fait d'en parler permet de sauver des enfants.

Mais il faut encore aller plus loin, et sans doute reconsidérer les obligations qui incombent à chacun d'entre nous, dès lors qu'il sait qu'un enfant est en danger, ou qu'il a un doute.

Autrement dit, nos responsabilités sont réelles et incontournables.

Il faut également éviter ce que l'on appelle le cloisonnement professionnel, pour parvenir à une amélioration de la situation. Le social est concerné, la justice est concernée, mais aussi l'éducation et la santé, autant de secteurs qui devraient partager toujours plus leurs expériences afin de soulager la vie de nombreux enfants, et qui ne comprennent pas que le danger provient de ceux qui justement leur ont donné la vie.

Encore une fois, nous ne pouvons pas accepter que dans notre pays, notre pays la France, deux enfants victimes de violences meurent par jour.

Merci à tous.

Discours d'André Syrota

L'actualité médiatique nous rapporte très régulièrement des cas d'enfants, parfois très jeunes, victimes de violence et de maltraitance, dont certaines occasionnent leur décès. Leurs parents en sont souvent responsables.

Au-delà des faits divers et de la charge émotionnelle très naturelle qu'ils provoquent, cette violence faite aux enfants représente un véritable problème de société et de santé publique. Un problème dont la France est bien loin d'avoir pris toute la mesure. La question ne date pourtant pas d'aujourd'hui. Je me souviens de mon externat à l'hôpital pédiatrique Bretonneau, situé près de la place Clichy à Paris, mais aujourd'hui disparu, au cours duquel le précurseur de la pédiatrie sociale, le docteur Pierre Strauss, nous apprenait à dépister les signes de maltraitance chez les enfants qui arrivaient aux urgences. Il faut reconnaître que la mission qu'il s'était donnée était plutôt vue avec une certaine condescendance par les professeurs de pédiatrie du service, plus enclins à apprécier les travaux de recherche plus « biologiques ».

C'est un problème de santé publique, car l'effet de la maltraitance ne s'arrête pas d'un coup quand cesse l'acte violent, l'abandon affectif ou la négligence grave : elle a des conséquences à long terme sur la victime en termes de santé physique et mentale. Les enfants victimes deviennent ainsi des adultes fort consommateurs de services de santé et souffrant de divers problèmes d'intégration sociale.

Contrairement à la France, beaucoup de pays ont déjà acté l'existence de ce problème en développant des moyens de recherche et de formation sur la question.

Aux États-Unis par exemple, la maltraitance des enfants est une sous-discipline à part entière de la pédiatrie. Des revues internationales anglophones comme *Child Abuse & Neglect* ou *Child Maltreatment* ont un fort facteur d'impact et témoignent de l'existence de recherches dynamiques.

Notre pays accuse en revanche un sérieux retard.

Ce retard n'est pas une fatalité. D'autres domaines de la santé de l'enfant ont été reconnus comme prioritaires et ont fait l'objet de politiques énergiques, des politiques dont l'efficacité a été évaluée. Cela a permis par exemple la décroissance spectaculaire de la mortalité infantile, notamment par la chute vertigineuse du nombre annuel de morts subites du nourrisson (1400 cas en 1990 ; 250 en 2009) ; et celles de la mortalité par accidents domestiques chez le jeune enfant et par suicide chez les adolescents.

Rien de semblable n'existe dans le domaine des mauvais traitements envers les enfants : nous commençons seulement à rassembler des connaissances sur le phénomène, pour tenter de le quantifier et le qualifier.

Les cliniciens pédopsychiatres ont été pionniers dans ce domaine, lorsqu'ils ont eu à croiser des enfants victimes de violence dans le cadre de leur pratique professionnelle. Mais il y a très peu de recherche académique : le Cermes (unité Inserm 988 UMR 8211) est pour ainsi dire le seul laboratoire français ayant développé un programme spécifique sur la maltraitance.

Annick-Camille Dumaret a analysé les conséquences à long terme des placements des victimes de maltraitance – montrant d'ailleurs que ce placement, en rompant le lien avec les frères et sœurs, peut avoir des effets délétères sur le développement psychosocial de l'enfant et son équilibre affectif.

Anne Tursz, pédiatre, épidémiologiste, directeur de recherche émérite à l'Inserm et présidente du comité scientifique de ce colloque, a montré pour sa part la sous-estimation du nombre des homicides de bébés de moins de un an, nombre qui est probablement de l'ordre de 250 par an, plutôt que les 15 à 20 victimes officiellement enregistrées.

Ce qui suggère le chiffre effrayant de un ou deux enfants tombant chaque jour, en France et en 2013, sous les coups de la violence. Notre société peut-elle accepter cela plus longtemps ?

Encore ces homicides sont-ils la pointe émergée de l'iceberg.

Voici un peu plus de deux ans, *The Lancet* avait publié une étude sur des pays à hauts revenus, sociologiquement et économiquement comparables à la France (qui était absente des pays étudiés). Il en ressortait que 10% des enfants étaient victimes de violences et de maltraitements non mortelles.

Ce chiffre dit assez l'urgence d'une vraie politique de santé publique.

Pour pallier nos connaissances lacunaires, il convient de développer des études longitudinales permettant de circonscrire avec une certaine robustesse statistique les facteurs de risque de la maltraitance, dont on sait déjà qu'ils ne sont pas ou très peu corrélés au niveau socio-économique. Ils relèvent plutôt de facteurs psychoaffectifs traversant tous les groupes sociaux, géographiques, professionnels.

Ces études longitudinales permettraient aussi un suivi des enfants jusqu'à l'âge adulte pour analyser l'ensemble des conséquences à long terme et la part spécifiquement attribuable au traumatisme subi au début du développement de l'individu.

Nous disposerions aussi de quelques éléments robustes pour chiffrer le coût de la maltraitance aux enfants par des recherches en économie de la santé, coût probablement monumental. La seule protection de l'enfance représente aujourd'hui une dépense publique de 6 milliards d'euros par an, sans que le dispositif soit optimalement adapté au problème, tant s'en faut.

Voilà pourquoi, Mesdames et Messieurs, l'initiative fondatrice que représente ce colloque était devenue une absolue nécessité.

Nous devons ensemble prendre toutes les mesures nécessaires pour sortir des idées reçues et d'une ignorance nocive, pour produire des chiffres fiables, pour identifier par les outils de la science toutes les causes et toutes les conséquences des violences faites aux enfants.

Alors, avec tous les professionnels des secteurs concernés, qui sont ici nombreux et dont le travail doit être salué, nous disposerons des outils pour organiser la prévention de ces drames et améliorer l'accompagnement de leurs victimes.

Je vous remercie.

Discours de Christiane Taubira

Cher André Vallini, merci de m'avoir invitée à m'exprimer à l'occasion de l'ouverture de ce rendez-vous extrêmement important. Merci pour la constance de tes engagements, la profondeur et la puissance de tes engagements et pour cette belle initiative, dont nous avons la responsabilité d'assurer la fécondité au terme de ces travaux.

En quelques jours, il m'aura été donné l'occasion, en dehors du ministère de la Justice, d'exprimer toute la préoccupation que m'inspire l'enfance malheureuse dans notre pays. En début de semaine, j'ai demandé à Dominique Attias, secrétaire générale de l'Association Louis-Chatin, de bien vouloir accepter de porter ma voix à la clôture du colloque qu'elle a organisé sur le placement des enfants.

Aujourd'hui, nous allons traiter ce sujet sous un angle différent, plus large et plus sensible. Il s'agit de traiter des violences faites aux enfants. Il s'agit de traiter les violences dont les enfants meurent parfois ou conservent des séquelles à vie. Nous avons toutes les raisons de craindre ces violences fréquentes et massives. Aujourd'hui, nous allons aborder la façon de traiter la maltraitance des enfants.

En matière de droit, la loi du 5 mars 2007 a rappelé la place éminente de l'enfant et de la famille. Madame Trierweiler, vous l'avez dit. Des interrogations nous travaillent. Des interrogations nous traversent sur la bonne mesure, la bonne décision qui protège vraiment. Depuis ces dernières années, nous savons combien la priorité a été préconisée de maintenir l'enfant dans sa famille. Comme vous l'avez dit, parfois, le foyer est un lieu d'hostilité et la famille représente un danger très élevé. La loi de 2007 rappelle également les critères qui fondent l'intervention de la puissance publique, de même qu'elle établit la répartition entre les conseils généraux et l'État. Selon cette loi, les conseils généraux sont les chefs de file. En matière de protection de l'enfance, donc de l'enfance en danger, il leur revient de prendre les premières initiatives. Les principes de subsidiarité sont très clairement consacrés dans la loi. L'intervention judiciaire ne peut avoir lieu qu'à défaut d'une intervention administrative.

Il demeure que la responsabilité de l'État est grande. Cette responsabilité s'exprime d'abord dans l'élaboration du socle normatif, autrement dit dans l'élaboration du socle législatif et réglementaire, qui définit le cadre dans lequel peut s'effectuer cette action sociale. La loi de 2007 a séparé l'intervention auprès des enfants en consacrant aux conseils généraux la protection de l'enfance et en réservant à la responsabilité judiciaire la prise en charge de l'enfance délinquante. Les relations se sont construites. Elles

se sont affinées. D'une certaine façon, elles se sont installées entre l'État et les services départementaux. Osons dire que ces relations se grippent parfois ! Nous devons travailler de façon à améliorer la coordination des interventions des uns et des autres.

Les schémas territoriaux, qui sont définis par les conseils généraux, témoignent de la volonté politique des présidents des conseils généraux. La mise en œuvre est assurée par les services départementaux, mais également par les services de l'État dans les départements. Nous devons saluer le travail et l'effort que les conseils généraux accomplissent. Ils consacrent un budget conséquent à la protection de l'enfance. En 2011, ils lui ont consacré près de 7 milliards d'euros. Sur cette somme, près de 5,5 milliards sont consacrés à l'hébergement, au placement des enfants ; 298 000 enfants sont concernés ; 73 % d'entre eux sont pris en charge à la suite d'une décision judiciaire. Ces chiffres nous donnent la mesure des réponses, qui sont nécessaires au quotidien pour l'enfance en danger. Il faut apporter des réponses aussitôt que l'enfant en danger a été repéré et identifié.

Sur notre territoire, nous avons un maillage social et médical à peu près satisfaisant. Nous avons un dispositif réglementaire et législatif. Notre dispositif administratif et judiciaire peut être considéré comme étant correctement élaboré. Pourtant, comme le disait Monsieur le Sénateur Vallini, entre un et deux enfants meurent de violence chaque jour.

Que se passe-t-il ? Que pouvons-nous faire ? Que se passe-t-il ? Il nous faut un diagnostic. Il nous faut comprendre les mécanismes. Il nous faut comprendre les situations qui conduisent à une telle violence contre des enfants. Il nous faut aussi être en mesure d'y répondre. Nous devons savoir comment nous pourrions énoncer un certain nombre de mesures. Surtout, nous devons savoir comment nous pourrions les articuler entre elles. Ce colloque affiche cette ambition. Nous éprouvons de l'indignation, de l'horreur, une émotion profonde. Tous, lorsque nous entendons ces faits divers monstrueux, nous fondons sans doute en larmes. Comme vous le disiez, cela ne suffit pas. Il faut mettre en place une politique de protection de la jeunesse et de l'enfance maltraitée plus efficace. Nous devons nous appuyer sur des professionnels formés, aguerris et sécurisés dans l'exercice de leur métier.

Ainsi, nous devons nous interroger sur les mécanismes. Nous ne sommes peut-être pas si efficaces que cela. Nous devons améliorer le repérage des enfants qui subissent de la maltraitance. Nous devons oser nous interroger sur les pratiques professionnelles de tous les acteurs qui interviennent autour de l'enfance. Nous devons nous interroger sur les instruments et les outils, qui sont mis à la disposition de ces acteurs. Il faut leur permettre de repérer les enfants qui subissent de la maltraitance. Évidemment, les besoins de coordination et d'articulation de l'intervention des multiples acteurs sont importants. Les acteurs sont les médecins traitants, la protection maternelle et infantile, les centres médicaux psychologiques, les services de pédopsychiatrie, les services hospitaliers, les circonscriptions d'actions sociales départementales, le milieu scolaire, le milieu judiciaire, le milieu associatif.

Nous devons réussir à percevoir et à concevoir l'action de chacun. Nous devons mieux articuler le travail que chacun fait au bénéfice des enfants exposés à la maltraitance.

Les conseils généraux ont installé des cellules d'informations préoccupantes. Elles concentrent les signalements. Nous devons regarder de près, ausculter les modalités de fonctionnement de ces cellules d'informations préoccupantes.

Concernant l'institution judiciaire, il est important que nous mesurions mieux la façon dont les parquets sont sensibilisés à ces questions. Nous devons mieux mesurer la réactivité avec laquelle ils y répondent. Telle est ma responsabilité première. Nous devons mesurer la diligence et la pertinence des réponses avec lesquelles ils peuvent sanctionner de façon à ce que la conscience de la gravité de l'acte soit réelle. Nous devons aussi nous interroger sur les modalités des réponses qui sont apportées. Nous devons surtout nous interroger pour savoir si ces réponses sont lisibles et intelligibles pour les familles concernées et pour les services sociaux. Nous devons vérifier si l'institution judiciaire est bien armée. Je le répète, telle est ma responsabilité première. Les parquets et les juges des enfants doivent disposer d'outils d'aide à la décision. Ils doivent pouvoir faire face, avec la plus grande efficacité et la plus grande clairvoyance, aux situations auxquelles ils sont confrontés. Ensuite, nous devons étudier l'état de la question au niveau de la médecine légale. Nous pourrions sûrement tirer de nombreux enseignements de la pratique de la médecine légale.

La maltraitance des enfants nous tarade. Elle nous poursuit. Elle est déjà prise en charge. Elle est prise en charge par les conseils généraux. Elle est aussi prise en charge par l'Observatoire national qui nous fournit quelques éléments, en plus des données scientifiques élaborées par l'Inserm. L'Observatoire national fait des préconisations. Je ne doute pas qu'aujourd'hui nous enrichirons nos réflexions. Du fait de nos échanges, nous devons rendre les propositions de l'Observatoire encore plus fructueuses. L'Observatoire national est présent dans certains départements. Seuls 54 départements ont une antenne de cet Observatoire national. Il m'a été dit que 18 de ces antennes ne sont animées que par une personne à temps plein. C'est indubitablement insuffisant. Il revient à l'État de s'assurer que son intervention en matière de mise à disposition de personnels sera plus conséquente, à l'avenir. Il faut effectuer un travail interministériel. Nous sommes trois ministres. Vous accueillerez également le ministre de l'Éducation nationale et la ministre des Droits des femmes. Le travail interministériel s'accomplit en interministériel. Avec la ministre déléguée à la Famille, nous tiendrons dans les prochains jours un Comité interministériel.

Le ministère de la Justice est chargé de l'évaluation de la gouvernance de la protection de la jeunesse. À ce titre, nous mobilisons tous les ministères concernés. Nous voulons mieux mesurer les carences de notre gouvernance de la protection de la jeunesse. D'ailleurs, j'ai demandé au Premier ministre de missionner un parlementaire. Il s'agit du sénateur Jean-Pierre Michel. Il devra nous remettre un rapport sur la protection de la jeunesse dans notre pays.

Évidemment, nous avons l'obligation d'agir. Grâce aux antennes de l'ONED, nous considérons qu'il existe une capacité d'intervention de proximité très forte. Les départements visent cet objectif. Il demeure que nous devons toujours faire attention à la proximité. Autant il est important de recenser les bonnes pratiques, autant il importe de les faire remonter et de les diagnostiquer. Il importe de veiller à ce qu'une multitude de politiques départementales ne se déclinent pas sur le territoire. Nous ne devons pas prendre prétexte d'éléments sociologiques ou culturels pour expliquer des particularismes territoriaux. Le pacte républicain doit nous guider. Nos obligations et nos engagements sur les droits et les libertés et en matière de protection des plus vulnérables doivent nous guider. Tel est notre cap. La proximité ne peut nous servir qu'à mieux appréhender l'horreur de ces phénomènes.

Je vous soumetts quelques pistes à partir desquelles le ministère de la Justice a déjà commencé à travailler. Nous avons conscience que nous devons prendre la mesure du phénomène. Des éléments sont fournis par l'Inserm. Le phénomène doit être appréhendé de façon quantitative, mais aussi de façon analytique et de façon plus fine. Nous avons commencé à travailler pour collecter les éléments statistiques disponibles. Pour ma part, j'ai demandé aux parquets généraux de faire remonter le nombre et la nature des procédures. Nous rassemblerons l'ensemble des éléments qui remonteront des différents parquets. Nous croiserons les divers éléments statistiques pour tenter de cerner quantitativement le phénomène. Ensuite, je préparerai les travaux de votre colloque. Nous aiderons à préciser les choses. Je prépare une circulaire. Elle sera adressée aux procureurs généraux et aux procureurs. Je souhaite tout particulièrement attirer l'attention sur les procédures pénales, qui arrivent entre leurs mains après des signalements de faits douteux. Nous voulons mettre en place une doctrine d'intervention égale sur l'ensemble du territoire sur ce type de drame.

Évidemment, il faut assurer une meilleure formation. Je parle de la formation des magistrats, des policiers et des gendarmes, qui sont en première ligne pour le recueil des plaintes. Ils doivent être formés à poser les bonnes questions. Ils doivent enregistrer les bons éléments, qui permettront à la plainte de prospérer et à la procédure d'être solide. L'École nationale de la magistrature mettra en place des formations initiales à destination des futurs magistrats. Nous ouvrirons aussi des modules à destination de ceux d'autres filières professionnelles, qui viennent à l'École nationale de la magistrature pour se former. Nous mettrons en place une formation continue à destination de tous les corps professionnels susceptibles d'intervenir. Je pense aux avocats et aux personnels des services sociaux.

J'ai demandé à la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) de mettre en place un groupe de travail sur l'élaboration d'un code de l'enfance. Dans notre pays, l'enfance doit être prise en charge dans sa totalité, dans son intégralité et dans son intégrité.

Enfin, nous allons poursuivre le travail interministériel, que nous avons commencé. Sous l'impulsion de ce colloque, dont l'initiative est vraiment

bienvenue, nous pourrions peut-être mettre en place une campagne massive de sensibilisation et d'information. Monsieur le Sénateur, vous l'avez rappelé. Des tragédies ont frappé notre pays. Des campagnes de sensibilisation ont été menées sur la mort subite du nourrisson, les suicides d'adolescents et les dangers domestiques. Elles ont permis de les faire reculer de façon très sensible, notamment la mort subite du nourrisson. Par exemple, nous avons informé sur la façon de coucher un bébé. Nous allons travailler à l'élaboration de cette campagne de sensibilisation.

En substance, nous avons un droit relativement satisfaisant. Il répartit clairement les responsabilités. Notre droit établit la charge qui revient à chacun, la charge de l'État en tant que puissance publique, la charge de ses services territorialisés, des services déconcentrés et des services des conseils généraux. Nous avons des services médicaux et des services sociaux de qualité. Ils sont informés. Ils sont formés. Ils interviennent sur la totalité du territoire. Nous avons de nombreux acteurs qui peuvent procéder aux signalements et à la prise en charge de ces enfants. En fait, nous avons un dispositif juridique et administratif relativement satisfaisant. Et pourtant!

Nous devons nous interroger sur le degré d'acceptabilité de cette société. Monsieur le Sénateur, vous le disiez. Nous préférons évacuer. Nous préférons chasser. Nous sommes tellement démunis face à une tragédie pareille. Que dit-elle de nous, cette tragédie ? Quelles sont nos représentations ? Quelles sont nos inhibitions dans cette société ? La sympathie ne suffit pas, l'indignation et la souffrance non plus ! L'empathie ne suffit pas. Quel est notre rapport à cette morbidité si forte dans la société ? Quel est notre rapport à ces espèces de pulsions mortifères ? Maltraiter des enfants, tuer des enfants, c'est de façon métaphorique tuer notre avenir ! Comment pouvons-nous demeurer, dans cette société, calmes et tranquilles alors que des enfants meurent de brutalité et de violence ? Nous devons nous interroger. Nous devons nous interroger sur la façon dont nous passons notre chemin, sur la façon dont nous passons à autre chose. Lorsque je dis que nous ne devons pas rester calmes et tranquilles, je pense à cette phrase puissante d'Aimé Césaire. Il décrit l'organisation froide de la traite négrière et de l'esclavage, puis conclut : *« Et ce pays était calme et tranquille, disant que l'esprit de Dieu était dans ses actes. »* Parfois, nous avons peut-être eu l'illusion que l'enfant était sacré. Il l'était dans les discours. L'enfant est de chair. L'enfant est tenu à un destin. L'enfant est une promesse. Nous n'avons pas le droit de rester calmes et tranquilles. Au contraire, nous devons être furieusement révoltés contre cette violence et contre cette brutalité. Nous devons être positivement déterminés à ne pas laisser prospérer cette violence. Nous devons réagir face à la destruction de notre avenir. Nous devons être fougueusement résolus à protéger notre bien le plus précieux, nos enfants. Merci.

Discours de Najat Vallaud-Belkacem

Je ne suis pas surprise de reconnaître ici beaucoup de visages.

Dans la lutte que mène le ministère des Droits des femmes contre les violences, nous ne cessons jamais de penser aux enfants.

D'abord parce que nous ne pouvons pas apporter de réponse utile aux femmes victimes de violences sans penser à leurs enfants.

La mise en sécurité des enfants est un préalable évident à la mise à l'abri d'une victime de violences conjugales.

Cela rend nécessaire la spécialisation des centres d'hébergement adaptés à l'accueil d'une famille. Avec Cécile Duflot, nous avons fixé le principe d'un accueil spécifique pour ce public spécifique.

Cela explique aussi la nécessité de lieux qui permettent la rencontre entre l'enfant et son parent violent, sous le regard et la protection de professionnels.

Ensuite, nous pensons aux enfants parce que ce n'est pas à l'âge adulte que se forment les stéréotypes sexistes.

Avec Vincent Peillon, nous travaillons pour l'égalité entre les filles et les garçons à l'école, pour travailler contre ces stéréotypes.

Ce sont ces stéréotypes qui nourrissent les violences faites aux femmes. Quand on attend d'un garçon qu'il soit fort et d'une fille qu'elle soit sage, quand on attend d'un garçon qu'il réussisse et d'une fille qu'elle se marie avec un garçon qui a réussi, on ne reproduit pas qu'un préjugé, on reproduit tout un continuum de violences, on le prolonge, et on donne de l'avenir à ces violences.

Mais nous pensons surtout aux enfants parce que les enfants les vivent, ces violences.

Ils en sont trop souvent les victimes directes. L'an dernier, 148 femmes et 26 hommes ont succombé à des violences conjugales. Cela représente un homicide tous les deux jours. Mais il faut ajouter que 9 enfants ont été tués par leur père en même temps que leur mère. Et que 20 enfants ont été témoins de scènes de crime.

Ces cas sont dramatiques, mais il faut ajouter que les enfants sont toujours les victimes indirectes des violences conjugales. Le rapport d'étude de l'ONED, publié en décembre dernier, le montre avec précision. Les enfants sont victimes des coups qui sont portés là où ils sont en droit d'attendre

une protection. Comment se construire, identifier des références, aux côtés d'adultes exposées aux violences quotidiennes ?

Devant la violence – les médecins qui interviendront après moi le diront mieux que moi – l'enfant développe des stratégies de défense qui l'isolent et le mettent en danger.

Exposés à la violence, les parents n'ont plus la disponibilité nécessaire pour se consacrer à l'éveil, puis à l'éducation d'un enfant. Les démonstrations des pédopsychiatres sont douloureuses : le manque d'attention altère considérablement le développement d'un enfant exposé aux violences conjugales.

Le premier rôle du gouvernement, c'est d'exécuter la loi. En matière de violences, cela appelle une action pénale. On parle ici de délits ou de crimes.

Le mois dernier encore, ici, au Sénat, avec Christiane Taubira, nous renforçons la loi pénale pour mieux protéger les enfants des mutilations sexuelles et des mariages forcés.

Les pouvoirs publics doivent ponctuer les faits, même s'ils ont été commis dans l'intimité d'un appartement. Nous ne voulons pas faire rimer intimité avec impunité.

Cela suppose d'agir pour faciliter la parole des victimes, dès la première alerte. Cela suppose aussi de savoir entendre ces alertes, et de faire connaître les dispositifs existants. N'hésitez pas à parler du numéro vert contre les violences faites aux femmes, le 3919, autour de vous.

Nous travaillons aussi, avec la Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences (MIPROF), pour former les professionnels susceptibles de signaler les faits. Cela fait écho à vos travaux de ce matin.

Les pouvoirs publics doivent punir, mais ils doivent aussi protéger et soigner.

J'ai présenté le mois dernier au Conseil des ministres le projet de loi de ratification de la Convention d'Istanbul. Cette convention du Conseil de l'Europe est un modèle pour la lutte contre les violences faites aux femmes : l'ONU Femmes considère que c'est la « norme d'excellence ».

C'est un texte qui prend acte de cette réalité fondamentale pour le mouvement de lutte contre les violences faites aux femmes : il y a un continuum des violences, qui commencent par les inégalités et qui se prolongent jusqu'aux crimes. Cette convention propose une réponse globale à travers la prévention, la protection et l'aide des victimes, la poursuite, la sanction et le suivi des auteurs.

Et la Convention d'Istanbul organise la protection les enfants.

L'article 26 reconnaît ainsi aux enfants témoins de violences faites aux femmes le statut de victimes, d'une part, et leur droit à un soutien, d'autre part.

Et l'article 31 souligne que les décisions de justice portant sur la résidence des enfants doivent prendre en considération les violences faites aux femmes.

Je ne veux pas renoncer aux deux approches complémentaires des violences faites aux femmes.

Il y a en effet l'explication sociale, historique, politique, sociologique, d'une société qui reproduit les inégalités entre les femmes et les hommes, inégalités qui se prolongent, à l'abri des regards, dans la violence à l'égard des femmes. Cette lecture féministe est utile. Elle est juste.

Mais il y a aussi, souvent, une explication individuelle, dont on peut dresser un portrait clinique, et qui trouve sa source dans des souffrances antérieures. Les victimologues, qui sont aujourd'hui mieux écoutés, et c'est tant mieux, décrivent bien ces mécanismes qui vont transmettre la violence, et faire d'une ancienne victime un futur coupable.

Les enfants sont des adultes en devenir. On ne sort pas indemne des violences. Parfois, on les reproduit. Protéger les enfants aujourd'hui, c'est donc aussi protéger les parents de demain, et les enfants d'après-demain.

Merci, cher André, pour l'initiative que tu as prise pour donner à cet enjeu sa vraie dimension politique.

Merci à toutes et à tous pour en avoir fait un succès.

**MALTRAITANCE
ET PROTECTION DE
L'ENFANCE EN FRANCE :
ÉTAT DES LIEUX**

Loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance : état des lieux

Philippe Bas

La loi du 5 mars 2007 fut la dernière de la législature 2002-2007. Elle fut adoptée dans un moment de trêve politique, sans aucune opposition, alors qu'une campagne présidentielle battait déjà son plein, avec son lot habituel de clivages, de tensions et de polémiques. Le fait est suffisamment rare pour mériter d'être souligné. Il tient pour partie au sujet, qui n'interdit pas l'expression d'opinions dogmatiques mais ne se prête guère à la polémique : il s'agit de la santé et de la vie d'enfants en danger, victimes des adultes.

Mais cette unanimité a surtout été permise par la qualité et l'originalité des travaux qui ont précédé la loi, car ses concepteurs ont veillé à ce qu'un débat soit méthodiquement organisé dans tous les départements de France entre les professionnels eux-mêmes, dans toute leur diversité (travailleurs sociaux, magistrats, médecins, psychologues, éducateurs, infirmiers, responsables associatifs...), en fournissant un cadre au partage d'expériences. Des groupes de travail nationaux pluridisciplinaires ont été mis en place pour creuser les questions les plus délicates, comme le signalement et l'évaluation des situations, le partage du secret professionnel, la diversification des modes d'intervention, le rôle respectif du juge et du travailleur social, les indications des différentes mesures susceptibles d'être proposées..., dans le but de dégager des consensus professionnels.

De ce fait, les choix du législateur ont été guidés par des réflexions venues du terrain, marquées par des approches concrètes, presque empiriques et, de façon assez surprenante, très convergentes, et même consensuelles, en tout cas pas du tout idéologiques. Les débats parlementaires, tant à l'Assemblée nationale qu'au Sénat, furent ensuite très ouverts et constructifs, inspirés par le même esprit.

Les critiques faites à la loi

La loi de 2007 privilégierait le maintien du lien familial sur l'intérêt de l'enfant

Naturellement, c'est faux, et c'est même une caricature ! Au contraire, si la loi a voulu élargir l'éventail des modes d'intervention en comblant un vide juridique pour compléter l'éventail des actions possibles entre les mesures

de placement et les mesures d'accompagnement en milieu ouvert, elle ne privilégie aucune forme d'action. Elle organise aussi le recueil, le partage et le traitement des informations préoccupantes pour accélérer les mesures d'urgence, protéger de ses propres parents l'enfant en danger, et éviter que tant d'enfants souffrent pendant des années, en secret et en silence, sans que les services aient pu réagir aux signes d'appel qui se seraient pourtant manifestés. Le lien avec les parents est pris en compte car il peut être bénéfique à l'enfant, et seulement de ce point de vue.

À l'inverse, la réponse systématique aux phénomènes de maltraitance ou de simple négligence par l'éloignement de l'enfant, à supposer qu'elle ne soit pas purement et simplement inspirée par la volonté de rendre adoptables un nombre croissant d'enfants grâce à la rupture définitive du lien familial, ne serait pas plus pertinente du point de vue de l'intérêt de l'enfant.

Dans ce domaine si sensible, l'esprit de système est notre principal ennemi. C'est l'évaluation individuelle de chaque situation, et non une forme de prêt-à-penser dogmatique, qui doit guider les réponses. Celles-ci doivent nécessairement être évaluées et réinterrogées régulièrement, en fonction de l'intérêt de l'enfant, et de l'intérêt de l'enfant seulement.

Dans bien des cas, cet intérêt suppose le maintien dans la famille, ou le maintien d'un lien avec la famille, sous des formes à définir. Mais dans des cas particulièrement graves et douloureux, la rupture de tout lien familial est salutaire, et il faut l'assumer sans hésiter, pour prévenir tout risque. C'est dire toute l'importance d'une évaluation exacte des situations.

La loi imposerait d'essayer systématiquement les mesures administratives

Il s'agit là des mesures sociales, fondées sur l'accord et la participation des parents, avant toute saisine du juge intervenant par voie d'autorité.

C'est aussi totalement faux, bien évidemment, et ce serait stupide, voire potentiellement criminel. La loi ne commande qu'une chose, c'est de choisir la voie la plus conforme à l'intérêt de l'enfant, pour prendre, y compris en urgence, les mesures les plus pertinentes, également dans l'intérêt de l'enfant. Et il faut être prêt à tout moment à changer de voie et/ou de mesure, là encore dans le seul intérêt de l'enfant. Plus que la volonté de déjudiciarisation, c'est la subsidiarité de la justice qui a été affirmée par la loi de 2007. Subsidiarité ne veut pas dire ultime recours, mais recours en cas de danger ou de refus de coopération des parents.

Il semble que la justice soit saisie de situations de plus en plus dégradées, mais ce n'est pas parce que le juge est moins souvent et plus tardivement saisi (aucun mouvement en ce sens n'a été constaté), c'est plutôt parce que les tensions sociales et familiales ne cessent malheureusement de s'aggraver. N'en tirons pas de conclusions hâtives sur l'efficacité relative de la justice et de l'Aide sociale à l'enfance.

Les objectifs de la loi de 2007

La loi de 2007 n'a pas prétendu bouleverser la protection de l'enfance, mais la refonder sur des principes clairs qui étaient dans la droite ligne du rapport Bianco-Lamy de 1980 et de la loi de décentralisation de 1983. Elle ne vise pas seulement à protéger l'enfant, mais surtout à prendre soin de lui. Ce n'est pas l'une de ces lois émotives prises dans le feu de l'actualité pour tirer les conséquences d'un drame insupportable et que l'on change au gré de faits divers tragiques, sans jamais embrayer sur une amélioration réelle et sérieuse des pratiques professionnelles.

Trois lignes de force ont été dégagées :

- la prévention ;
- le signalement et le traitement de l'urgence ;
- la diversification des modes d'intervention.

La prévention

Avec à l'esprit qu'il n'était pas normal que, en France, seuls 5% des crédits de la protection de l'enfance soient consacrés à la prévention, deux types d'action ont été retenus : le dépistage des situations porteuses de risques ; l'accompagnement précoce des familles confrontées à des difficultés.

Il convient d'insister sur le dépistage, car c'est la clé de la prévention : dépistage à l'occasion des examens obligatoires de grossesse ; dépistage à la maternité ; dépistage par la visite médicale obligatoire effectuée auprès du jeune enfant par la PMI, auprès de l'enfant d'âge scolaire par la médecine scolaire.

Force est de constater que si, en général, les départements ont effectivement fait leur devoir s'agissant des visites en maternité et des examens médicaux des jeunes enfants, les examens de grossesse ne sont toujours pas assez utilisés dans des objectifs d'anticipation des difficultés d'établissement du lien entre la mère et l'enfant, et le service de santé scolaire n'a pas été mis en mesure de remplir correctement sa mission. Au moment où les effectifs de l'Éducation nationale sont augmentés, le ministère serait bien inspiré d'affecter à la prévention de la maltraitance par la mobilisation des services de santé scolaire une partie des nouveaux moyens dégagés.

Le signalement et le traitement de l'urgence

Les deux principales innovations de la loi sont la création des cellules départementales de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP), aujourd'hui acquise presque partout, et le partage des informations entre professionnels soumis à l'obligation du secret professionnel.

J'ai voulu conforter le secret professionnel non pas dans l'intérêt des professionnels mais dans l'intérêt des enfants : le secret est en effet souvent

la condition de l'établissement d'un lien de confiance entre l'Aide sociale à l'enfance et les parents, et cette confiance est indispensable à l'amélioration de la situation en collaboration avec les parents, quand celle-ci est jugée possible, et donc souhaitable. Et c'est donc aussi dans l'intérêt de l'enfant que j'ai souhaité que ce secret soit partagé entre professionnels, chacun pouvant détenir une bribe d'information qui, prise isolément, ne paraît pas significative, mais le devient quand elle est croisée et recoupée par d'autres informations. C'est ainsi que l'on pourra resserrer les mailles du filet autour des situations de maltraitance.

Les résultats de ces innovations sont réels, mais il n'est pas certain qu'on en ait tiré tout le parti possible.

Je souhaite qu'on veuille bien codifier davantage les bonnes pratiques professionnelles d'évaluation croisée des situations préoccupantes, en mettant au point un « protocole national de l'évaluation » ; que l'on affirme davantage la pluridisciplinarité, notamment dans le champ médical, au sein de la cellule ; et que l'on sépare clairement la cellule des services de l'Aide sociale à l'enfance, pour que ce service ne soit jamais en situation d'être juge et partie. L'idée d'un comité départemental de l'évaluation avec toutes les parties prenantes de la protection de l'enfance, sans oublier les médecins qui demeurent insuffisamment mis à contribution, mérite à coup sûr d'être examinée.

La diversification des modes d'intervention

Je suis témoin de nombreux efforts des départements pour mieux utiliser la palette des possibilités prévue par la loi de 2007, en particulier les mesures d'accompagnement renforcé. Il faut aussi saluer l'expérimentation d'établissements socio-éducatifs médicalisés pour les enfants et les adolescents de l'Aide sociale à l'enfance porteurs de troubles psychiques graves, comme celui qui existe dans le département de la Manche.

Pourtant, malgré tous ces efforts, je regrette de constater que les résultats obtenus ne sont pas totalement à la hauteur de nos ambitions.

Les perspectives

Sans revenir sur les quelques propositions formulées au fur et à mesure de cette présentation, je voudrais insister sur la nécessité d'obtenir de nouveaux résultats. Pour cela, il faut mieux connaître la situation qui, malgré le travail remarquable de l'ONED, comporte encore trop de zones d'ombre.

Il faut aussi mieux former et informer les professionnels sur la maltraitance : une heure de formation pour un étudiant en médecine, sur dix années d'études, c'est vraiment dérisoire ! On peut dire la même chose notamment pour les travailleurs sociaux, alors qu'ils sont les premiers à être confrontés à la lutte contre ces phénomènes. Initiale ou continue, la formation est une

priorité absolue et il faut la rendre obligatoire et lui consacrer les moyens nécessaires. Il est de plus essentiel de rendre permanent, sous l'égide du ministère chargé de l'enfance et de la famille, le travail de partage des bonnes pratiques et de recherche de consensus, qui fut aux origines de la loi et qui a malheureusement, je le déplore, été interrompu depuis six ans. Il s'agit de continuer à faire interagir expériences de terrain et définition de politiques nationales.

À ce propos, je veux dire ici que, si le président du conseil général est et doit rester l'autorité de référence en matière de protection de l'enfance, ce ne doit être pour l'État ni une excuse ni un prétexte pour qu'il renonce à ses propres responsabilités dans l'élaboration de meilleures pratiques et dans la mobilisation des moyens nécessaires. L'État est et doit rester le garant de la protection de l'enfance. On ne peut se passer d'une politique nationale de protection de l'enfance. Il n'a pas assez fait son devoir, ni suffisamment respecté la loi de 2007 quand il a tardé à mettre en place le Fonds national de protection de l'enfance, puis restreint exagérément ses possibilités d'intervention et refusé de l'alimenter à hauteur des malheureux 110 millions d'euros qui avaient été décidés en 2007, essentiellement par l'attribution de crédits du Fonds national d'action sociale de la Caisse nationale des allocations familiales. Le produit des réformes en cours des prestations familiales et du quotient familial doit impérativement être en partie affecté à cette mission. Pour ma part, je ne me plaindrai pas de ce volet de la réforme s'il devait être proposé par le gouvernement... ce que je souhaite même vivement. Avec la mise à niveau de la médecine scolaire, ce serait le moyen pour l'État de remplir pleinement un rôle sans lequel nous ne pouvons réellement faire progresser la protection de l'enfance.

Conclusion

Je voudrais profiter du Colloque national sur les violences faites aux enfants, tenu dans ce lieu de sagesse et de réflexion qu'est le Sénat, pour proposer la création d'une mission d'information sénatoriale sur la protection de l'enfance, afin de réunir toutes les informations disponibles sur la réalité des pratiques, les évolutions constatées, les nouveaux besoins apparus, et d'entendre les points de vue des professionnels sur les progrès nécessaires, des associations et, bien sûr, des départements. Je serais heureux qu'André Vallini, qui a pris l'heureuse initiative de ce colloque, veuille bien s'associer à cette initiative, prolongeant ainsi une démarche ouverte et pluraliste sans laquelle la loi de 2007 n'aurait jamais vu le jour.

Enfance en danger, enfance maltraitée. Mieux cerner le phénomène pour mieux agir : le rôle de l'ONED

Gilles Séraphin

Le rôle de l'ONED

L'Observatoire national de l'enfance en danger, l'ONED, a été créé par la loi, en 2004. Ses missions ont été renforcées en 2007 par la loi réformant la protection de l'enfance. Il constitue une entité du Groupement d'intérêt public Enfance en danger (GIPED). Parmi ses multiples missions, légalement définies, on retiendra les principales :

- le recueil de l'ensemble des données chiffrées concernant l'enfance en danger et la protection de l'enfance : à cette fin, l'ONED publie tous les ans, dans le cadre de son rapport remis au gouvernement et au Parlement, l'ensemble des chiffres portant sur la protection de l'enfance et élabore des estimations. Depuis la loi du 5 mars 2007, il met également en place un dispositif exhaustif et longitudinal de remontée des données portant sur cette population ;
- l'animation de la recherche scientifique : le conseil scientifique de l'ONED propose chaque année au conseil d'administration un appel d'offres thématique (pour 2013, il porte sur la maltraitance), et un appel d'offres ouvert, afin de soutenir des recherches scientifiques. Il effectue un choix parmi les propositions, et assure le soutien et l'évaluation des projets retenus. Ainsi, il est possible de noter que la plupart des recherches menées ces dernières années en France, sur les sujets entrant dans le champ de l'enfance en danger et de la protection de l'enfance, ont été soutenues par l'ONED ;
- l'étude de l'ensemble des pratiques professionnelles et institutionnelles : l'ONED réalise l'évaluation des dispositifs innovants et en permet une large connaissance. Il assure la promotion des pratiques qui fonctionnent.

La collecte de données chiffrées, ses difficultés et ses enseignements

Il n'existe aujourd'hui aucun chiffre exhaustif sur la maltraitance, mais on dispose d'une série de chiffres qui permettent d'avoir une idée globale de

l'ampleur du phénomène. En croisant et en articulant les diverses sources de données, on peut tenter de mieux cerner la situation.

Deux difficultés générales incitent à la prudence :

- les problèmes de dénomination : qu'est-ce que la maltraitance ? Quel acte ou quelle attitude peuvent être qualifiés de maltraitant ? Plusieurs définitions sont utilisées, selon les lieux, les institutions, les professions... et les enquêtes ! Par exemple, dans certaines recherches, la négligence n'est pas considérée comme une maltraitance ou une situation de danger. Dans d'autres, n'est considérée que la « négligence lourde », avec régulièrement des seuils de « lourdeur » ou de « gravité » différents. Parfois, enfin, la négligence est toujours comprise comme une maltraitance. Cette dénomination différente, ou plutôt ce périmètre différent des situations considérées par le truchement d'un concept, conduit à deux difficultés majeures : l'extrapolation des chiffres obtenus sur un territoire délimité à un territoire plus vaste, et la comparaison ;
- le contexte : un phénomène prend du sens dans un contexte géographique, social, culturel et institutionnel ; un phénomène observé dans un lieu n'est pas identique dans un autre puisque le contexte est différent. Par exemple, les chiffres obtenus lors de l'observation de la situation psychique des mineurs peuvent fortement varier selon l'accessibilité aux soins pour chaque mineur.

Le contexte est aussi temporel. Un phénomène apparaît à un moment donné : toute observation qui remonte à des décennies peut difficilement faire l'objet d'enseignement à l'heure actuelle. Le contexte a évolué. Par exemple, il est difficile de comparer des offres d'accompagnement sur des populations ayant vécu des situations avant la réforme de la loi de 2007 avec celles qui les ont vécues ensuite.

Malgré tout, les enseignements sont nombreux, comme le montrent les résultats de quelques enquêtes qui révèlent les principales caractéristiques du dispositif de protection des mineurs.

Un dispositif quantitativement important

Notons tout d'abord que le dispositif de protection des mineurs est de taille importante, comme l'attestent les chiffres contenus dans le dernier rapport de l'ONED, remis au mois de mai au gouvernement et au Parlement (8^e rapport). Après avoir croisé des données d'activité issues de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique (DREES), de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) et des tableaux de bord des tribunaux pour enfants, on peut estimer que, à la fin de l'année 2010 en France, 273 000 mineurs étaient suivis dans le cadre de la protection de l'enfance. Près de la moitié des mesures (47 % exactement) étaient des mesures de placement. Ce chiffre est très stable depuis le début des années 2000. En 2003, cela représentait 8,7 enfants pour 1 000. En 2010, cela représente 9,3 enfants pour 1 000. Il est donc faux de dire, comme on l'entend parfois, que le nombre de placements baisse.

Un dispositif insuffisant mais qui semble s'améliorer

Ce dispositif semble insuffisant certes, puisque parfois des drames ne sont pas évités. Mais il semble fortement s'améliorer. Par exemple, selon l'enquête Drees « Événements de vie et santé », menée en 2005-2006 auprès de 10 000 personnes, âgées de dix-huit à soixante-quinze ans :

- 0,2 % des hommes et 2,5 % des femmes âgées de vingt à soixante-quinze ans en 2005-2006 auraient vécu des violences sexuelles de manière répétée durant l'enfance et l'adolescence ;
- et seulement 8 % de ces hommes et 20 % de ces femmes auraient été pris en charge par des services de protection de l'enfance, soit 19 % des victimes.

L'enquête établit toutefois, à partir d'analyses par classe d'âge, que la prise en charge a sans doute été un peu plus fréquente pour les classes les plus jeunes, démontrant ainsi une amélioration générale du dispositif de repérage et d'accompagnement.

Un dispositif dont on peut tracer les pistes d'amélioration grâce aux enquêtes

L'enquête « Étude longitudinale sur l'autonomisation des jeunes après un placement (ELAP) », soutenue par l'Institut national d'études démographiques (INED), a porté sur la trajectoire de 809 enfants placés, sortis après l'âge de dix ans, et « étudiés » à l'âge de vingt et un ans. Selon cette enquête, 45 % des personnes enquêtées auraient connu des problèmes de maltraitance. Pour un quart d'entre eux, ces problèmes n'étaient pas connus au moment de la prononciation de la mesure (indiqués comme motif de placement dans 36 % des cas). Au-delà de ces chiffres, les enseignements, en termes d'analyse des phénomènes et surtout en matière de pistes d'amélioration, sont nombreux :

- le repérage doit être actif tout au long du suivi et de la prise en charge. En effet, régulièrement, c'est la prise en charge qui permet le repérage ;
- le repérage en cours de mesure permet une meilleure attention aux autres membres de la fratrie ;
- les dispositifs de repérage doivent prendre en compte le sexe. Les garçons semblent déclarer plus facilement des faits de maltraitance quand ils sont jeunes. Ensuite, ils semblent s'exprimer par des troubles du comportement, et ce sont d'ailleurs ceux-ci qui conduiront à un placement.

On peut également tirer de nombreux enseignements des enquêtes portant sur les violences conjugales :

- il existe une forte corrélation entre violences conjugales et mise en danger de l'enfant, comme décrit dans le rapport de l'ONED *Les Enfants exposés aux violences conjugales*, de novembre 2012. Dans le cadre des dispositifs de protection de l'enfance, il est donc nécessaire de rechercher et de prendre en compte les contextes de violences conjugales, en particulier lors du repérage et de l'analyse des risques de danger ;

- il existe des temporalités de la violence : 10% des situations rapportées lors des appels au 39 19 (numéro d'urgence) concernent des femmes enceintes. Il est ainsi possible de cibler les dispositifs de repérage sur ces moments clés, par exemple par un meilleur accompagnement des PMI.

L'avenir des chiffres

En ce qui concerne la collecte des données chiffrées, une partie des difficultés sera bientôt résolue par la mise en place du dispositif unique de remontée des données, issu de la loi du 5 mars 2007. Ce dispositif a connu des difficultés techniques de mise en œuvre qui devraient s'estomper grâce à l'aboutissement d'une démarche de consensus (les préconisations du comité d'experts seront rendues publiques le 2 juillet 2013).

Les apports de ce dispositif sont nombreux :

- ce dispositif est exhaustif (tous les mineurs sont concernés), ce qui permet des comparaisons et des estimations sur des bases solides et non pas sur des échantillons ;
- ce dispositif est longitudinal ; le suivi des parcours permet de contextualiser les phénomènes et d'établir, au-delà de simples corrélations, des liens de causalité ;
- enfin, ce dispositif est unique et commun, ce qui permet d'utiliser les mêmes règles, notamment en ce qui concerne les dénominations ; il sera donc possible d'extrapoler et de comparer.

L'ONED s'apprête donc à passer de données de gestion à des données populationnelles longitudinales permettant d'accéder non seulement à l'entrée mais surtout au parcours et à la sortie, pour appréhender l'impact de la politique publique de la protection de l'enfance sur la population prise en charge, et surtout pour mieux repérer les situations de danger, puisque c'est là que se situe finalement le véritable sujet, le véritable objectif.

En effet, si le chiffre est important en soi, puisqu'il est un indicateur d'un phénomène, derrière les chiffres, ce qu'il faut mettre en exergue, c'est le repérage. L'ONED travaille très fortement sur les pratiques qui permettent d'améliorer ce repérage, car c'est là qu'est la clé d'une meilleure prise en compte des situations de maltraitance.

Les outils du repérage

Le SNATED (numéro de téléphone 119)

Rappelons quelques chiffres pour illustrer l'utilité de cette ligne téléphonique d'urgence, confidentielle, gratuite et ouverte 24 heures sur 24 :

- 10% des informations préoccupantes au niveau national proviennent du SNATED ;

– pour 70% des appels pour lesquels on dispose d'une information en retour, la famille n'était pas connue des services du département pour des situations de danger.

Les unités d'accueil médico-judiciaires

En mai 2014, l'ONED a remis son rapport portant sur les unités d'accueil médico-judiciaires. Ce dispositif original, qui prend la forme d'un lieu d'écoute de l'enfant en une salle dédiée, en milieu hospitalier, articule la recherche de la vérité judiciaire (puisque le témoignage est filmé et enregistré par des agents de police ou de gendarmerie) et la prise en charge médico-psycho-sociale de l'enfant (puisque ce témoignage se fait dans un cadre médical). Il devrait être soutenu sur le plan légal et budgétaire, et développé sur l'ensemble du territoire national.

Les protocoles

Les protocoles élaborés entre les services des conseils généraux et d'autres administrations permettent un échange d'information, et aussi et surtout le repérage, pour tous les professionnels, des circuits à utiliser pour faire remonter leurs inquiétudes. Prenons l'exemple de l'Éducation nationale, première « pourvoyeuse » d'informations préoccupantes (IP), selon l'enquête ONED de 2011. Il y a encore quelques années, un professeur ayant quelques inquiétudes quant à la situation d'un enfant ne savait pas avec qui les partager et se trouvait confronté à un dilemme : soit il faisait part de ses inquiétudes en les signalant, au risque de déclencher une procédure qui aurait pu s'avérer infondée et ainsi perturber une famille ; soit il ne disait rien, au risque de ne pas considérer un risque de danger. Aujourd'hui, avec ces protocoles, même s'ils sont diversement connus et partagés selon les départements, ce professeur sait avec quels collègues partager cette inquiétude, et c'est l'institution qui, collectivement, après une première évaluation en interne, effectuera une IP, ou un signalement si nécessaire.

En revanche, dans d'autres secteurs, l'insuffisance des progrès est indéniable. Rappelons que, malgré l'élaboration de protocoles avec les établissements hospitaliers, peu d'IP proviennent du secteur de la santé. Les médecins libéraux par ailleurs sont à l'origine d'un petit nombre de signalements, et encore moins d'IP. Des actions spécifiques à leur égard semblent nécessaires et urgentes. Notons sur ce point que les Cellules départementales de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, les CRIP qui ont demandé à un médecin de rejoindre leur équipe semblent mieux nouer des liens avec ce corps professionnel.

Les référentiels pour évaluer les situations pré-mesure ou durant la mesure

Plusieurs référentiels d'évaluation pré-mesure sont actuellement disponibles. Citons les deux principaux : le référentiel Alföldi¹ et le référentiel du centre régional pour les enfants, adolescents et adultes inadaptés de Rhône-Alpes (communément dénommé CREA Rhône-Alpes), tous deux présentés lors d'une journée de l'ONED, à Lyon, le 15 mai 2012. L'ONED a également soutenu le second dans le cadre d'une démarche d'évaluation scientifique. Ces référentiels permettent non pas d'adopter une grille de lecture commune qui imposerait de classer et de normaliser les situations, mais d'adopter une culture commune – notamment quant à la définition de certains termes – et surtout un questionnement commun. Par exemple, les situations de violences conjugales, puisqu'elles permettent de repérer les situations de risque de danger pour l'enfant, sont systématiquement abordées. De même, les aspects sanitaires font l'objet d'une attention particulière car la situation de santé est un indicateur qui permet de repérer les situations de risque de danger et surtout d'engager le dialogue avec l'enfant et la famille.

Conclusion

Finalement, à l'ONED, nous récoltons toutes sortes de données chiffrées et nous élaborons un dispositif exhaustif et longitudinal de remontée des données. Pour nous, le chiffre est essentiel puisqu'il est un indicateur. Avec ces indicateurs, nous pouvons alors mieux évaluer les dispositifs qui permettent de protéger l'ensemble des mineurs, en danger ou en risque de danger. Parmi nos missions, nous analysons ces dispositifs et nous en assurons la diffusion sur l'ensemble du territoire.

¹ La méthode Alföldi est constituée d'un ensemble de concepts et de techniques permettant d'évaluer des comportements, des projets, des actions ou des organismes, dans les différents domaines de la vie sociale, voir *Évaluer en protection de l'enfance. Théorie et méthode*, Francis Alföldi, Paris, 2010, Dunod. Pour les référentiels, voir *Des référentiels pour évaluer en protection de l'enfance. Quelles démarches ? Quelles méthodes ?*, Actes de la journée d'étude ONED-CREA Rhône-Alpes du 15 mai 2012 [en ligne], Observatoire national de l'enfance en danger (ONED), mai 2012.

Définition, fréquence et coût de la maltraitance. Idées reçues et faits démontrés

Anne Tursz, Daniel Rousseau

Définir la maltraitance

« De quoi parle-t-on ? » est la question centrale lorsqu'on s'interroge sur une action à mener ou une politique à définir. Elle comporte deux sous-questions : quelle est la nature exacte du problème (sa définition) ? Quelle est son ampleur (sa fréquence) ?

En ce qui concerne la maltraitance envers les enfants, une définition à la fois précise, tenant compte des multiples aspects de cette problématique, et opérationnelle n'est pas simple à élaborer :

- les définitions établies par l'Observatoire de l'action sociale décentralisée, l'ODAS – enfant maltraité ; enfant en risque de maltraitance ; enfant en danger, catégorie regroupant les deux précédentes – restent d'actualité ;
- doit-on définir les faits de maltraitance par rapport à une possible infraction pénale ? En France, tuer son enfant est interdit, le violer ou lui imposer des attouchements sexuels l'est également, lui casser la jambe ou l'ébouillanter aussi – si toutefois on a pu faire la preuve que l'événement n'était pas accidentel – mais il n'est pas interdit par la loi de lui dire quotidiennement : « Tu es une nullité, tu ne feras jamais rien dans la vie, tes frères et sœurs sont bien mieux que toi... » Pourtant, des études menées dans d'autres pays ont montré le caractère destructurant des humiliations répétées. Les enfants qui en sont victimes deviennent souvent des adultes incapables de socialisation, ne pouvant s'insérer professionnellement ni nouer des relations amoureuses stables, à la santé physique et mentale chancelante. La littérature montre aussi la gravité des négligences et des carences affectives isolées (sans maltraitance physique).

Si on réfléchit à ce qu'est la maltraitance en termes de conséquences à long terme, on voit bien l'intérêt de la notion d'« enfant en danger » et d'une définition large qui repose sur la reconnaissance des besoins de l'enfant. On le sait, les jeunes enfants ne peuvent grandir, s'épanouir et devenir des adultes heureux, socialisés et responsables que si leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs sont pleinement satisfaits par les personnes qui s'en occupent, très généralement leurs parents. Tout manquement à cette règle constitue donc une forme de mauvais traitements, ce qui est vérifié par

l'expérience quotidienne de ceux qui s'occupent des enfants victimes de maltraitance.

Bien sûr, tout parent a un jour, excédé, donné une gifle ou dit quelque chose de trop blessant et n'est pas pour autant un parent maltraitant. Ce qui constitue la maltraitance, c'est la répétition, la systématisation de la brutalité érigée en système pédagogique et le caractère excessif des actes par rapport à l'âge et aux capacités de l'enfant (on ne gifle pas un bébé), par rapport aux circonstances (on n'humilie pas un enfant en public). On est ici aux frontières bien ténues, voire inexistantes, de la maltraitance et de la « violence éducative ordinaire ».

La connaissance chiffrée de la maltraitance en France

Les chiffres officiels

Les plus récents dont on dispose proviennent de l'ODAS, de l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED), de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP) et sont indiqués ci-dessous :

- ODAS (2006) : 98 000 enfants de moins de vingt et un ans en danger, dont 19 000 enfants maltraités, étaient recensés, soit des taux, pour les enfants en danger, de 2,7 à 11,8 ‰ selon les départements ;
- ONED (2013) : 273 000 enfants de moins de dix-huit ans bénéficiaient d'au moins une mesure au 31 décembre 2010, soit un taux de 1,9 % de la tranche d'âge des zéro à dix-huit ans ;
- ONDRP : « les mauvais traitements et abandons d'enfants de moins de quinze ans » étaient au nombre de 6 038 en 1996, 14 485 en 2007 et 17 889 en 2011.

L'analyse de ces quelques données révèle d'emblée la variété des chiffres, rapportés à des tranches d'âge différentes et recueillis selon des unités de mesure diverses (plainte pour la police et la gendarmerie, signalement pour l'ODAS, mesure de protection pour l'Aide sociale à l'enfance-ONED). Ces chiffres ne se recourent pas et sont tous sûrement sous-estimés : taux de 3 ‰ à 2 ‰ selon les sources, peu réalistes si on les compare au taux moyen de 10 % de l'ensemble des enfants qui sont maltraités ou négligés dans les pays à haut niveau de revenus, selon des études publiées par *The Lancet* en 2009¹.

¹ Gilbert R., Widom C. S., Browne K., Fergusson D., Webb E., Janson S. *Burden and Consequences of Child Maltreatment in High-Income Countries*, *Lancet*, 2009, 3, 373(9657):68-81.

La sous-estimation de la maltraitance

Si la sous-estimation de la maltraitance en général est hautement probable, on a pour la maltraitance mortelle des preuves scientifiques argumentées, particulièrement en ce qui concerne les homicides de nourrissons de moins de un an (infanticides), grâce à la recherche menée par l'unité 750 de l'Inserm².

Cette « Enquête sur les morts suspectes de nourrissons de moins de un an » a été menée auprès de l'ensemble des services sanitaires (centres de référence de la mort subite du nourrisson [MSN], services hospitaliers) et des tribunaux de tous les départements de trois régions : Bretagne, Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais, avec l'accord du ministère de la Justice, sur une période de cinq ans, 1996-2000. Les données de ces deux sources – cas d'enfants décédés avant un an et transportés en milieu hospitalier pour investigations scientifiques, ou dont le décès a fait l'objet d'une saisine du procureur – ont été recoupées avec celles du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-Inserm (CépiDc-Inserm)³, avec l'accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

L'analyse des cas hospitaliers a permis de noter que, pendant les cinq années considérées par la recherche, l'enquête retrouvait 15 fois plus d'infanticides que ceux recensés dans les statistiques officielles de mortalité (CépiDc). Au niveau national, on a calculé un nombre moyen par an d'infanticides officiellement recensés, soit 17 cas/an en 1996-2000, et la correction à partir de l'enquête hospitalière de l'Inserm amène à un chiffre de 255 infanticides/an.

Certains argueront que la maltraitance non mortelle ne peut pas être assimilée à la maltraitance mortelle. En fait, elles sont de même nature : l'homicide n'est pas une forme extrême de maltraitance, c'est une maltraitance qui tourne mal. Quand on compare les parents maltraitants et ceux auteurs de filicides, on retrouve bien des caractéristiques communes, et les facteurs de risque sont les mêmes. Un enfant chroniquement battu passe subitement du statut de victime de maltraitance à celui de victime d'un homicide; ce fut le cas pour Marina⁴.

2 Tursz A., *Les Oubliés. Enfants maltraités en France et par la France*, Paris, 2010. Seuil.

Tursz A., Crost M., Gerbouin-Rérolle P., Beauté J., « Étude épidémiologique des morts suspectes de nourrissons en France : quelle est la part des homicides ? » *Bull Épidemiol Hebd*, 2008, 3-4:25-28, <http://www.invs.sante.fr/BEH>

Tursz A., Crost M., Gerbouin-Rérolle P., Cook J., "Underascertainment of Child Abuse Fatalities in France: Retrospective Analysis of Judicial Data to Assess Underreporting of Infant Homicides in Mortality Statistics », *Child Abuse & Neglect*, 2010; 34:534-544.

3 <http://www.cepidc.inserm.fr/site4/>

4 Compte-rendu de la mission confiée par le Défenseur des droits et son adjointe, la Défenseure des enfants, à A. Grevot, Délégué thématique, sur « L'histoire de Marina », 30 juin 2014.

Tableau 1
Nombre d'homicides d'enfants de moins de quinze ans selon diverses sources
 (France, années 2002-2011)

Année	Police et gendarmerie	Statistiques de mortalité (Inserm)	Estimation selon l'enquête Inserm U750
2002	90	54	810
2003	69	41	615
2004	67	38	570
2005	67	45	675
2006	81	53	795
2007	63	30	450
2008	46	37	555
2009	66	33	495
2010	47	24	360
2011	58	41	615

Le tableau 1 montre tout d'abord que les chiffres d'homicides pour la même tranche d'âge, de zéro à quatorze ans, de la police et du CépiDc ne se recoupent jamais, les seconds étant toujours largement inférieurs aux premiers. De plus, si on applique le correctif de 15 de l'enquête sur les morts suspectes de nourrissons aux homicides des moins de quinze ans tels que recensés par le CépiDc à partir du codage des certificats de décès, on aboutit à ce chiffre qu'on entend partout : 1 ou 2 enfants meurent chaque jour de maltraitance ou de négligence. Il s'agit d'une extrapolation, mais pas vraiment hasardeuse. Le chiffre de 255, obtenu pour les moins de un an, l'a été de façon rigoureuse, et on sait que c'est une estimation minimale. On ignore tout notamment des causes réelles de décès des enfants « retrouvés » morts chez eux et laissés sur place après un dialogue entre la famille et le médecin. Si appliquer le même correctif de 15 aux enfants plus âgés est sans doute délicat – il est plus difficile de dissimuler l'homicide d'un grand enfant – on sait néanmoins, à partir de la littérature internationale, qu'il y a aussi un nombre inconnu d'homicides déguisés en accidents ou en morts naturelles.

Les causes de la sous-estimation

Elles sont multiples et interviennent à toutes les étapes du processus qui va du repérage au signalement éventuel. Citons brièvement le non-repérage par manque de formation sur la séméiologie de la maltraitance chez l'enfant, et surtout le très jeune enfant, par tous les professionnels ; l'insuffisance des investigations médicales, sociales et psychologiques ; les diagnostics erronés, de causes accidentelles principalement ; la non-révélation des soupçons : pas de transmission d'information préoccupante au président du conseil général ni de signalement au parquet.

Une mention particulière doit être faite en ce qui concerne les médecins et leur rôle très particulier face à la maltraitance. En effet, si l'école voit tous les enfants à partir de l'âge de trois ans, le système de santé les prend en charge dès la naissance, au titre de la prévention (vaccinations, surveillance du développement psychomoteur et de la croissance); tous les médecins sont concernés, médecins de PMI, hospitaliers, pédiatres et généralistes libéraux. De plus, tous les enfants maltraités passent un jour ou l'autre par le système de santé, notamment le cabinet du généraliste et les services d'urgences hospitalières. Il y a de nombreux écrits concernant l'attitude du corps médical face à la maltraitance, notant en particulier leur « aversion de voir ⁵ » la réalité et leur incapacité à signaler dans leur propre classe sociale.

Principaux facteurs de risques et idées reçues sur l'enfance maltraitée

La première des idées reçues, et elle est tenace, concerne le lien supposé entre pauvreté et maltraitance. Le texte ci-dessous est issu d'un important ouvrage de pédiatrie sociale, élaboré par les principaux responsables de la création de cette discipline :

« Les enfants détectés comme victimes de mauvais traitements appartiennent à des familles que leur niveau socio-économique et leur situation familiale font classer soit parmi les groupes défavorisés, soit parmi les "marginiaux" ou les "inadaptés". À cette réalité, on peut fournir plusieurs explications : 1) [...] l'insuffisance des ressources, les maladies chroniques mal soignées, les accidents invalidants, le chômage, le logement surpeuplé, la transplantation, le déracinement, l'isolement [...] engendrent des frustrations ou des tensions abaissant le seuil de tolérance à l'enfant; 2) [...] l'instabilité des relations conjugales avec enfants de plusieurs lits, par la multiplication des hospitalisations et des placements [...]; 3) mais la prépondérance apparente de ces familles défavorisées s'explique aussi parce qu'elles sont beaucoup plus exposées que les autres au contrôle et à la surveillance des services médico-sociaux⁶. » Ici est donc abordée la question centrale du véritable cercle vicieux créé par le fait que, par définition, les travailleurs sociaux n'entrent jamais dans les logements des classes aisées.

Aux États-Unis, la question des liens entre pauvreté et maltraitance s'est cristallisée autour de la thématique de l'ethnicité. Dans ce pays, la plupart des études démontrent que les mauvais traitements sont largement plus fréquents chez les Noirs, Non-Blancs ou Africains-Américains, dénominations variables selon les études. Une étude publiée dans le prestigieux *JAMA (Journal of the American Medical Association)* s'est penchée sur la répartition, selon l'ethnicité, des efforts développés pour diagnostiquer une

⁵ Krugman R. D., Leventhal J. M., « Confronting Child Abuse and Neglect and Overcoming Gaze Aversion: The Unmet Challenge of Centuries of Medical Practice », *Child Abuse Negl*, 2005, 29:307-309.

⁶ Manciaux M., Lebovici S., Jeanneret O., Sand A. E., Tomkiewicz S., *L'Enfant et sa santé. Aspects épidémiologiques, biologiques, psychologiques et sociaux*, Paris, 1987, Doin.

maltraitance⁷. Elle a porté sur près de 400 enfants atteints de fractures et hospitalisés dans un hôpital universitaire de Philadelphie, et a montré que les enfants non blancs ont une probabilité plus élevée, par rapport aux enfants blancs, de subir des examens radiologiques très détaillés à la recherche de lésions évocatrices de maltraitance et de faire l'objet d'un signalement aux services de protection de l'enfance.

En fait les facteurs psycho-affectifs prédominent largement sur les facteurs socio-économiques. La maltraitance traverse toutes les classes sociales, et il s'agit essentiellement d'une pathologie de l'attachement qui doit normalement s'instaurer entre l'enfant et ses parents dès la naissance. La présence de la maltraitance dans toutes les classes sociales a été montrée pour deux problèmes pour lesquels on dispose de données solides : les violences conjugales ; le syndrome du bébé secoué (SBS).

Dans l'enquête de l'unité 750 de l'Inserm, on a comparé des auteurs de secouement, pour leur catégorie socio-professionnelle, à la population générale dont ils étaient issus (données du recensement de l'Insee), et on n'a constaté aucune différence entre les deux populations : même pourcentage de cadres supérieurs, d'employés, d'ouvriers... Dans cette même population de bébés secoués, 22 % étaient nés prématurément, alors que le taux de prématurés sur l'ensemble des naissances en France était de 7,2%, selon l'enquête nationale périnatale de 1998. La prématurité est un des principaux facteurs de risque de la maltraitance par les hospitalisations néonatales qu'elle induit et l'éventuelle blessure narcissique des parents. Elle fait partie des grandes causes de difficulté d'attachement.

La méconnaissance des facteurs de risque de la maltraitance perdue dans le corps médical, et notamment chez les jeunes médecins comme l'attestent plusieurs thèses de médecine récentes, dont une porte sur les connaissances des internes de médecine générale⁸. Leurs réponses à la question : « Quelles sont, selon vous, les causes de la maltraitance ? » sont éloquentes. La précarité ou le bas niveau de revenus sont cités par 58 % des répondants, la prématurité par 3%. En revanche, le rôle des antécédents de maltraitance dans la propre enfance des parents auteurs n'est pas méconnu, puisqu'ils sont cités par 57 % des répondants. La notion de transmission transgénérationnelle de la violence semble donc relativement bien assimilée.

⁷ Lane W. G., Rubin D. M., Monteith R., Christian C. W., « Racial Differences in the Evaluation of Pediatric Fractures for Physical Abuse », *JAMA*, 2002, 288 : 1603-1609.

⁸ Greco C., *Repérage et prise en charge de la maltraitance faite aux enfants par les internes de médecine générale*, thèse de médecine soutenue le 18 septembre 2013, faculté de médecine de Paris Sud.

Les conséquences à long terme pour un enfant maltraité : quel adulte devient-il ?

Parmi les idées reçues : « On finit par s'en sortir », voire : « Les séquelles sont rares ». Le lundi 3 décembre 2012, on a pu entendre sur France 5 : *« L'immense majorité des enfants "abusés" vont bien ! [...] à distance après le sévice [...], ils ont bien sûr des craintes un peu précises, mais ils vont bien dans leur vie amoureuse, sexuelle, personnelle, professionnelle [...], donc, en quelque sorte, un abus ne peut pas entraîner un tel dégât sauf si la vulnérabilité et la fragilité du sujet vient faire que l'abus renforce cette pathologie d'organisation. »* Il était à question des violences sexuelles, et sur ce sujet une revue de la littérature par une équipe canadienne indique que les victimes de ce type de violences ont des séquelles dans 56 à 80 % des cas⁹.

Les conséquences somatiques concernent principalement les traumatismes crâniens intentionnels, dont le SBS : cécité, retard intellectuel, difficultés motrices, voire état végétatif ; difficultés cognitives dites « mineures ». Les études greffées sur des cohortes de naissance, développées principalement au Royaume-Uni, en Nouvelle-Zélande et dans les pays scandinaves, ont permis de démontrer l'effet dévastateur à long terme de la maltraitance sous toutes ses formes, statistiquement associée à la présence, à l'âge adulte, d'un mauvais état de santé général, de troubles de la socialisation, de troubles psychologiques, d'addictions, de délinquance et de conduites autodestructrices (suicides ou tentatives, anorexie boulimie). Rappelons, enfin, la redoutable transmission transgénérationnelle de la violence.

Les comparaisons internationales

Compte tenu de l'absence de chiffres fiables en France et dans d'autres pays, les comparaisons internationales sur la fréquence de la maltraitance ne sont pas possibles. Les comparaisons entre pays pour les politiques de prévention et de protection sont également complexes car il existe des pays, tels que la France, qui ont des politiques décentralisées tandis que d'autres, au contraire, ont élaboré leur politique de protection de l'enfance à un niveau national, le problème étant celui d'un minimum de coordination et d'évaluation nationale en cas de décentralisation. Relatons simplement ici un événement pas si anecdotique que ça : contactée par l'OMS Europe puis par un organisme européen spécialisé dans la sécurité de l'enfant, pour remplir un questionnaire sur les politiques nationales françaises face à la violence faite aux enfants, je [A. Tursz] n'ai jamais pu intéresser aucune instance gouvernementale à ce travail.

⁹ Dufour M.-H., Nadeau L., Bertrand K., « Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel : état de la question », *Child Abuse Negl*, 2000, 24(6) : 781-97, review.

Comment améliorer notre connaissance du phénomène de la maltraitance des enfants ?

Cette amélioration de la connaissance est-elle nécessaire : oui, absolument, et sur quoi doit-elle porter ? La fréquence de la maltraitance, ses causes et son poids pour la société. Il est impossible de mettre au point des politiques efficaces et rationnelles si on ne connaît pas l'ampleur du problème et ses facteurs explicatifs ; seule cette connaissance permet de dégager les fonds nécessaires et de créer des postes dans les disciplines appropriées. L'existence de chiffres fiables permet aussi de développer des indicateurs de suivi et d'évaluation des politiques, y compris pour les enfants placés.

Collecter les chiffres est difficile. Il s'agit de construire un véritable puzzle, sans manques ni doublons, à partir des diverses sources pertinentes – dont le secteur de la santé – qui n'ont pas forcément les mêmes procédures de recueil, les mêmes définitions... Il faut saisir les données, les mettre en cohérence, et il serait sage de ne pas s'atteler d'emblée au plus difficile, le danger, pour plutôt tester le système sur les maltraitances les plus accessibles : les violences physiques et sexuelles. Mais il faut bien garder à l'esprit que seuls un chiffrage réaliste du problème et une connaissance du contexte et des auteurs de la maltraitance permettront d'allouer à la prévention de la maltraitance les ressources financières et humaines suffisantes et pertinentes.

Les enfants suivis par l'Aide sociale à l'enfance : données démographiques

Si l'on se réfère aux chiffres officiels fournis par les départements, du moins les derniers produits en 2007 et qu'a rassemblés l'ONED, globalement, au 31 décembre de chaque année, il y a 300 000 enfants suivis par les services sociaux, dont 150 000 sont placés pour moitié en famille d'accueil et pour l'autre moitié en établissement. Ces chiffres se limitent aux cas connus et pris en charge. Ceux qui passent au travers des mailles du filet ne sont pas comptabilisés. Ces chiffres dénombrent les mesures de protection en cours, c'est-à-dire les places occupées et les enfants suivis à domicile à un temps T. Ils ne sont pas représentatifs du nombre d'enfants d'une génération qui ont bénéficié d'une mesure de protection, qui ne peut s'évaluer que par un comptage individuel. En effet, certains enfants ont pu entrer puis sortir dans l'année, et on ne connaît pas la durée moyenne des parcours.

Avant de lancer une enquête longitudinale sur vingt ans, actuellement en cours, portant sur une cohorte de 129 enfants placés avant l'âge de quatre ans au foyer de l'enfance d'Angers (voir encadré), il fallait disposer de projections démographiques pour estimer le pourcentage probable

des perdus de vue. L'étude préalable des trajectoires individuelles, sur une période de douze ans, de 5 614 enfants placés et l'analyse menée en collaboration avec des mathématiciens et des démographes ont conduit à estimer que, au niveau national, c'est 1 million d'enfants sur les 14,5 millions d'une génération (zéro à dix-huit ans), qui bénéficie ou a bénéficié dans leur enfance d'un suivi ASE, dont 500 000 ont été placés au moins une fois. Cinq mille enfants de moins de quatre ans seraient ainsi placés chaque année.

Ce chiffre, qui correspond à environ 25 000 nouveaux placements par an tous âges confondus, est d'ailleurs congruent avec les chiffres de l'ODAS de 2006 : 19 000 enfants reconnus maltraités par an, comme avec ceux de l'ONDRP de 2011 : 17 889 cas de « *mauvais traitements et abandons d'enfants de moins de quinze ans* ».

Qu'est-ce qu'un foyer de l'enfance ?

Un foyer de l'enfance est un lieu d'accueil d'urgence des enfants placés, le plus souvent à la demande de la justice et, pour une faible part, à la demande de leurs parents. Ce sont des structures financées par les conseils généraux.

Celui d'Angers comporte 107 places et possède cette particularité d'articuler un internat, des familles d'accueil et un mode de suivi ambulatoire appelé « placement éducatif à domicile » destiné à des enfants qui sont supposés pouvoir être restitués à leurs parents. À l'opposé, on peut aussi accompagner des parents dans une démarche vers l'abandon et l'adoption. Mais la majorité des enfants sont orientés à la sortie en famille d'accueil ou en établissement.

À son admission, on ne peut pas préjuger de ce que sera l'orientation de cet enfant à la sortie. Il est donc nécessaire de savoir se projeter dans un éventail de possibles allant de l'adoption à une restitution à ses parents en passant par d'autres solutions qui peuvent être une famille d'accueil ou un établissement éducatif à caractère social.

C'est tout le challenge de la mission du foyer : être capable de concevoir ces différentes solutions et d'accompagner l'enfant et ses parents dans ce parcours. Une particularité du foyer de l'enfance d'Angers est la présence d'une véritable équipe technique pluridisciplinaire, comportant infirmières, puéricultrices, psychologues, médecins généralistes, un pédiatre et même un pédopsychiatre, ce qui est une rareté en France.

Le foyer d'Angers est d'ailleurs accrédité comme lieu de stage validant pour les jeunes médecins, ce qui est unique. On y a mené plusieurs campagnes de recherche scientifique, publié livres et articles. C'est une structure très dynamique, qui pense, qui cherche et qui innove, et c'est passionnant d'y travailler.

On a pu constater que dans la cohorte d'Angers, les enfants avaient une très longue durée de parcours à l'ASE, puisque 80% d'entre eux sont encore présents à dix-sept ans. Ce chiffre s'est depuis avéré cohérent avec celui de l'étude récente de 2013 de l'Institut national d'études démographiques,

portant sur 809 enfants nés une même année de la décennie 1980 et ayant été placés au moins une fois : 75 % étaient encore présents à dix-sept ans¹⁰.

Ces longues durées des parcours s'expliquent en partie par la fragilité des liens familiaux, puisque 25 % des jeunes n'ont plus aucun lien juridique avec leurs parents à leur majorité (17 % dans l'étude INED), par décès, abandon ou déchéance des droits parentaux. Il y a eu de nombreuses tentatives de restitution, pour 62 enfants sur 128, mais qui se sont soldées dans les trois quarts des cas, 42 exactement, par une reprise du placement.

Si l'on considère l'ensemble des fratries de la cohorte, près de 90 % des enfants ont été placés, 250 à 286, ce qui fait de la maltraitance des enfants une pathologie familiale.

Peut-on mesurer le coût social, voire économique, de la maltraitance ?

La Cour des comptes avait chiffré en 2008 le coût annuel de la protection de l'enfance à 6,6 milliards d'euros en y intégrant le budget de la Protection judiciaire de la jeunesse, ce qui équivaut à la somme allouée à la construction du TGV Est. Mais c'était sans compter les budgets de l'éducation spécialisée pour les enfants placés en institut médico-éducatif (IME), en institut médico-pédagogique (IMP) ou en institut médico-professionnel (IMPRO), ni les coûts de santé, ces enfants ayant des besoins massifs en soins psychologiques et pédopsychiatriques.

Ces enfants sont en effet sur-représentés dans les files actives des services de pédopsychiatrie. Maurice Berger, chef du service de pédopsychiatrie au CHU de Saint-Étienne, avait été amené à limiter les hospitalisations dans son service afin de ne pas être totalement submergé par les enfants de l'ASE. Il avait aussi chiffré le traitement ambulatoire sur plusieurs années en service de pédopsychiatrie de certains enfants très malades, violents entre autres, à 500 000 euros. En Maine-et-Loire 50 % des journées d'hospitalisation temps plein en pédopsychiatrie sont consommées par des enfants de l'ASE. Il existe de plus une porosité méconnue entre deux catégories d'enfants : ceux pris en charge au titre de la protection de l'enfance, et ceux pris en charge au titre du handicap par les MDPH et en établissements médico-sociaux. Il restera toujours un angle mort dans cette évaluation, car il est difficile d'estimer le nombre d'enfants accueillis en établissements médico-sociaux, IME, IMP, SESSAD, IMPRO, du fait de difficultés socio-familiales et de maltraitance sans pour autant avoir bénéficié d'une mesure ASE.

Il est donc probable qu'on approche aujourd'hui les 10 milliards d'euros, tous postes confondus (prise en charge ASE, éducation spécialisée, soins pédopsychiatriques, Protection judiciaire de la jeunesse), mais personne

¹⁰ Fréchon I., Robette N. « Les trajectoires de prise en charge par l'Aide sociale à l'enfance de jeunes ayant vécu un placement », Revue Française des Affaires Sociales, 2013, 1-2 : 122-143. (Cairn)

n'en parle jamais. C'est la moitié du coût de la dépendance des personnes âgées, 20 milliards d'euros, ce dont, par contre, on parle beaucoup.

On peut légitimement s'interroger sur les bénéfices de telles dépenses, et il est à ce titre intéressant d'étudier les coûts comparés de deux parcours contrastés. Le premier parcours est celui d'un bébé admis dans de bonnes conditions avant qu'il n'ait développé des troubles de l'attachement et de la personnalité. S'il passe vingt ans dans une même famille d'accueil et qu'il poursuit une scolarité normale, sans troubles psychiatriques, ce qui est l'évolution pour un tiers de la cohorte d'Angers, son entretien aura coûté 35 000 euros par an pendant vingt ans, soit 700 000 euros pour un résultat plutôt bon. Si, au contraire, ce même enfant est placé trop tardivement, avec des troubles graves de la personnalité et de l'attachement, il ira de placement familial spécialisé en établissement tout en étant scolarisé en IME, IMP, avec des mesures MDPH et des soins psychiatriques. Ce sont ces enfants que les services sociaux appellent les « incasables » ou les « patates chaudes ». Dans leur cas, les coûts sont multipliés par trois ou quatre, soit 3 millions d'euros pour une situation de handicap psychique à l'âge adulte avec allocation adulte handicapé et/ou curatelle. Ce type d'évolution est donc associé à un coût qui est le triple du précédent pour un résultat désolant, alors qu'une intervention plus pertinente et plus précoce aurait sans doute permis d'éviter un tel handicap acquis et le gâchis humain et financier qui l'accompagne.

La maltraitance en milieu favorisé. Récit d'une victime : Céline Raphaël

Entretien avec Claire Hédon

Claire Hédon : Céline Raphaël, vous êtes interne en médecine, docteure en sciences, lauréate de l'École de l'Inserm – Liliane-Bettencourt, et vous avez publié un livre, *La Démesure*, dans lequel vous racontez les violences dont vous avez été victime. J'ai été très frappée par ce livre, surtout la phrase par laquelle vous le commencez : votre père, quand vous aviez dix ans, vous dit : « Tu es pire qu'un chien ! ».

Céline Raphaël : Je suis issue d'une famille très favorisée, preuve que la maltraitance ne touche pas que les familles marginales, et lorsque j'ai eu deux ans et demi, mon père a décidé de me faire apprendre le piano pour réaliser un rêve que lui n'avait pas pu assouvir quand il était petit, faute de moyens. À l'âge de quatre ans, nous avons déménagé en Allemagne, et une professeure de piano a dit à mon père : « Votre fille a un talent qu'il ne faut pas gâcher. » À partir de ce moment-là, il a développé une véritable obsession pour cet instrument, et une obsession de la perfection qui ont effectivement donné lieu à des maltraitements physiques dès l'âge de quatre ans, mais aussi à des maltraitements psychologiques pour briser la personnalité que j'avais, pour que je sois simplement l'extension de ses mains, sans jamais un mot plus haut que l'autre, pour que je ne me rebelle pas en fait.

CH : Et de façon très concrète, cela voulait dire des heures et des heures de piano par jour. Jusqu'à combien d'heures ? À quel âge ?

CR : Dès deux ans et demi, une heure par jour, très rapidement, trois à quatre heures par jour et, à l'école primaire puis au collège, à peu près 45 heures par semaine.

CH : Au moment où il vous dit cette phrase atroce : « Tu es pire qu'un chien ! », justement c'était après des heures de piano, privée de dîner ?

CR : Oui, le piano était prétexte à toutes les punitions diverses et variées. Tu as mal travaillé ton piano, donc je te ferai raser la tête ; tu as mal travaillé, donc tu n'auras pas le droit de manger... Et ce jour-là, il trouvait que ce que je jouais c'était de la bouillie. Il m'a donc dit : « Tu joues de la bouillie, donc tu mangeras de la bouillie », et il a mélangé tout ce qui se trouvait sur la table : omelette froide, yaourt, salade, pain, eau, et il m'a dit : « Tu mangeras ce que tu joues ! »

CH : On a le sentiment, dans votre histoire, que pendant longtemps personne n'a rien vu, personne n'a rien dit ou rien voulu voir, ni le médecin, ni l'école, ni le reste de la famille ?

CR : La malchance que j'ai eue, si je puis dire, c'est que je venais d'une famille favorisée, mon père étant directeur de l'usine du village. Tous les conjoints de mes professeurs travaillaient dans cette usine, et le médecin de famille était un ami de mon père. J'avais l'impression de semer des petits cailloux : j'étais toujours la dernière à sortir de cours, je n'allais pas en gymnastique ni à la piscine, et ce que le professeur de gym m'a dit un jour entre quatre yeux c'est : « *Dis donc toi, est-ce que c'est parce que tu es la fille du directeur que tu te permets de ne pas venir à mes cours ?* » Mes absences étaient mises sur le compte d'un « *caprice de petite-bourgeoise* », car personne ne s'était imaginé que peut-être, dans ma famille aussi, il pouvait y avoir des maltraitements.

CH : Je dirais qu'il y a encore pire. Il y a un moment où vous êtes hospitalisée après des coups et là, également, on vous accuse en gros de vous être donnée vous-même ces coups-là...

CR : J'ai été hospitalisée en médecine interne pour un problème articulaire, et plutôt que de chercher ce qui pouvait ne pas aller dans la famille, puisque mes parents venaient me voir tous les jours, qu'ils étaient très charmants avec les médecins du service, on a plutôt dit que c'était moi qui m'infligeais cela et on l'a mis sur le compte d'un syndrome de Münchhausen. Tout comme dans l'affaire Marina d'ailleurs, où lorsqu'elle a été hospitalisée au Mans, on a cherché tout un tas de maladies génétiques diverses et variées pour expliquer ses lésions.

CH : Quand et comment vous êtes vous mise à parler ?

CR : Les gens demandent souvent à partir de quel moment nous, enfants, avons su que cela n'était pas normal et pourquoi, si tel était le cas, nous n'avons nous pas parlé. Ce qu'il faut savoir, c'est que, lorsque l'on est petit, on ne raisonne pas en termes de « normalité » ou d'« anormalité ». Ce que l'on vit, on le vit, et c'est comme cela, point. On pense que c'est aussi comme cela chez les autres. Dans ces cas-là, pourquoi s'en plaindre ? Et quand on entre à l'école primaire, puis surtout au collège, et que l'on commence à comparer nos vies : « *Qu'as-tu fait hier soir ? – Eh bien moi, j'ai regardé la télé* » ... Moi j'avais toujours fait du piano. Et c'est là que l'on commence à se rendre compte que ce que l'on vit n'est pas normal. Mais arrive alors sur nos épaules le poids de la culpabilité, et on se dit : « *Ce que tu vis n'est pas normal et si jamais tu parles, tu vas détruire ta famille, porter préjudice à tes parents.* » Donc on se tait.

Et quand je suis arrivée en 3^e, avec tous les petits cailloux que j'avais semés, personne ne m'avait tendu la main. Je me suis dit : « *Que puis-je faire pour que les choses changent ?* », et j'ai décidé d'arrêter de manger en me disant que si je maigrissais, mon père se rendrait compte que j'étais malheureuse. C'était uniquement destiné à lui. J'ai arrêté de manger, et

quand nous avons déménagé dans les Yvelines, je ne pesais plus que 39 kilos, et mon état a alerté l'infirmière scolaire de mon lycée. Mon état, ainsi qu'une petite phrase, anodine pour moi, écrite le jour de la rentrée des classes : la professeure principale, qui était la professeure de français, nous avait demandé d'écrire sur une fiche de présentation au recto les renseignements usuels et au verso quelque chose que l'on avait envie de lui faire savoir. Ce jour-là j'ai écrit : « *Je fais 45 heures de piano par semaine.* » Elle a tout de suite été voir l'infirmière scolaire, et ce petit mot plus mon état physique l'ont alertée. Elle s'est acharnée, j'ai envie de dire, elle m'a attendue à chaque récréation, tous les jours, jusqu'à ce qu'elle réussisse à gagner ma confiance et que, progressivement, je me livre à elle et que cela débouche sur un placement.

CH : Pour vous, comment s'est passé le signalement ? Il y a cette infirmière scolaire qui commence à repérer, et qu'est ce qui se passe pour aboutir au signalement ? Parce que là aussi, cela prend encore du temps.

CR : J'ai mis beaucoup de temps avant de lui parler. Je n'avais pas parlé pendant quatorze ans. Je n'allais pas lui raconter tout si vite. C'était dur pour moi, et j'avais peur. Je me disais : « *Est-ce qu'elle ne va pas appeler mon père tout de suite après pour lui dire : "Dites donc..."* ». Bref, j'ai mis beaucoup de temps à lui parler, puis encore plus de temps à lui montrer mes bleus. Elle m'avait dit qu'il fallait absolument faire des constats de coup si on voulait que cela ne soit pas « *parole contre parole* ». Mon père étant extrêmement intelligent et manipulateur, j'aurais pu être réduite à néant sinon. Donc nous avons mis encore un peu de temps pour faire les premiers constats de coup et, un week-end qui avait été très violent et où j'avais eu très peur de mourir, je l'ai appelé et je lui ai dit : « *Oui, il faut absolument faire ce signalement* » et elle l'a fait. J'ai ensuite été placée à l'hôpital, puis en famille d'accueil d'urgence, puis dans un service d'accueil d'urgence, et enfin dans un foyer dit « de semi-liberté », car à l'époque il n'y avait pas de place dans les foyers normaux de mon département. Beaucoup de ballottements une fois le signalement fait.

CH : Justement, je voulais que l'on parle du suivi dont vous avez ou pas bénéficié après. Il y a un moment dans votre livre où vous dites : « Les conditions de placement étaient vraiment trop dures. » Est-ce que l'on peut là parler d'une maltraitance institutionnelle ?

CR : Je n'irai pas jusque-là car ce placement m'a quand même sauvé la vie, mais c'est vrai que cela a été très dur, car j'ai quitté une solitude pour une autre solitude. Je suis restée peu de temps à l'hôpital, puis peu de temps aussi en famille d'accueil, puis de nouveau dans un service d'accueil d'urgence, avant d'atterrir dans un nouveau foyer où on m'a demandé de changer de lycée alors que j'y avais mes amis, le bac de français qui approchait. On n'a pas du tout pris en compte la stabilité dont j'avais besoin, la stabilité affective dont j'avais besoin et à l'époque je faisais entre 35 et 39 kilos, et il fallait aussi prendre en charge cette anorexie qui était naissante, et je n'ai vu ni médecin ni psychologue, et finalement cette

anorexie s'est pérennisée, et je regrette de ne pas avoir eu pendant ces périodes de placement de suivi médical et psychologique.

CH : Il y a eu quand même une thérapie familiale mais, là aussi, je dirais que cela a été un échec. Une parodie de thérapie.

CR : Cela a été exactement une parodie de thérapie dans le sens où mon père a trouvé le psychiatre le plus nul possible, chez qui nous nous sommes rendus deux fois et qui nous a très gentiment signé un certificat certifiant que nous avons beaucoup progressé et affirmant que la thérapie après « de nombreuses séances » pouvait donc s'arrêter.

CH : Je voudrais revenir sur le fait que vous avez dit au départ que la maltraitance touche « tous les milieux », vous-même venant d'un milieu aisé. Il y a d'ailleurs cette éducatrice qui vous dit un jour : « Mais à ton âge, tu ne pouvais pas te rebeller ? »

CR : Effectivement, à cette époque, une mesure d'AEMO (assistance éducative en milieu ouvert) a été décidée par la juge pour enfants une fois les droits d'hébergement chez mes parents mis en place. Cette éducatrice nous a vus arriver, avec mes parents, bien habillés et tout à fait charmants, et elle m'a regardé en me disant : « *Mais dis-moi, tu avais quatorze ans, non ? Tu ne pouvais pas te rebeller ?* », d'un air de dire moi je n'y crois pas trop à ce que tu me racontes car ton profil ne colle pas vraiment avec ce que moi je me représente de l'enfant maltraité.

CH : Et avec le côté culpabilisant pourquoi n'avez-vous pas réagi plus tôt si tel était le cas... Comment est-ce que vous allez aujourd'hui ?

CR : Beaucoup mieux ! Je me suis accrochée à mon rêve de faire médecine. J'ai pu aussi grâce à l'École de l'Inserm faire de la recherche et être aujourd'hui docteure en sciences, et je suis vraiment heureuse d'être parmi vous aujourd'hui en espérant que ce colloque puisse faire bouger les choses.

CH : Il y a quelqu'un dont on n'a pas parlé dans cette histoire, c'est votre sœur, qui n'a pas été victime de ces violences mais qui a vu ce que vous avez subi. Vous avez un peu envie que l'on se demande également comment cela se passe pour elle aujourd'hui, car apparemment, pour elle aussi, c'est dur.

CR : Pour ma part, j'ai eu la chance d'être placée, que la justice s'intéresse à moi. Il y a eu ce procès où mon père a été condamné. J'ai donc été reconnue victime et lui coupable. Ma sœur n'a pas eu cette chance, ce qui fait qu'aujourd'hui, de nous deux, c'est elle qui va le plus mal. Elle est très dépressive car elle a l'impression que la souffrance qu'elle ressent n'est pas prise en compte. Car si physiquement elle n'a pas été maltraitée, psychologiquement elle a vécu dans la terreur familiale : quand je n'avais pas le droit de manger, c'est elle qui cachait de la nourriture sous son pull pour me la déposer en cachette dans mon armoire à vêtements, quand j'étais enfermée, c'est elle qui allait voir dans la cave si je n'avais pas glissé un petit

mot, si je n'avais pas besoin de quelque chose et pourtant, elle était toute petite à l'époque. Elle avait six, sept, huit ans. Elle a donc été très marquée psychologiquement par tout ça mais aujourd'hui on lui dit : « *Mais de quoi te plains-tu ? Il ne t'a jamais touchée, toi ?* » Elle souffre terriblement de cette non-reconnaissance du statut de victime.

TABLES RONDES THÉMATIQUES

Le repérage

Table ronde présidée par Philippe Duverger

Participants :

Évelyne Cluzel, Geneviève Gautron, Françoise Molénat,
Georges Picherot, Claude Rougeron, Nathalie Vabres

Philippe Duverger : Je suis médecin, pédopsychiatre, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au CHU d'Angers, mais aussi adulte, et je voulais introduire cette table ronde en précisant que le repérage, ce n'est pas uniquement une question de professionnels, mais une question qui est l'affaire de tous. Et ce repérage peut être fait par la voisine, par le boulanger, par l'enseignante, par n'importe qui, par n'importe quel adulte responsable. Ce qui pose la question de la sensibilisation de tout un chacun, sensibilisation qui me paraît particulièrement importante. Sans doute ce colloque y participe-t-il, mais peut-être, Madame Taubira en a parlé, une campagne de sensibilisation pourrait-elle voir le jour ? Peut-être pourrait-on discuter aussi de faire de la maltraitance une grande cause nationale, en tout cas l'objet d'une grande attention et d'une sensibilisation.

Quelles sont les questions soulevées par la problématique du repérage :

- Que repère-t-on compte tenu des difficultés de définition de la maltraitance ?

- Comment repère-t-on ?

- Comment peut-on améliorer le repérage ? Quelles pistes ?

- Comment repérer les facteurs de risque, les situations à risque ?

Cette dernière question se pose particulièrement en maternité. Comment ne pas arriver quand le mal est déjà fait, mais repérer en amont les indices, les facteurs de risque, de cette éventuelle maltraitance ? Que peut-on améliorer et est-ce que l'on peut tout prévenir ? Cette question du repérage doit être abordée aux urgences de l'hôpital, comme à l'école ou chez le médecin généraliste, ou encore en maternité.

Claire Hédon : Comment repère-t-on les enfants victimes de maltraitance et quelles formes de maltraitance repère-t-on ?

Geneviève Gautron : Je crois que le maître mot serait le mot dysfonctionnement, mot qui recouvre l'absentéisme, les retards scolaires, les mauvaises notes, le refus de travailler. Ces dysfonctionnements peuvent être de tout ordre et se situent à deux niveaux : le refus de l'école, enfant qui grandit mal, enfant qui a envie d'ennuyer ses parents ; ou des dysfonctionnements plus graves, liés à la maltraitance. Et se pose aussi un autre problème pour les personnes qui doivent repérer, celui du double statut à l'Éducation

nationale : l'école est en effet le lieu où l'on est à la fois juge et partie ; on y est à la fois chargé de la prévention et de la sanction. On peut aussi être pourvoyeur de maltraitance lorsque des enfants sont en rupture scolaire, et que l'on a beaucoup de mal à les identifier.

Évelyne Cluzel : Je me fie beaucoup aux passages que j'ai à l'infirmierie et à leurs causes : maux de tête, de ventre, tous les signalements que les professeurs me font, les surveillants. Mon rôle, c'est d'être là, présente, huit heures et demie par jour dans l'établissement, même sur mon temps de repas les trois quarts du temps ; c'est de savoir me faire identifier par les élèves et établir une relation de confiance avec eux, parce qu'ils ne vont pas aller se confier à n'importe qui. On vient me voir pour différentes raisons, dont les causes peuvent être pathologiques ou psychologiques. Je m'inquiète s'ils pleurent et me retourne vers l'équipe éducative pour avoir d'autres éléments qui pourraient m'aider à comprendre et à évaluer la souffrance éventuelle. Cela peut être aussi un surveillant qui vient me voir et me dit « tu devrais voir là » ; c'est le cas de cette semaine, des coups et des maltraitances. Je convoque, je discute, le plus difficile c'est d'établir s'il y a urgence ou pas. Un enfant maltraité physiquement, comme cela m'est déjà arrivé d'en voir, là c'est très facile, il y a des coups apparents, ça se voit, on prend des mesures immédiates pour que l'enfant ne revienne pas chez lui. En revanche, tout ce qui est psychologique, sexuel, les incestes, tout ça c'est très difficile, c'est un travail de confiance, de présence, c'est un travail d'équipe et de tous les jours. On a beaucoup de mal et, quand je vois passer un élève, souvent je lui dis : « À ton âge, on n'est pas malade comme ça, qu'est-ce qu'il y a ? » On discute, je fais le tour des questions en m'intéressant à la famille, des fois c'est des problèmes d'hygiène, on discute sur le logement, comment on vit. C'est de tous les instants mais c'est surtout une porte ouverte, continuellement ouverte, une présence et une reconnaissance de notre travail, sachant que l'on est tenu par le secret professionnel.

Les élèves ont parfois peur de se confier car on fait quand même partie de l'institution scolaire et ils ne voudraient pas que l'on divulgue leurs « secrets » à d'autres personnes. Parfois on vient me dire j'ai quelque chose à vous dire, donc on ferme la porte et j'écoute sans porter de jugement. Des fois, c'est des chagrins d'amour, ce n'est pas méchant, donc on en parle, mais bon ça peut être beaucoup plus grave. On ne va pas me confier tout, tout de suite, ça va commencer par un petit bout, et puis on revient, quelquefois c'est la copine qui vient pour me parler au nom de quelqu'un. Les repérages, quand c'est des violences physiques proprement dites ça se voit, que ce soit en primaire, au collège ou au lycée, et il faut agir rapidement une fois le constat fait.

Claire Hédon : Cela veut dire que vous avez la maltraitance en tête en permanence, c'est-à-dire que, dès qu'un enfant, un jeune, vient vous voir, vous vous dites toujours, même pour une aspirine, attention, il peut aussi y avoir ça derrière ?

Évelyne Cluzel : Non, quand même pas. Ce qui alerte, c'est la répétition, c'est un travail d'équipe au niveau de l'Éducation nationale, c'est « j'ai des soucis au sujet d'un élève, je ne sais pas, je vais me renseigner, comment il travaille », etc. Les professeurs donnent les bulletins à la fin du trimestre, souvent ils reçoivent les familles, donc j'ai des retours, et ils viennent me dire « écoute, il y a un souci, est-ce que tu peux voir cette jeune fille qui a du mal à marcher ? », ou qui est violente avec les autres élèves. Ça peut être le professeur de sport qui va voir des traces sur le corps. Mais pas pour chaque élève qui vient pour un mal de ventre. C'est une attention de tous les jours parce qu'un mal de ventre fréquent peut cacher autre chose : une fois c'était un papa qui donnait des coups de poing dans le ventre et c'est l'hôpital qui a fait le signalement puisqu'il n'y avait pas de traces apparentes. Des fois on ne peut rien constater c'est des coups insidieusement bien placés... Voilà.

Claire Hédon : On comprend bien que c'est un travail d'équipe. Claude Rougeron, vous avez un rôle essentiel parce que vous les voyez, les familles, les enfants.

Claude Rougeron : Je vais aller dans le même sens que ce qui a été dit. Une vigilance : il n'est pas question d'obsession, mais de vigilance, c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas de voir un maltraité dans tous les enfants que l'on peut maltraiter. Quand je dis enfant, je voudrais préciser que l'enfance va vraiment de la naissance, voire un peu avant, jusqu'à vingt et un ans. Il n'y a sûrement pas que les « tout-petits ». La maltraitance des bébés c'est quelque chose de particulier, mais ce n'est pas vraiment réservé à cet âge. De la même manière qu'il a été dit qu'il n'y avait pas de couche sociale plus maltraitante qu'une autre, il n'y a pas d'âge non plus prédominant. Donc une vigilance, un peu de tous les instants. C'est une posture professionnelle que l'on a pour beaucoup de pathologies auxquelles il faut penser plutôt que d'attendre les symptômes. Souvent, il s'agit des symptômes de complication, tardifs. Il faut penser aux pathologies, et là, pour moi, c'en est vraiment une à laquelle j'essaie de penser le plus souvent.

Maltraitance : on repère quoi ? On a déjà parlé des maltraitements physiques, psychologiques, etc. On a entendu cette maltraitance particulière qui est celle disons « autour du piano ». Je l'ai vécue avec un patient autour du tennis ; cet enfant faisait 35 à 40 heures de tennis par semaine, le coach était le père et il n'était pas question de faiblir et en même temps il fallait des résultats scolaires. Je me suis interrogé, j'ai interrogé et j'ai eu la chance de pouvoir rencontrer un entraîneur du club de l'enfant qui a eu aussi cette vigilance, et donc très rapidement l'affaire a pu être court-circuitée et merci on n'a pas vécu le drame, et l'enfant va bien. On repère « ce qui vient », comme cette semaine, une enfant qui a perdu quasiment 5 kilos en trois semaines, quatorze ans, une enfant qui pleure, qui est amenée régulièrement par sa mère, le père suit et il n'y a pas moyen de voir l'ado toute seule. C'est un indice fort. L'enfant est aujourd'hui hospitalisée, le diagnostic est

posé puisque c'était presque grossier. Ce n'est pas à moi de ramener des preuves de la maltraitance, donc j'ai passé un coup de fil à la CRIP et fait un signalement en même temps au procureur de la République. L'enfant a été hospitalisée dans l'après-midi du samedi.

Cette vigilance s'effectue également dans le suivi de l'enfant. On a la chance en médecine générale, théoriquement, de voir vingt fois les enfants dans les vingt-quatre premiers mois de leur vie. C'est très théorique, c'est une prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale pour ceux qui ont des problèmes économiques, et on peut même utiliser le tiers payant, ce qui est facilitant. Ça, c'est la théorie, en pratique ce n'est pas toujours comme cela que ça se vit. Néanmoins, ces enfants, on peut les voir. Quelquefois on ne les voit pas régulièrement ; c'est quelque chose qui doit nous interpeller. Quelquefois on les voit, on fouille le carnet de santé, et il est vierge. Parfois, il y a de nombreux noms de médecins dedans. Il n'y a pas de médecin de PMI alors qu'il existe une PMI, sauf dans les campagnes où ce n'est pas simple. Et il n'y a pas de médecin de famille dans cette famille-là, bref, de petits indices que l'on va piocher comme ça, un peu comme on fait de l'archéologie avec le peigne et la loupe. Et j'insiste sur ce « comment ? » : avec le peigne et la loupe. Suivi de l'enfant, des vaccinations, à jour, pas à jour, avec du retard, avec des retards répétitifs. L'ambiance aussi de maltraitance dans la famille, pour nous, c'est quelque chose de très important, en particulier en médecine générale le médecin voit tout le monde, de la naissance à la mort, quelles que soient les pathologies, les couleurs de peau, les religions, les obédiences politiques. On voit tout et tout le monde, et je peux dire, car je m'intéresse beaucoup aux violences conjugales, aux violences aux personnes âgées... c'est un peu, tout cela, sur le même plateau, malgré des différences. L'ambiance familiale : on va dire que si quelqu'un est maltraité à la maison, même si c'est le chien, on peut aller chercher un peu plus loin et on a des risques de trouver un autre maltraité.

Nathalie Vabres : Je suis pédiatre dans un service de pédiatrie générale, je travaille aux urgences pédiatriques, et je coordonne l'unité d'accueil des enfants en danger. Effectivement, dans le repérage, pour un médecin, ce qui est très important, c'est d'envisager la maltraitance comme un diagnostic. Si on n'a pas dans la tête qu'il s'agit bien d'une pathologie grave, qui va compromettre le développement de l'enfant, compromettre sa santé, si on n'utilise pas tout de suite ce « tiroir diagnostic », on ne va l'envisager qu'en dernier recours, quand vraiment les choses seront évidentes. Il faut savoir l'envisager comme possibilité de diagnostic, devant un certain nombre de symptômes, comme tout le monde les a énoncés. Dans un certain nombre de cas, on a quand même une symptomatologie spécifique qui existe, notamment chez les tout-petits : les fractures et les ecchymoses avant l'âge de la marche, c'est quand même une symptomatologie très spécifique et pour laquelle on a potentiellement un diagnostic de certitude.

Il est très important de pouvoir travailler en équipe, et de pouvoir apprendre cette symptomatologie aux internes, aux soignants : les infirmières, les auxiliaires, les puéricultrices, elles sont vraiment vigilantes, notamment dans les services d'urgence et de pédiatrie.

Chez les adolescents, nous devons être en alerte devant tous les troubles somatomorphes, les tentatives de suicide, les pathologies accidentelles à répétition : quand on a des enfants et des adolescents qui sont venus dix fois en trois mois aux urgences pour des accidents soi-disant domestiques, des mises en danger répétées, des alcoolisations aiguës, cela doit alerter. Bien sûr toutes ces situations ne sont pas liées à des maltraitements. Mais nous avons le devoir d'avoir la maltraitance dans la tête comme possibilité diagnostique, et d'envisager de poser un certain nombre de questions ouvertes à un enfant en âge de parler ou à un adolescent ; et il faut aussi se poser les questions en équipe et savoir en parler avec les parents, quand on a affaire à des enfants plus petits qui ne peuvent pas parler.

Il faut vraiment envisager la maltraitance en termes de diagnostic, de diagnostic d'une pathologie extrêmement grave.

Georges Picherot : Je complétera par deux ou trois mots. Le premier : la base de notre enseignement pour cette matière c'est de dire « ouvrez les yeux ». On est resté sur la notion qu'il n'y avait pas de signes spécifiques ; en fait il y en a un certain nombre qui sont vraiment spécifiques, à côté desquels on ne peut pas passer. Le deuxième mot, c'est « plausibilité ». Est-ce que c'est possible qu'un enfant qui ne marche pas se fracture le fémur sans traumatisme important, sans traumatisme de la voie publique ? Cela s'appelle l'épreuve de plausibilité. C'est fondamental pour nous : ouvrir les yeux, rechercher la plausibilité et très rapidement être relayé, aidé. C'est ce que l'on fait dans la démarche d'urgence, on va amener une aide très rapide à celui qui rencontre en premier l'enfant. Ces trois éléments sont très importants. On repère des signes directs, et c'est véritablement notre travail aux urgences, dans des situations qui sont sans doute les plus graves puisqu'elles concernent des enfants qui viennent à l'hôpital. Mais on repère aussi les signes indirects qui sont également importants. Plus l'enfant est âgé, plus les signes indirects sont au premier plan : troubles du comportement, fugues, violences, tentatives de suicide. On doit particulièrement être attentif aux signes indirects chez l'adolescent.

Fabrice Drouelle : Quelles sont les principales difficultés du repérage en milieu scolaire ?

Geneviève Gautron : Par rapport à tout ce qui a été dit, je participe à l'idée qu'il faut un travail d'équipe, de prévention, d'attention. Je ne vous cacherais pas, même si ce n'est pas forcément le sujet ici, que nos conditions de travail ne permettent pas à des professeurs d'être tirillés entre des exigences contradictoires, d'avoir toujours l'œil qu'il faut. En effet nous sommes là face à une situation de l'enfant et l'école travaille, si j'ose ce mot un peu commun, travaille sur la masse, elle a énormément d'enfants, de directions à prendre. Actuellement nous souffrons d'un manque de formation évident, et les personnes qui ont qualité pour – les infirmières scolaires, les assistantes sociales – sont en nombre trop limité pour faire face à cet accroissement de leurs missions. Un simple exemple : il y avait jusqu'à présent des assistantes sociales dans les lycées parisiens ; à partir de la rentrée 2013, elles sont redéployées sur les autres lieux, il n'y en aura plus en lycée, comme si au lycée les choses s'arrêtaient. C'est un sujet sur lequel je voulais insister car nous

souffrons, je crois, nous aussi, d'un problème de légitimité, parce que nous ne sommes pas formés à ce dépistage et recevons néanmoins énormément d'informations de tout ordre. Et notre légitimité vis-à-vis des parents pose également question puisque ce n'est pas notre vocation première, puisque nous sommes à l'école et nous avons énormément de mal à entrer dans les familles. Les infirmières, les assistantes sociales réussissent un peu mieux mais je dois dire qu'actuellement, pour moi, je me sens dans une grande fragilité sur ce sujet-là parce qu'il me semble que nous rencontrons des besoins, une surcharge de demandes, à la fois pour des choses très graves et des choses moins graves, un grand mélange, des choses pour lesquelles nous nous sentons démunis.

Fabrice Drouelle : Donc manque de moyens, problème de légitimité ?

Geneviève Gautron : J'en profite pour dire que la notion de secret partagé est très compliquée. Nous sommes chargés d'une mission de service public qui n'est pas toujours très drôle à assurer, et il est extrêmement difficile, compte tenu des liens que nous avons avec les différentes instances, de nous faire reconnaître comme accompagnant, comme pouvant détenir effectivement une parole, parce que c'est vrai qu'elle provient de partout, de professeurs, d'assistants d'éducation (AED), de jeunes, de la gardienne, de n'importe qui, et il y a besoin de développer un vrai travail de coopération.

Fabrice Drouelle : Évelyne Cluzel, en tant qu'infirmière, rencontrez-vous le même type de difficulté ?

Évelyne Cluzel : La difficulté, c'est plus de savoir évaluer l'urgence ; et il faut arriver à faire le repérage en concertation avec tout le monde sans sortir du secret professionnel, c'est un travail sur le fil du rasoir ; soit les professeurs viennent, soit c'est l'élève, soit c'est un copain. Mais à quel moment je dois m'inquiéter, à quel moment je dois en parler, sans juger l'élève, sans trahir sa confiance, en ayant les paroles et l'accompagnement qu'il faut ? C'est là qu'est la difficulté, d'autant que l'on n'a pas forcément reçu une formation appropriée ; moi ça fait trente-sept ans que je suis dans l'Éducation nationale, donc je me suis formée sur le tas, je pense qu'il y a quelques années je n'avais pas les mêmes visions ni la même expérience, acquise au fil du temps. En plus il y a une disparité, soit quand on est à Paris, il y a une infirmière par établissement, alors qu'en province les mêmes infirmières couvrent le secondaire et le primaire-maternelle, donc là elles ne sont pas toujours dans l'établissement, on ne les perçoit pas de la même façon, elles sont moins repérées ; moi au début j'étais la secrétaire, je n'étais pas une infirmière. Maintenant mon rôle est bien défini dans l'établissement ; on a un rôle important, les élèves le savent, quand je ne suis pas là ils râlent d'ailleurs, parce qu'ils ont besoin de moi et c'est à moi de savoir à quel moment je dois m'inquiéter, parce que j'ai beaucoup de plaintes, j'ai des enfants qui sont capables de se plaindre parce qu'ils en veulent à leurs parents, c'est la crise d'adolescence. Je dois savoir cibler ceux qui ont vraiment besoin d'un signalement, d'un suivi, et savoir me tourner vers les bonnes personnes, ça, c'est très difficile aussi.

Fabrice Drouelle : Geneviève Gautron, un collègue n'est pas un échantillon de la France mais c'est quand même un observatoire intéressant. On disait que la maltraitance touche tous les milieux sociaux, est-ce que vous pouvez au niveau de votre collègue confirmer cette réalité ?

Geneviève Gautron : Oui, cela touche tous les niveaux sociaux, nous en avons conscience. Le problème fort que nous rencontrons – je suis dans le 15^e arrondissement, un quartier relativement favorisé de Paris – c'est que les milieux sociaux aisés sont ultra-protégés et connaissent le système. Je pense en particulier à un cas très précis du tribunal administratif, pour un enfant qui est suivi depuis le divorce de ses parents quand il avait un an ou deux, avec un papa professeur qui connaît le système, qui a des avocats, qui sait comment faire, et les signalements que nous avons tenté de faire, les aides que nous avons tenté d'apporter à l'enfant, qui est maintenant en situation de quasi-prédélinquance, se retournent en réalité contre nous. Il y a quelque chose qui est lié à la parole, à la capacité de parole qui, me semble-t-il, rend notre travail avec les milieux sociaux plus favorisés extrêmement compliqué. Pour faire clair, dans mon établissement il y a une section d'enseignement général et professionnel adapté (SEPGA) destinée à des enfants qui ont des difficultés d'apprentissage, comme on dit « graves et persistantes », il y a une unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS), pour des enfants qui ont des troubles cognitifs, des non-francophones, des enfants de tous les milieux. Globalement, nous travaillons beaucoup plus avec des enfants issus de milieux défavorisés et aussi issus de l'immigration, parce que là nous avons des indicateurs (le taux de la bourse, le refus de payer la cantine, l'hygiène), et peut-être aussi des enfants qui ont pris l'habitude du silence. J'écoutais ce que disait Céline Raphaël : il y a des enfants qui ne parlent pas, qui n'ont pas l'habitude, on parle beaucoup plus aisément avec des enfants qui sont en difficulté scolaire, sociale, etc. ; Donc oui, ça touche tous les milieux et nous devrions avoir une très bonne formation juridique pour être totalement solides vis-à-vis de ces parents qui eux maîtrisent les outils juridiques.

Claire Hédon : Vous avez soulevé cette question de la formation, du manque de moyens. Claude Rougeron pouvez-vous réagir là-dessus ? Parce que ce qu'invoquent les médecins généralistes, c'est le manque de temps, le manque de moyens, et vous, vous ajoutez le manque de formation.

Claude Rougeron : Le manque de temps, le manque de moyens sûrement, je ne sais pas, le temps et les moyens sont toujours évoqués devant les difficultés.

Claire Hédon : Que l'on se donne ou que l'on ne se donne pas.

Claude Rougeron : Voilà. Il ne faut pas s'arrêter là, c'est un peu facile, ça donne bonne conscience, il faut aller un peu plus loin. Est-ce que l'on se donne le temps ? Est-ce que c'est la « densité » du temps ou la « quantité » du temps ? Je pense que la densité du temps est plus intéressante à regarder que la quantité. Vous m'interrogez sur la formation : la formation des médecins en matière de repérage de la maltraitance (enfants, personnes

vulnérables, personnes âgées, femmes) est quand même assez faible, on va rester gentil dans les qualificatifs. Dans le deuxième cycle d'études, c'est insuffisant, dans le troisième cycle, la durée de la formation est uniquement fonction des facultés et de leurs responsables. Dans la faculté où j'enseigne il y a un séminaire sur les maltraitances de sept heures sur les trois ans. C'est très peu, d'autant plus que les étudiants ne sont pas obligés de participer pour des raisons diverses. Au niveau de la formation, les étudiants sont très accros aux livres, et c'est vrai que les livres de référence que les étudiants utilisent pour leurs études, abrégés entre autres, sont d'une pauvreté affligeante sur cette question. Je lance un appel aux auteurs : il faut investir de manière que ce sujet soit plus traité et de façon pédagogique.

Claire Hédon : Quels sont les signes qui devraient alerter de façon très concrète ?

Claude Rougeron : Comme cela a été indiqué par les personnes de l'Éducation nationale, il faut s'inquiéter devant un enfant apeuré qui s'exprime peu, qu'on a beaucoup de mal à voir en tête à tête ; ce sont des signes éloquentes. Bien sûr il y a des signes physiques, ce qui sous-entend quand même qu'un enfant ça s'examine, ça se déshabille pour l'examen, même à vingt ans, ça se pèse et ça se mesure, et poids et taille se reportent sur les courbes du carnet de santé. Ce carnet est quand même un outil extraordinaire dont on peut faire une lecture analytique extrêmement riche. Il faut cinq minutes pour faire ces courbes mais ça vaut le coup, cela permet de voir des cassures, et les cassures de poids et de taille, surtout de taille en l'occurrence, c'est comme les cassures des résultats scolaires dont on parlait tout à l'heure, ça peut avoir la même signification, en tout cas ça nécessite de notre part les mêmes investigations et les mêmes attentions. Ce que je voulais dire également, c'est que la formation médicale continue en France, celle des médecins généralistes, s'organise, ça balbutie, ça rebondit, etc., ça fonctionne autour de thèmes prioritaires qui sont biomédicaux, point barre. Il n'y a pas de place pour le psycho-social, pour le spirituel, pour tout ce qui n'est pas du diabète et de l'hypertension artérielle, pour faire court.

Claire Hédon : Tout ce qu'on ne voit pas dans une analyse de sang !

Claude Rougeron : Voilà. On a des marqueurs qui sont indispensables et, maintenant que nous sommes évalués sur la performance, c'est sûr qu'on ne peut pas être évalué sur le nombre d'enfants maltraités qu'on a repérés dans l'année, ça ne va pas se monnayer. Je suis très critique mais c'est une critique fondée que je partage avec les confrères qui sont attentifs au repérage, pour ne parler que du repérage des enfants.

Fabrice Drouelle : Nathalie Vabres, vous êtes à l'hôpital, contrairement aux médecins de ville vous n'êtes pas seule. Est-ce que la collégialité dans la prise de décision, dans le repérage, est un réel avantage ?

Nathalie Vabres : C'est une évidence. Nous, nous travaillons beaucoup avec les médecins de ville, nous avons des échanges dans la formation, et puis dans la formation des futurs médecins qui passent dans nos services et à la faculté. Il est évident qu'il ne faut pas rester seul avec une situation

de suspicion, et nous le disons toujours. C'est plus facile dans l'institution, à l'hôpital, de réfléchir ensemble, à plusieurs médecins, mais également en pluridisciplinarité. On a une assistante sociale, une psychologue, une puéricultrice, on travaille ensemble à réfléchir à ce diagnostic, et à faire des entretiens avec l'enfant et sa famille, à pouvoir prendre le temps, ce qui n'est pas toujours possible ailleurs, de faire des entretiens où on est toujours deux. Car on l'a dit, l'importance du déni est vraiment majeure ; car le déni il est aussi en soi, c'est très difficile de réfléchir quand on est sidéré par des paroles, par des lésions, par l'état d'un enfant ou d'un adolescent, et cette sidération est limitée par le fait qu'on est à deux. On le dit toujours aux médecins généralistes que l'on côtoie dans des enseignements post-universitaires (EPU).

Au téléphone, très souvent on a des échanges et des demandes de conseils, il faut avoir l'hospitalisation facile. Autant on sait que, pour toutes les autres pathologies, on limite au maximum les hospitalisations des enfants, car c'est délétère et dans plein de pathologies très réglées, on va faire un maximum de choses en hôpital de jour, en consultation. Là, il faut se donner le temps de l'hospitalisation, et il est extrêmement rare dans notre expérience qu'un parent maltraitant refuse une hospitalisation quand le médecin, la puéricultrice de PMI ou l'infirmière scolaire, ou le médecin qui est de garde aux urgences, fait part de sa propre inquiétude sur la santé de l'enfant en disant « *je suis inquiet, je ne comprends pas, il se passe quelque chose de grave et je ne sais pas ce que c'est* » ou « *je trouve que votre enfant ne va pas bien, il est triste, il a des troubles du comportement que l'on ne comprend pas, on va l'hospitaliser pour se donner un temps d'observation* ». Vraiment cela fonctionne très bien, lorsque le soignant, l'interlocuteur fait part de son inquiétude sur la santé de l'enfant et finalement donne l'occasion au parent maltraitant de dire « *oui, j'accepte cette hospitalisation* ». Bien sûr qu'après, en hospitalisation, ce n'est pas si facile. Il y a souvent, après un signalement, des mouvements agressifs, mais il est plus facile de les contenir dans le milieu hospitalier où l'on va être plusieurs pour tisser un filet protecteur autour de l'enfant, et même autour de sa famille, et puis passer le relais aux autres institutions. L'hôpital est vraiment un outil très important et central entre les différents intervenants : l'école, les médecins généralistes, on travaille beaucoup avec la PMI, il n'est pas rare qu'une infirmière nous contacte et que l'on décide ensemble d'une hospitalisation.

Fabrice Drouelle : Georges Picherot, combien de fois avez-vous été sollicité en 2012 et combien de signalements et d'informations préoccupantes avez-vous recensé ?

Georges Picherot : Dans notre service nous avons vu 370 situations qui relevaient d'une suspicion de maltraitance, et nous avons fait nous-mêmes autour de 100 signalements, les autres signalements ayant été faits éventuellement avant par d'autres structures.

Pour donner une idée sur Nantes, les urgences pédiatriques accueillent 30000 enfants ; donc pour la maltraitance on va retrouver les chiffres attendus. C'est sans doute encore sous-estimé, mais ce sont des chiffres élevés. Quand on parle de la maltraitance, et Anne Tursz et le représentant de l'ONED

l'ont bien montré, on est dans des chiffres très importants : 19 000 enfants porteurs d'une pathologie, selon l'ODAS. Celle-ci devrait donc prendre une place importante dans l'enseignement de la médecine. Un médecin généraliste ou un pédiatre a beaucoup plus de risques dans sa carrière de rencontrer un enfant maltraité que de faire un diagnostic de méningite à méningocoque (autour de 300 en France par an). C'est un rapport de 1 sur 10. Ça ne veut pas dire qu'il ne faut pas connaître les méthodes du diagnostic de méningite à méningocoque. Mais cette comparaison est pertinente ; nos collègues canadiens s'en servent beaucoup pour donner une place plus importante à la maltraitance dans l'enseignement.

Fabrice Drouelle : Quand vous avez repéré les signes avec discernement, qu'êtes-vous censé faire ? Est-ce qu'il y a un protocole, comment ça se passe ?

Georges Picherot : Il faut oser écrire des protocoles en matière de prise en charge de la maltraitance. Je dis bien « *il faut oser* ». C'est un diagnostic, pour nous médecins concernés, qui doit être associé aux démarches d'urgence. Il doit y avoir des protocoles rédigés et disponibles au même titre que les protocoles de réanimation de l'enfant. On est sidéré par l'état d'un enfant qui arrive dans un état catastrophique lié à la maltraitance comme on est sidéré par un diagnostic de cancer, mais au-delà de cette sidération, il doit exister un protocole écrit complet qui va accompagner les soignants. C'est fondamental et nous avons, avec Nathalie Vabres, rédigé ces protocoles que l'on renouvelle au fur et à mesure des critiques. Aucun médecin de Nantes ne peut affirmer « *je ne sais pas quoi faire en matière de maltraitance, de suspicion* ». Tout est écrit dans le détail pour éviter cette déstabilisation que l'on voit si fréquemment « *je ne sais pas quoi faire, donc je ne fais éventuellement rien* ».

Fabrice Drouelle : Est-ce que la question des moyens se pose aussi à l'hôpital ?

Nathalie Vabres : Les pédiatres se sont toujours occupés de pédiatrie sociale. Nous avons eu des moyens humains grâce à un protocole signé au moment où l'on a accueilli l'audition filmée. L'audition filmée des enfants victimes de violences se fait en effet dans les locaux du CHU de Nantes, comme au CHU d'Angers. Lors de la signature du protocole avec la fédération d'associations La Voix de l'enfant, le parquet, l'agence régionale de santé (ARS), le conseil général et l'hôpital, il a ainsi été possible de débloquer des moyens utilisés non seulement pour l'audition filmée mais aussi pour l'ensemble de la prise en charge des enfants maltraités. Le conseil général a financé un temps plein de puéricultrice, ce qui est énorme et qui nous a permis d'avoir ce qu'on souhaitait depuis très longtemps, une puéricultrice coordinatrice qui a des échanges avec les auxiliaires et les infirmières des autres services, les puéricultrices de PMI, etc. Le conseil général finance aussi un temps d'assistante sociale, mais c'est insuffisant. On a obtenu un mi-temps de psychologue et un mi-temps de pédiatre, ce qui n'est pas négligeable en période de pénurie, on ne peut donc pas se plaindre ; on a obtenu des moyens qui sont conséquents grâce à l'audition filmée, et cela nous paraît être un plus qu'elle soit réalisée dans un lieu de soin.

Claire Hédon : Quelles sont les questions que vous posez aux enfants ? Quels sont les mots que vous employez ?

Nathalie Vabres : Quand un enfant présente des symptômes, on peut faire part de son inquiétude « *tu me parais triste, il y a des choses qui ne vont pas ?* ». La question de la perte de poids, Madame Raphaël l'a rappelé, peut être utilisée pour demander ce qui se passe, « *est-ce qu'il y a des choses qui te tracassent ?* ». Et ça, il faut le redire plusieurs fois et à plusieurs moments, ce qui signifie qu'il faut disposer d'une équipe qui est suffisamment avertie pour oser poser des questions et pour pouvoir entendre. Encore une fois, « voir et entendre ».

Un enfant ou un adolescent ne pourra se confier que lorsqu'il aura confiance, quand il verra qu'il a en face de soi quelqu'un qui ne va ni s'effondrer complètement, ni être indifférent ou être dans une armure blindée. Donc il faut savoir oser poser plusieurs fois les questions sur ce qui le tracasse, lui fait du souci, « *est-ce qu'il y a des choses qui te font du chagrin ?* », les psychologues posent souvent cette question aux petits « *est-ce qu'il y a des choses que tu aimes ?* » et en même temps « *est-ce qu'il y a des choses qui te font du chagrin ?* ». La question de la violence, par exemple quand il y a des lésions : si l'enfant est en âge de parler, souvent, il protège sa famille parce qu'il a honte. À cause de la culpabilité, il peut donner des explications qui, encore une fois, ne sont pas plausibles, et on peut dire « *moi je ne crois pas que ça soit ça* ».

Je me souviens d'une petite fille très jeune, quatre ans et demi, qui avait des traces de flagellation sur le dos et sur les fesses et qui disait : « *Quand je m'ennuie je fais ça, et puis je fais ça, [se balançant sur sa chaise], ça doit me faire des traces dans le dos.* » On lui a dit : « *Moi ça, je ne le crois pas ! Ce que tu as c'est très très grave, tu as dû avoir très très mal quand c'est arrivé et ça me fait beaucoup de souci. Je pense que tu as eu très mal, il faut que tu te reposes à l'hôpital et que l'on comprenne ce qui t'arrive. Ce n'est pas en faisant ça que ça t'est arrivé.* » Il y a des choses que l'on peut dire ouvertement à un enfant sans empiéter sur une éventuelle audition. C'est vraiment des phrases qu'il faut pouvoir utiliser. Je voulais également insister sur le sujet de la douleur : dans les soins en urgence, dans les services, et ailleurs, les enfants qui n'expriment aucune douleur, alors qu'ils présentent des lésions à l'évidence extrêmement graves, c'est également un signe d'alerte. On masque la douleur psychique comme on masque la douleur physique, quand on est maltraité.

Claude Rougeron : La nature nous a donné une bouche et deux yeux et deux oreilles, on devrait écouter quatre fois plus qu'on ne parle. Il faut donc regarder et écouter les enfants et se mettre à leur niveau. Question de communication relationnelle essentielle : se mettre physiquement à la même hauteur que l'enfant, ne pas se cacher derrière un bureau, surtout s'il ne nous voit pas. Il faut lui parler, avec ses mots. Par contre parler le langage des adolescents à un adolescent, ce n'est certainement pas une bonne idée, c'est même sûrement une mauvaise idée. Il faut leur parler comme à des adultes. Pour les petits, c'est très facile de faire un jeu de rôles, de jouer à travers un baigneur ou une poupée, de demander à l'enfant comment il va

gronder et punir sa poupée. De là on va récupérer une multitude de signes fins. On ne peut que regretter la disparition des visites à domicile pour les médecins généralistes. Elle nous enlève une séméiologie physique et environnementale, culturelle et coutumière, qui était très riche. Une question que je pose parfois aux enfants, et c'est bien pour les plus jeunes, c'est : « *Qu'est-ce que tu fais à la maison, avec maman, avec papa, ensemble ?* », le faire-ensemble s'amenuise d'autant plus qu'il y a des difficultés de l'ordre de la maltraitance.

Georges Picherot : Juste encore une fois, ouvrir les yeux et ouvrir les oreilles, mais les ouvrir à plusieurs car les enfants ne choisissent pas forcément leur confident en raison de sa position hiérarchique : ce n'est pas obligatoirement le médecin ; ça peut être l'auxiliaire qui est là, n'importe qui de l'équipe auquel l'enfant va se confier. Il faut également apprendre à l'entendre suivant son âge, on ne va pas entendre de la même façon un enfant de quelques mois et un adolescent, pour lequel il faut toujours prévoir un temps en tête à tête.

Je m'associe aussi à cette notion de modification de l'expression de la douleur. Pour nous, cette notion est tellement importante dans le cas de la maltraitance qu'un travail de recherche clinique est en cours sur l'évaluation de la douleur dans la maltraitance.

Évelyne Cluzel : En milieu scolaire, notre fonction, c'est d'être en contact avec les adolescents, les soigner, les écouter, être en contact avec l'équipe scolaire, les familles et les services extérieurs si nécessaire... Quand j'ai une suspicion, je pose des questions, « *avec qui tu vis ?* », pour savoir s'il y a les deux parents, comment ils vivent, le logement, l'hygiène, ce qu'ils font ensemble, ce qu'ils partagent ; et après c'est « *que se passe-t-il ?* ». Il est important de ne pas juger l'enfant, de rester toujours très positif et discret par rapport à ce que l'on entend, pour ne pas le mettre mal à l'aise ni le culpabiliser. Il peut avoir peur qu'on l'éloigne de sa famille, même s'il est maltraité, car il aime toujours ses parents. Il faut le déculpabiliser par rapport à ce qu'il va nous confier (ce n'est pas lui le responsable). Il ne faut pas prendre position et ne pas banaliser ce qu'il dit.

Et puis on évalue les violences, « *Que subis-tu ? Qu'est-ce qu'on te dit ? Qu'est-ce qu'on te fait ? Est-ce que tu peux m'en parler ? Comment le vis-tu ?* ». On fait un tour sur son mode de vie, ça peut être « *je le vis très mal, je ne dors plus* » ou « *j'ai envie de mourir, de partir* », c'est ce que j'ai entendu cette semaine. Je suis tenue par le secret professionnel mais si ce que j'entends est grave, je ne pourrai pas le garder pour moi, « *je ne ferai rien contre toi, je vais te dire ce que je vais faire et est-ce que tu es d'accord avec ce que je vais faire ?* ». Après, j'informe, « *est-ce que tu veux que j'en parle à l'assistante sociale, est-ce que tu veux que ce soit le médecin ?* ». Si ce n'est pas urgent, on fait le tour, on essaie de faire le point avec le jeune et souvent on aboutit à dédramatiser des situations. Au début, l'adolescent peut être réticent, puis petit à petit il se confie, des fois on arrive à des larmes et c'est très difficile de continuer, donc on fait une pause. On laisse un temps de réflexion, la porte est ouverte. L'association Paris Ados Service accueille des jeunes, notamment quand j'ai un doute sur l'élève ;

quand j'ai peur qu'il ne rentre pas chez lui, quelqu'un de l'établissement les accompagne ou moi-même. Ils sont reçus par une assistante sociale et des psychologues, ils prennent la décision de renvoyer l'enfant chez lui ou d'appeler des instances supérieures pour le protéger.

Geneviève Gautron : Nous essayons de donner comme exemple le cas d'un enfant que nous soupçonnions d'être maltraité et qui a mis le feu à une poubelle, ce qui a engendré des conséquences dramatiques. Il y a eu un partage des tâches : le rappel à la loi, en même temps la confiance en l'équipe médico-sociale, et le travail avec la principale adjointe et avec le conseiller d'éducation (CPE). Ce sont des personnes incontournables puisqu'elles peuvent intervenir de multiples façons, en l'occurrence recevoir la mère, qui était seule, et toujours garder le contact avec elle ou avec les parents que nous réussissons à joindre. Nous ne travaillons jamais en traître, dans le dos des adolescents, et, lorsque nous entendons quelque chose, nous disons « *est-ce que tu veux que nous en parlions à l'assistante sociale ?* », quand la situation n'est pas dans l'urgence. De plus, je dis toujours « *maintenant je vais parler avec tes parents* », cela me semble très important parce que sinon nous laissons l'enfant dans une impossible solitude. Je trouve souvent des parents dans une situation de souffrance, dépassés, qui sont contents d'avoir un lieu de parole. C'est ce lien avec les parents qui me semble important.

Fabrice Drouelle et Claire Hédon : Parlons des pistes pour permettre le repérage précoce de la maltraitance, dans un but de prévention. Quel est le rôle des maternités dans la prévention de la maltraitance ? Comment éviter la maltraitance avant qu'elle ne survienne ?

Françoise Molénat : J'ai la tâche difficile de parler, vous l'avez compris, de ce que la majorité du public aura peut-être du mal à entendre. Parler de prévention n'est pas médiatique. Il s'agit d'un travail diffus, quotidien. La maltraitance avérée chez un enfant nous permet de désigner un coupable : les parents. Parler de prévention, c'est être tous responsables de ce qui va se passer. Il y a une quarantaine d'années, un grand pédiatre américain a écrit : « *La prévention de la maltraitance ? C'est l'affaire des maternités...* » Il aura fallu attendre le Plan périnatalité 2005-2007 en France pour que les conditions d'ouverture du dialogue avec les femmes enceintes et les futurs parents puissent s'organiser dès le début de la grossesse. Les textes sont là, des moyens ont été donnés, mais il faut apprendre à s'en servir et c'est une tout autre affaire. Nous devons changer les vocabulaires : parler de prévention nous oblige à trouver les mots qui ne feront pas fuir les parents. Si l'on veut leur permettre de dire leurs difficultés, leurs angoisses, les traumatismes anciens ou récents dans leur trajectoire, il faut déjà avoir en tête que la maltraitance ne tombe pas du ciel et que les éléments transgénérationnels renvoyant à l'enfance des parents sont le plus souvent inscrits. Ces parents ont eu bien souvent des trajectoires difficiles.

Mais devant un enfant maltraité il devient difficile, voire impossible, selon la place que l'on occupe, d'éprouver une quelconque empathie pour les parents, et cela devient délicat pour les professionnels de l'action sociale, les pédiatres : comment englober dans un même mouvement d'empathie, tout

en protégeant, s'il le faut, l'enfant qui a souffert, des parents en souffrance, une mère qui ne se sent pas adéquate avec son bébé ?

Or il existe un temps particulier, que l'on ne retrouvera plus, où l'on peut accueillir avec empathie les futurs parents dont le contexte de vie actuel et/ou passé laisse craindre des difficultés dans la rencontre et l'éducation ultérieure de l'enfant. Notre propre discipline renâcle à prévenir, comme si ce serait prédire ou stigmatiser, et là nos mots et nos représentations jouent un rôle majeur. Il est encore difficile dans notre culture médicale et médico-sociale de donner au concept d'écoute sa place centrale. On se dégage avec peine des notions de dépistage, terme peu engageant pour des parents déjà sensibles dans leur image d'eux-mêmes. Écouter les futurs parents dans un contexte de bienveillance permet d'identifier avec eux leurs difficultés éventuelles.

De plus, qui dit écouter dit offrir des réponses, ce qui signifie apprendre à travailler ensemble à partir du suivi médical des étapes grossesse, naissance, post-partum. Nous devons apprendre à travailler ensemble, trouver les moyens et les outils pour métisser nos cultures et offrir aux parents un accompagnement cohérent à partir du début de grossesse, ce qui n'exclut aucunement une mesure de protection décidée dans un partenariat avec la famille. Nous revenons de très loin, et pourtant sommes désormais responsables du changement de nos pratiques.

Claire Hédon : Vous allez justement jusqu'à dire que l'on ne traite pas bien les parents, qu'on les maltraite, qu'est-ce que vous mettez sous ce terme-là ? Que faudrait-il faire pour mieux les traiter ?

Françoise Molénat : Il existe deux niveaux de maltraitance. Le premier n'est pas une maltraitance active et franche, c'est plutôt le fait d'une négligence ou d'une méconnaissance désormais coupable puisque nous connaissons les processus qui accéléreront la désorganisation familiale. La priorité, justifiée, de lutter contre la mortalité périnatale a restreint l'attention mais aussi la formation du monde obstétrical au registre somatique, laissant de côté la dimension affective et subjective. Pendant des décennies les mères sont ressorties dans l'aléatoire de leur contexte de vie, alors que l'isolement était connu comme facteur précipitant de tous les risques. Les dernières enquêtes ont montré que les mères se plaignaient de se retrouver seules à leur domicile, et l'on espère beaucoup d'un meilleur étayage en voie d'organisation. On peut dire maintenant que l'absence d'intérêt professionnel pour les besoins des parents, afin qu'ils se sentent en sécurité avec un bébé, a eu des effets délétères.

Un deuxième niveau de maltraitance, qui s'est longtemps ignoré faute de retour d'information de l'après vers les professionnels de l'amont, vient de la manière dont nous avons travaillé ensemble, ou plutôt dont nous nous sommes ignorés. Combien de médecins généralistes ont-ils été appelés par un gynécologue, une sage-femme, et encore moins par un psychiatre ? Après on n'appellera ce médecin de confiance, quand il existe auprès de la famille, que lorsque le torchon brûle ; on lui demande de repérer, on veut le convaincre de l'intérêt de l'entretien prénatal précoce, mais personne ne lui

fait de retour ! Or les familles les plus vulnérables ont souvent un médecin de confiance. En outre, ces mêmes familles seront amenées à rencontrer de multiples professionnels du fait de leur fragilité, lesquels intervenants se sont bien souvent ignorés quand ils n'ont pas été mis à mal par les difficultés parentales, et l'on sait combien les mouvements émotionnels au sein de la famille se rejouent dans l'environnement professionnel, faute de communication, faute d'éclairage par un psychothérapeute en deuxième ligne. Finalement, à notre insu, nous avons trop souvent reproduit ce que ces parents issus d'une trajectoire chaotique avaient eux-mêmes vécu : des adultes qui s'ignorent, qui ne s'intéressent pas à la place des autres, qui substituent leurs actions réciproques, des confusions de rôle etc.

Donc le chantier est vaste : apprendre à penser ensemble dans le respect et la responsabilité mutuels, à quel moment et dans quel objectif s'appeler d'un professionnel à l'autre pour maintenir la sécurité de tous. L'assurance maladie finance, depuis le dernier Plan périnatalité, un entretien prénatal précoce visant à élargir le dialogue avec les parents et ainsi leur permettre de poser leurs questions, d'indiquer leurs besoins spécifiques, et surtout d'éprouver que leur parole est entendue et modifie l'environnement professionnel. Il se met en place lentement car la culture du travail en partenariat n'était pas suffisamment développée, et qu'un entretien isolé n'a pas de sens. C'est un changement d'état d'esprit profond, qui exige des méthodes pédagogiques interdisciplinaires fondées sur la clinique, et qui a fait émerger la nécessité d'une fonction de coordination dans les cas complexes. Lorsque ces conditions sont réunies, on voit l'approche délicate d'une sage-femme ou d'un médecin gagner la confiance d'une femme ou d'un conjoint qui auraient peur d'un regard négatif, peur d'être envoyés trop vite voir un « psy », sans que leur réalité présente ait été sécurisée grâce à un suivi global resserré quand il le faut.

Fabrice Drouelle : Il y a une difficulté due aux cloisonnements des services. Vous proposez une stratégie d'alliance. Comment peut-on partager le secret professionnel ?

Françoise Molénat : L'alliance n'a rien à voir avec le secret professionnel. On peut travailler ensemble, tenir compte de la place de l'autre, des autres, anticiper les étayages, sans se raconter l'intime de la famille. La question est : comment les sortir de l'isolement si l'on pressent une difficulté ? La sage-femme qui reçoit les confidences sur des antécédents traumatiques pourrait passer un coup de fil au médecin traitant juste pour lui dire combien cette mère aura besoin de sa présence au retour à domicile, ou informer ce médecin qu'une sage-femme ou une puéricultrice s'y rendra, et que tous puissent travailler dans un projet commun, au lieu de prendre le risque d'avis contradictoires ou décalés – sources d'une grande insécurité pour les parents et d'une possible rupture de confiance.

Tenir compte des places professionnelles dans le continuum grossesse, naissance, retour à domicile, tisser une fine enveloppe en fonction de l'expression par les parents eux-mêmes de leurs ressentis au fur et à mesure de la venue de l'enfant, puis de son développement, est devenu un enjeu scientifique de taille. Des outils pédagogiques existent pour accélérer le

mouvement, disponibles par des référentiels sollicités par le ministère à la sortie du Plan. Il reste à s'asseoir autour d'une table, que l'on soit médecin, sage-femme, éducateur, psychologue, d'exercice public ou libéral... une révolution! Mais les Réseaux périnataux y aident beaucoup.

Interventions du public

Anonyme : Remerciements pour les propos de Françoise Molénat et de Geneviève Gautron. Ne supprimons ni les assistantes sociales ni les infirmières scolaires dans les collèges!

Anonyme : J'ai été longtemps infirmière scolaire en lycée. Je voulais revenir sur le langage que l'on utilise lors des entretiens avec les adolescents victimes de maltraitance. Ils viennent vous voir parce qu'ils sont face à une situation qui leur est devenue insupportable et ils sont en grande souffrance. Mais ils sont aussi victimes sans le vivre comme victimes, ils se sentent responsables de ce qu'ils leur arrive, ils se sentent coupables. Dans un premier temps je pense qu'il est très important de leur dire qu'ils sont victimes de ce qui leur arrive, que leurs parents ont des droits et des devoirs, et qu'ils n'ont pas le droit de les taper, de les injurier, de les humilier, de leur faire subir ce qu'ils subissent.

Sophie Graillet : Bonjour, je suis la présidente de Défense des enfants International (DEI), section française. Permettez-moi d'évoquer ici le cas de milliers d'enfants qui vivent dans des conditions indignes aujourd'hui en France, qui souffrent, qui subissent des violences et qui n'ont pas été beaucoup évoquées ce matin et dont on se préoccupe assez peu de les repérer et de les protéger car les maltraitements qu'ils subissent sont le fait, entre autres, de la puissance publique. Je veux parler ici des enfants roms, qui vivent dans des bidonvilles; ces enfants rencontrent de nombreux obstacles pour l'accès aux services de PMI et de santé à l'école. Les évacuations répétées des terrains sur lesquels ils vivent, la destruction de leurs affaires, leur déscolarisation, l'interruption des parcours de soins sont d'une violence extrême. Les pouvoirs publics, au lieu de les protéger comme c'est leur obligation, contribuent à les détruire. Je veux aussi parler des mineurs isolés étrangers auxquels les services de l'Aide sociale à l'enfance refusent trop souvent une prise en charge à laquelle ils ont droit. Certains sont aujourd'hui à la rue et cette après-midi des militants manifestent à Paris pour dénoncer cette discrimination dont font l'objet ces enfants en danger.

DEI France vous lance un cri d'alerte : cessons de considérer ces enfants comme des sous-humains, avec des sous-droits, ou comme des enfants à part avec des traitements à part. Prenons tous ensemble ces situations à bras-le-corps, même si nous savons que ce sont des situations complexes, prenons les à bras-le-corps pour protéger tous les enfants sinon le risque est grand que notre société en pâtisse demain. Des solutions existent, mettons-les en œuvre.

Claire Hédon : Vous soulignez quelque chose d'important, il n'y a pas que les parents qui sont maltraitants, la société aussi peut être maltraitante.

Anonyme : Je suis assistante sociale départementale dans le service social en faveur des élèves d'un département de la région parisienne. Je voulais juste rebondir sur le problème du repérage en primaire. Il a effectivement été évoqué la difficulté pour les enseignants, et je crois qu'à l'heure actuelle c'est extrêmement important pour eux, cette difficulté d'accompagner les enfants et les familles, et dire, surtout dire, qu'ils sont inquiets à propos des enfants qu'ils ont sous les yeux toute la journée.

Les infirmières de notre département sont en secteur mixte, elles se répartissent sur le primaire et sur le secondaire, nous ne sommes donc pas présentes au quotidien aux côtés des enseignants, avec pas d'assistantes sociales en primaire ou très peu, voire exceptionnellement. Quant au conseil général, du fait de la décentralisation, c'est reconnu au plan national, il est très à distance des écoles. Nous transmettons bien sûr les informations, mais après entre en jeu la culture commune entre les travailleurs sociaux du conseil général et le monde de l'école. Et les signes qui sont repérés à l'école ne sont pas forcément connus et reconnus à la hauteur de ce qu'ils représentent au niveau des enfants.

Isabelle Santiago : Bonjour et merci pour ce colloque. Je suis vice-présidente du conseil général du Val-de-Marne chargée de la protection de l'enfance, j'ai entendu ce qui a été évoqué et je souhaite simplement dire qu'il y a des départements, des politiques publiques et des services qui travaillent avec des projets face aux problèmes rencontrés par les enfants roms et les mineurs isolés. Le département du Val-de-Marne a 2 500 enfants placés en foyer, familles d'accueil et foyers associatifs. Parmi eux, plus de 220 sont des mineurs isolés étrangers; un très gros travail est fait avec les services, les médecins, un travail de transversalité pour les accueillir puisque là aussi ce sont des problématiques spécifiques, et actuellement le travail avance notamment avec une nouvelle circulaire qui vient d'être transmise dans les services et au niveau des parquets.

Nous avons des services au niveau des Roms en Île-de-France. Un projet européen a permis de faire un village et les services administratifs de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) travaillent sur la scolarisation des enfants, y compris dans l'installation des villages. Le plus connu d'entre eux a été installé à Orly pour sortir les familles des situations que vous avez décrites. Je voulais donc simplement dire que non, l'État ne fait pas rien, et nous, les collectivités, nous ne faisons pas rien, mais c'est vrai qu'il faut du temps et on essaie de mobiliser. En janvier 2013, nous avons signé une convention avec le ministère de l'Éducation nationale et le conseil général du Val-de-Marne. Si je donne cet exemple, c'est pour dire que l'on peut travailler tous ensemble. Je pense que cet exemple est un bon exemple puisque l'Éducation nationale au niveau de l'académie de Créteil met en place avec les services de l'ASE, avec toutes les directions des écoles, de la maternelle jusqu'au lycée, territoire par territoire, une commission dans laquelle l'ensemble des partenaires peuvent venir échanger sur la situation d'un enfant et là l'ASE prend avec le parquet les décisions suivant telle évaluation et je pense que ce travail est à valoriser.

Anonyme : Je suis puéricultrice de PMI au conseil général de l'Isère. La famille a été abordée ce matin, mais peut-être pas suffisamment, et je voulais souligner le manque de moyens actuels, et le fait que l'on intervienne de plus en plus sur la protection de l'enfance au détriment de la prévention précoce à laquelle nous croyons beaucoup.

Anne-Marie Clément : Je suis la présidente d'une fédération qui s'appelle Enfance majuscule, fort ancienne association de protection de l'enfance. J'ai rencontré les maltraitances en tant que médecin à l'hôpital et puis je me suis orientée vers un engagement citoyen parce que je crois, pour revenir à ce qu'a dit Monsieur Duverger, que c'est l'affaire de tous, et qu'effectivement il ne suffit pas de toutes les institutions, dont on se rend compte qu'elles existent et qu'elles travaillent, pour repérer. En effet il ne faut pas oublier les témoins directs, et je prendrai comme exemple, pour que ce soit plus clair, l'exemple du petit Antoine qui a été enlevé à Issoire, une petite ville. J'assurais des formations à cette époque et j'ai rencontré de très nombreuses personnes qui me disaient : « *Mais Madame, Antoine c'est un petit garçon qui vivait dans la rue, nous l'avons signalé* ». Parfois on me le disait en pleurant. J'ai fait un, deux, trois signalements, et Antoine a fini par disparaître. Je crois qu'il faut trouver une façon de travailler-ensemble, de revenir vraiment vers la première proximité des enfants. Plus ils sont petits, plus leur proximité est familière, et en particulier une fois que des mesures ont été prises, je crois qu'il faut trouver une façon d'associer les proches, les associations, parce que nous recevons des demandes de dossiers de plus en plus épais, qui sont des affaires prises en compte. Parfois quelque chose à l'air d'être fait, mais l'enfant vit dans son milieu familial, dans sa proximité, et les témoins remarquent toujours les mêmes faits qui les avaient révoltés au départ et ne savent pas quoi faire non plus. Resigner, redire ? On ne sait plus où l'affaire en est, pourtant des décisions ont été prises, etc. Donc je crois qu'il faut associer ces gens, un peu différents, mais qui ont aussi leur importance.

Anne Tursz : Je remercie beaucoup Madame Gautron d'avoir dit quelque chose de courageux mais néanmoins essentiel, c'est qu'effectivement il faut beaucoup de courage pour s'attaquer à des parents qui ont le bras long, et il faut savoir soutenir les enseignants, notamment juridiquement.

Conclusions des intervenants

Geneviève Gautron : Nous sommes dans le temps de la refondation de l'école. Je voudrais former le vœu que les enseignants, dans leurs prochaines formations, se sentent des professionnels sécurisés, ce qu'ils ne sont absolument pas pour le moment, et que dans la formation de ceux qui vont nous succéder cette notion-là fasse très fortement et très simplement partie de leurs missions.

Georges Picherot : Un vœu de fin de carrière : la valorisation de la pédiatrie sociale au sein de l'hôpital. La tarification à l'activité nous inquiète beaucoup et les mots de Monsieur Syrota ne m'ont pas du tout rassuré. La part de la recherche clinique est très faible, et en particulier la recherche sociale ou

la recherche socioclinique. La médecine sociale à l'hôpital, c'est un aspect fondamental qu'il ne faut pas oublier dans les décisions de santé.

Claude Rougeron : Lors de la préparation de ce colloque, Monsieur Vallini nous a répété qu'il fallait « qu'il en sorte quelque chose », donc j'ai entendu Madame Taubira ce matin parler d'une campagne de sensibilisation. Oui, mais si elle s'adresse au public, elle doit aussi s'adresser aux professionnels, pour leur formation et aussi pour qu'ils communiquent ensemble. On est dans une dynamique professionnelle, surtout au niveau de l'ambulatoire, où les gens se regroupent pour travailler ensemble. Donc une campagne de sensibilisation à double détente.

Nathalie Vabres : Le fil rouge pour les enfants : on a repéré, on a diagnostiqué, on a signalé, comment faire après dans la prise en charge – je sais bien que tout le monde y travaille dans les conseils généraux – pour que les difficultés s'aplanissent, pour qu'on arrive à garder à plusieurs professionnels dans la tête cet enfant-là ou cet adolescent-là, et qu'on puisse l'accompagner en ayant bien tous dans la tête ce qui s'est passé au départ, et que l'on n'ait pas, comme le disait Céline Raphaël, des placements multiples qui désagrègent les personnes, et où on oublie au fur et à mesure ce qui s'est passé et la gravité des choses. Qu'il puisse y avoir de véritables projets de soin pour les enfants pris en charge, d'un bout à l'autre, et qu'on les accompagne, qu'ils puissent grandir avec un véritable accompagnement.

Évelyne Cluzel : Je vous rejoins, qu'il y ait un suivi de ces familles, car souvent les signalements ne sont suivis d'aucun effet, les enfants reviennent chez eux et il faut recommencer en trouvant encore plus d'éléments au dossier et ainsi de suite. Une protection des personnels qui signalent serait peut-être nécessaire !

Françoise Molénat : Il convient de considérer comme prioritaires toutes les actions entreprises avant la naissance de l'enfant. Celles-ci consistent en une meilleure écoute et en l'introduction des étayages avant que les problèmes n'arrivent. Il faut sortir les parents de l'isolement, reconnaître le temps de liaison – rappelons ici que la tarification à l'activité a fait beaucoup de mal en raccourcissant à l'extrême les séjours hospitaliers – et promouvoir le décloisonnement des organismes de formation.

Philippe Duverger, président de la table ronde : Merci beaucoup, un très grand merci à tous les intervenants. Quelques points peut-être simplement de conclusion de la matinée et de ce que j'ai entendu. En une seule année, 19 000 enfants concernés par la maltraitance, c'est un phénomène considérable. C'est fondamental de ne pas fermer les yeux et d'être très attentif à tous ces enfants dans notre pays.

Le repérage. Comment les repérer ? C'est vraiment très difficile, on l'a entendu ; difficile de penser, de se représenter ce qu'est une maltraitance ; difficile d'accepter que cela puisse être survenu ; difficile de voir « *les petits cailloux* » pourrait-on dire ; difficile d'entendre, difficile d'écouter... Mais c'est possible et c'est fondamental. Le plus précocement possible. Nous avons entendu Madame Molénat, le temps de la maternité est un temps fondamental pour l'enfant car cela participe de son avenir, de son destin. Nous avons un rôle tout à fait capital et ce repérage doit être amélioré.

Repérer, c'est une tâche difficile car il n'y a pas de scanner, et au fond le diagnostic c'est nous qui le faisons. Le diagnostic de maltraitance repose sur des professionnels à la fois sensibilisés et formés. Et surtout pas seuls. Les professionnels comme les parents ne doivent pas être seuls. La solitude dans ce domaine de la maltraitance est un point central : solitude de l'enfant, solitude du parent, solitude du professionnel.

Ce repérage conduit à un diagnostic, avec toute cette question de la plausibilité, qui ne doit pas nous laisser sur une impression floue qu'il se serait passé quelque chose. Un diagnostic partagé, pluridisciplinaire, qui articule tous les professionnels. Il faut oser des protocoles par rapport à cela. Pourquoi ce repérage ? Au fond pour deux choses. Une protection de l'enfant, d'une part, et un accompagnement et un suivi de l'enfant et des parents, d'autre part.

Des perspectives : sans doute une meilleure sensibilisation – grande cause nationale ou non ? – des professionnels et de la population. On est tous responsables par rapport à cette question-là. Une meilleure formation, une meilleure connaissance du réseau d'accueil, des personnels ressources. Nous avons des moyens en France, à condition de se parler, à condition de nous décloisonner. Pour terminer, je dirais que quand on pense à la maltraitance, on n'y pense pas encore assez, mais qu'y penser ne suffit pas et que peut-être, le plus important, c'est d'y penser ensemble. Je vous remercie.

La transmission d'information préoccupante, le signalement

Table ronde présidée par Gérard Lopez

Participants :

Gisèle Apter, Évelyne Banguid, Sylvain Barbier Sainte Marie, Marie-José Laridan, Catherine Pizot, Caroline Rey, Corinne Serve

Gérard Lopez : Nous avons vu la difficulté de repérer les enfants maltraités, mais une fois cette étape franchie, le rôle des médecins s'arrête pour laisser place aux professionnels de l'enquête : policiers, médecins légistes, experts psychiatres ou psychologues. C'est le moment du diagnostic. Le médecin n'est pas un enquêteur. Il doit éviter de poser trop de questions pour ne pas contaminer le discours de l'enfant par de multiples suggestions. Mais il doit cependant et impérativement faire cesser la situation de danger.

Il est extraordinaire que nous, les médecins, nous ne soyons pas clairement obligés de faire un signalement pour un enfant gravement en danger. Selon l'article 44 du Code de déontologie médicale, le médecin « *doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives* ». Notre obligation concerne la protection de l'enfant en danger, pas l'alerte. C'est le moins que l'on puisse faire, et conformément à la loi pénale. L'hôpital est un endroit idéal pour faire cesser ces situations de danger et faire une évaluation, avec ce petit défaut que les policiers de la brigade des mineurs ne pourront pas mettre l'agresseur présumé directement en garde à vue et qu'ils pourront perdre des informations en lui laissant du temps pour organiser sa défense.

Dans cette table ronde, nous allons essayer de définir ce qu'est une information préoccupante, de comprendre comment travaille l'ASE, comment travaille la CRIP. On va aussi décrire le circuit judiciaire après la saisine directe du procureur et le rôle de la police judiciaire (gendarmerie ou brigade de protection des mineurs).

Le grand problème des policiers, c'est la parole de l'enfant. En France actuellement, les policiers qui sont versés dans les brigades des mineurs mais aussi les jeunes procureurs ou ceux qui deviennent juge des enfants ne sont pas formés à recueillir la parole de l'enfant grâce à des protocoles validés par la recherche scientifique. Il y avait en région parisienne une structure appelée le Centre national d'évaluation et de recherche, qui a d'abord été nationale puis régionale, mais, à partir de janvier 2014, il n'y aura plus de structures pour former les policiers en Île-de-France, ce qui est extrêmement inquiétant. En effet, si on savait recueillir la parole de l'enfant,

on aurait beaucoup moins de problèmes judiciaires et on n'aurait plus ce problème des enfants constamment réinterrogés et parfois obligés de venir témoigner à la barre. Il est indispensable que l'on apprenne aux policiers à interroger les enfants. Cela se fait au Québec, où il y a des méthodes validées par la recherche pour interroger les enfants comme la méthode du NICHHD (National Institute of Child Health and Human Development) qui commence à être enseignée en Belgique et en Suisse, par Mireille Cyr par exemple.

Fabrice Drouelle : Comment se déroulent le signalement et la transmission d'information préoccupante ? Docteur Évelyne Banguid, quel est le rôle de la PMI ?

Évelyne Banguid : Je précise que la protection maternelle et infantile (PMI) est une mission obligatoire du département, mais c'est une mission qui est partagée avec notamment le système libéral mais aussi les services hospitaliers : les maternités et les services de pédiatrie et de néonatalogie. Elle est partagée aussi en interne avec les autres services que sont l'Aide sociale à l'enfance et l'action sociale. La protection maternelle et infantile, ce sont des professionnels de santé, sages-femmes, infirmières puéricultrices et médecins, et notre rôle est d'être dans la prévention primaire, d'intervenir le plus précocement possible, quand l'enfant est encore dans le ventre de sa mère si possible avec l'intervention des sages-femmes de PMI. On a parlé de repérage ce matin, de l'entretien prénatal précoce qui est un outil important pour détecter déjà les facteurs de vulnérabilité pour une femme, et le rôle de sage-femme de PMI va être de l'accompagner jusqu'à la maternité, jusqu'à la naissance de son enfant.

Après, le relais va être effectué par les puéricultrices de PMI qui sont présentes dès la maternité et au retour à domicile. La PMI a l'originalité d'avoir plusieurs moyens d'action puisqu'elle peut aller à domicile, bien sûr avec l'accord des parents, et que les familles peuvent être accueillies dans les consultations en centre médico-social. Notre rôle est d'être là avant, d'éviter le plus possible que les situations se dégradent. Mais quand c'est le cas et que l'on arrive à la transmission d'une information préoccupante (IP), la protection maternelle et infantile fait partie de la CRIP, la Cellule départementale de recueil, d'évaluation et de traitement de l'information préoccupante, et elle est là aussi pour apporter un regard santé sur cet enfant qui a été signalé. On sait que quand les enfants ne parlent pas, le corps peut parler. Les professionnels sont là aussi pour entendre le corps de l'enfant qui parle.

Fabrice Drouelle : Catherine Pizot, dans quelles situations transmettez-vous une IP ?

Catherine Pizot : Rappelons que la loi de 2007 réformant la protection de l'enfance a essayé de clarifier les circuits et le vocabulaire, en distinguant deux notions : la transmission d'IP au président du conseil général, le signalement à l'autorité judiciaire. L'IP, c'est tout élément d'information, y compris médical, transmis au CG, parce que le développement d'un enfant sur le plan physique, affectif, intellectuel ou social est susceptible d'être compromis, ou parce que sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation sont possiblement

en danger. La loi de 2007 a donc demandé aux départements de recueillir l'intégralité des IP et de les traiter en procédant à leur évaluation.

Fabrice Drouelle : Comment se passe le traitement dans la suite du processus ?

Catherine Pizot : Pour traiter ces IP, la loi a prévu une CRIP par département pour faciliter le recueil et la transmission. En Isère, les services départementaux sont déconcentrés sur plusieurs territoires pour être au plus proche des familles. Nous avons donc fait le choix de faire traiter les IP par les services d'action sociale, de la PMI et de l'ASE de chacun de ces territoires. Nous avons bien, comme le prévoit la loi, une Cellule centrale de recueil, mais le traitement et l'évaluation sont effectués sur le terrain.

Fabrice Drouelle : Qui pilote ?

Catherine Pizot : On procède d'abord à une primo-évaluation immédiate de la situation pour détecter les situations urgentes et de particulière gravité qui vont nécessiter une intervention rapide des services. Pour certaines situations jugées critiques, il va être possible d'intervenir à domicile dans la journée pour se rendre compte sur place du danger et des dispositions seront prises pour protéger l'enfant. Si l'action administrative se révèle impuissante à protéger l'enfant, la justice sera saisie en urgence. Ces situations sont rares. Dans la plupart des autres cas, on va prendre le temps de réaliser une évaluation complète de la situation de l'enfant, de sa famille et de son environnement. Des professionnels vont intervenir en binômes pluridisciplinaires choisis en fonction de la particularité de la situation (action sociale et PMI ou ASE).

Fabrice Drouelle : Pourquoi cette exigence de binôme ?

Catherine Pizot : Pour faciliter le croisement des regards et essayer de partager des notions qui sont forcément subjectives. Pour essayer de réduire la subjectivité, on pense qu'il est important de pouvoir fonctionner en binôme. Chaque professionnel va amener sa spécificité dans le traitement de l'évaluation qui doit conduire à prendre une décision. De la qualité de l'évaluation va dépendre la pertinence de la décision, d'où le fait que l'on a beaucoup insisté sur l'importance de l'évaluation. Si le critère de danger est confirmé, on va mettre en place une mesure d'aide et d'accompagnement, on va proposer à la famille d'accepter cette mesure adaptée à la situation.

Fabrice Drouelle : Qui pilote la CRIP ?

Catherine Pizot : On a vu que l'on avait en Isère deux niveaux opérationnels : le niveau central et le niveau territorial – dans l'Isère il y a treize territoires – où s'opère le traitement. Dans la cellule territoriale on a les trois cadres, l'assistance sociale, l'ASE et la PMI, qui sont présents, ce qui permet d'assurer la collégialité des décisions prises et la continuité de service, d'être en capacité d'intervenir et de prendre des décisions.

Fabrice Drouelle : Une IP aboutit-elle à un placement, toujours, souvent, quelquefois ?

Catherine Pizot : C'est rare, et c'est bien de le souligner, car les professionnels hésitent parfois à adresser des IP de peur que l'enfant ne soit retiré de son milieu familial. C'est dans 6 % des situations d'IP que le département va se tourner vers l'autorité judiciaire pour solliciter le placement de l'enfant. Dans la plupart des situations, des mesures d'aide et d'accompagnement vont être mises en place et c'est pourquoi l'intervention dès les premiers signes va permettre d'éviter des dégradations de la situation et d'en arriver à la solution du placement.

Fabrice Drouelle : Corinne Serve, vous avez cherché à améliorer cette évaluation des situations et la qualité de ce travail car il est fondamental. Comment procédez-vous ?

Corinne Serve : La notion de danger, ou de risque de danger, qui est celle qui apparaît dans le Code civil ou le Code de l'action sociale et des familles, n'a pas de définition légale. Les définitions de la maltraitance telles qu'on les a encore en tête datent du début des années 1990. La maltraitance n'a pas disparu puisqu'elle reste une préoccupation majeure ; par contre, dans les textes, les termes de maltraitance et d'enfant maltraité ont disparu. La loi de 2007 a fait de l'évaluation un impératif incontournable avant la prise de toute décision. De ce fait, les enjeux autour de l'évaluation sont de plus en plus importants. Il en résulte une nécessité de pouvoir permettre une formation des professionnels sur cette question de l'évaluation. Il y a de plus en plus de situations qui conduisent à des évaluations, avec la montée en charge de la transmission d'IP, ce qui se répercute sur les professionnels de terrain, par des sollicitations de plus en plus importantes de situations à évaluer.

Dans l'Isère, on a souhaité outiller nos professionnels d'un référentiel d'évaluation en protection de l'enfance. Dès que le référentiel d'évaluation élaboré par le Centre régional pour les enfants, adolescents et adultes inadaptés (CREAI) a obtenu sa validation scientifique, on a choisi de lancer un vaste programme de formation des professionnels de terrain au conseil général de l'Isère. Concrètement, l'ensemble des professionnels et des cadres du département a bénéficié de cette formation, soit plus de 570 agents, en étant accompagnés sur une partie des actions de formation par le CREAI Rhône-Alpes.

Fabrice Drouelle : Quels sont le rôle et le contenu de ce référentiel ?

Corinne Serve : Nos professionnels ont été formés par groupe de quinze, de façon pluridisciplinaire, avec trois jours de formation à chaque fois. Ce référentiel est un outil qui permet aux professionnels de se centrer sur l'enfant, et sur la protection de l'enfant. De plus, il y a différentes caractéristiques dans la démarche méthodologique de ce référentiel. Tout d'abord la nécessité, au démarrage d'une évaluation, d'élaborer une stratégie évaluative : savoir qui est le plus pertinent pour démarrer cette évaluation, d'où la question des

binômes car on estime qu'un professionnel seul s'avère moins efficace que deux qui vont croiser leurs regards, être riches de leurs différentes expertises. Ensuite savoir comment on va s'y prendre. On va rencontrer l'enfant, mais comment, quels moyens va-t-on se donner ? Quels sont les professionnels que l'on va rencontrer, et pas seulement les parents ? À quel endroit va-t-on rencontrer toutes ces personnes ? C'est important pour les professionnels d'avoir cette sorte de feuille de route pour savoir comment ils vont procéder. Ensuite le référentiel s'appuie sur une évaluation systématisée par domaine. De façon très rigoureuse les professionnels sont invités à s'interroger sur le domaine environnemental et socio-économique de l'enfant. On va ensuite observer de façon détaillée le domaine « santé et développement de l'enfant », qui repositionne les professionnels de santé et de PMI dans un rôle très important.

Le domaine de la parentalité et de l'exercice des fonctions parentales est défini par deux notions clés : comment les parents comprennent-ils les besoins de l'enfant et comment sont-ils en capacité d'y répondre ? Les parents peuvent être eux-mêmes dans des difficultés personnelles, ce qui a des conséquences sur l'exercice de leurs fonctions parentales. On va donc essayer de ne pas se centrer sur les difficultés des parents elles-mêmes mais de se poser la question : « en quoi les difficultés personnelles des parents ont-elles un impact sur l'enfant ? » Enfin nous préconisons de rechercher la participation des parents et de l'enfant tout au long de ces exploitations des différents domaines. On recueille le point de vue du père, de la mère, le point de vue de l'enfant de façon systématique, et ça nous permet de croiser les regards des professionnels avec les différents membres de la famille. S'il y a des personnes dans l'entourage, autres que les parents, qui jouent un rôle important, elles sont rencontrées.

Quand on a terminé l'observation, on recherche avec toutes les personnes concernées une construction commune de sens, c'est-à-dire qu'on définit les zones problématiques et les difficultés ainsi que les solutions qu'on peut imaginer ou rechercher. On fait l'hypothèse qu'en développant cette démarche auprès des familles, les propositions d'aide, d'accompagnement, de mesure que l'on pourra proposer ultérieurement ont plus de chance d'une part d'être comprises par la famille puisqu'elle aura concouru à la recherche de solutions, d'autre part, d'être acceptées par elle.

Fabrice Drouelle : Ce référentiel est-il utilisé dans tout le département ? Quel est le résultat ?

Corinne Serve : Oui, dans l'Isère le programme de formation, commencé en 2012 et achevé en 2013, a concerné l'ensemble des professionnels cadres et de terrain (assistants sociaux, éducateurs, sages-femmes, médecins, psychologues), et il est opérationnel. Les résultats montrent une évolution des postures dans la façon dont les professionnels abordent l'évaluation avec les familles. Certaines choses peuvent être exprimées beaucoup plus facilement, ne serait-ce que l'explication à la famille de ce qu'est une évaluation en protection de l'enfance. On utilise aussi le fait que ce référentiel n'a pas été uniquement conçu pour le traitement des IP. Il nous permet de

répondre à l'ensemble des obligations légales du département en matière d'évaluation, c'est-à-dire que l'on peut l'utiliser en amont de toute prestation. On peut l'utiliser pour évaluer à la fin d'une mesure où en est la situation.

Fabrice Drouelle : Quand un signalement n'émane pas du département, êtes-vous informés ?

Catherine Pizot : La loi prévoit que lorsqu'un signalement est adressé directement à l'autorité judiciaire, le professionnel qui effectue ce signalement en transmet une copie au conseil général et à la CRIP. Dans l'Isère, cette disposition fonctionne bien, notamment avec les partenaires qui sont signataires de notre protocole qui rappelle les dispositions de la loi. Ensuite, la CRIP achemine ce signalement vers la cellule territoriale pour que celle-ci puisse suivre les suites données par l'autorité judiciaire et elle en informe les travailleurs sociaux et médico-sociaux du terrain qui sont en contact le cas échéant avec la famille. Une vigilance se fait donc sur les signalements directs, car ce sont les cas les plus graves. Si la justice n'intervient pas, le département poursuit lui sa mission de veille et de vigilance à partir des informations qu'on lui transmet.

Claire Hédon : Sylvain Barbier Sainte Marie, quand est-ce que le professionnel doit signaler une situation de maltraitance au parquet des mineurs ?

Sylvain Barbier Sainte Marie : Le cadre textuel de l'article 375 du Code civil est extrêmement large puisqu'il comprend à la fois la santé, la sécurité, la moralité d'un mineur qui serait en danger, les conditions de son éducation ou de son développement, non seulement son développement physique, affectif, mais aussi intellectuel, et même social. Le champ pour la saisine du procureur de la République est donc lui aussi très large. Concrètement, les CRIP constituent des sortes de gares de triage où les informations préoccupantes arrivent. Ces informations sont analysées afin de déterminer si, oui ou non, elles relèvent de la compétence judiciaire. Si c'est le cas, la CRIP saisit le procureur de la République, qui est la première autorité judiciaire, avant celle du juge des enfants. Il y a en outre une distinction à faire entre les signalements. Il faut en effet distinguer ceux qui relèvent exclusivement de l'assistance éducative de ceux qui exposent une double problématique en assistance éducative et au plan pénal. Par exemple, un signalement peut concerner des parents montrant d'importants signes de carence et des maltraitances sur un enfant. Le signalement est alors adressé à un service de police pour enquête pénale au sens strict du terme.

La question que le magistrat doit donc se poser, quand il reçoit un signalement qui a un caractère bicéphale (assistance éducative et au plan pénal), est de savoir si l'enfant est en danger et quelles mesures prendre en assistance éducative. Doit-on aller jusqu'au sommet de la hiérarchie des mesures, qui est l'ordonnance de placement provisoire ou saisir simplement un juge des enfants par voie de requête ? Il y a en effet toute une hiérarchie des possibilités en assistance éducative. Quand le procureur est informé de faits à caractère pénal, il saisit le service compétent qui est à Paris, un service de police judiciaire (la brigade de protection des mineurs) pour que,

parallèlement à cette mise en sécurité au plan de l'assistance éducative, se mettent en place les jalons de l'enquête pénale.

Claire Hédon : Face à cette obligation de signalement il y a toute la question du secret professionnel que beaucoup invoquent, beaucoup les médecins, mais pas que. Comment procède-t-on ?

Sylvain Barbier Sainte Marie : Il y a plusieurs textes et trois articles principaux. Le célèbre article 40 du Code de procédure pénale oblige toute autorité constituée, tout fonctionnaire, ou tout officier public dans l'exercice de ses fonctions qui aurait connaissance d'un crime ou d'un délit à le signaler au procureur de la République. Un autre texte plus précis, l'article 226-14 du Code pénal, dispose que le secret médical n'est pas applicable au médecin qui va révéler au procureur de la République des sévices, des violences physiques, sexuelles ou psychiques. Il est ainsi relevé de son secret. Et, contrairement aux majeurs, il n'a pas besoin de l'accord du mineur.

Contrairement à ce qui a été dit, j'ai une opinion différente sur le troisième texte. Il y a eu une amélioration législative importante, mais elle doit se poursuivre. L'article R. 4127-44 du Code de la santé publique pose en réalité le principe du signalement, puisqu'il énonce : « *Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger [...]* », mais : « *Lorsqu'il s'agit d'un mineur [...], il alerte les autorités judiciaires ou administratives [...]* » Toutefois, il y a une exception : « *[...] sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience* ». Le principe général est donc une obligation, sauf circonstances particulières. Le principe n'est pas le fait de ne pas signaler, le principe général c'est bien le signalement. Je suis en revanche très réservé sur le fait que le médecin puisse « *en conscience* » ne pas signaler des faits à caractère pénal commis sur un mineur et je pense qu'il est nécessaire de supprimer cette restriction.

Claire Hédon : D'une façon très concrète, est-ce que les médecins font ces signalements ? Et pourquoi peuvent-ils être réticents à le faire ?

Caroline Rey : On l'a vu ce matin pour le repérage, pour faire le signalement, déjà faut-il avoir fait le diagnostic. Il y a beaucoup d'obstacles au diagnostic. Le déni, on l'a vu, les résistances émotionnelles du soignant – c'est pour cela qu'il faut être plusieurs. Quand le diagnostic n'est pas fait, il n'y a pas de signalement. Quand le diagnostic est envisagé, le médecin est souvent assez réticent à faire un signalement. D'abord parce qu'il a peur d'être accusé de dénonciation calomnieuse au cas où, au terme de l'enquête, il s'avérerait que son soupçon de maltraitance est infondé. De plus, il a peur de se tromper et de mettre en route une machine judiciaire qui va tout broyer sur son passage, y compris la relation qu'il a avec la famille. Enfin, il connaît très mal les dispositifs et les circuits de protection de l'enfance en danger. Les médecins ne savent pas à qui signaler, ils ne sont pas formés à cela. Ils hésitent entre une procédure administrative dont ils craignent la lenteur et une procédure judiciaire qui les effraie. Ils ne savent pas toujours à qui signaler, malgré les formations organisées. Le message que je voudrais passer aux médecins aujourd'hui c'est que, s'il y a un danger grave et imminent, pour

assurer la sécurité immédiate de l'enfant, c'est le signalement judiciaire, c'est-à-dire que le procureur de la République doit être alerté.

Claire Hédon : Quel doit être le contenu de ce signalement ?

Sylvain Barbier Sainte Marie : Il y a eu une amélioration considérable des signalements au fur et à mesure des années. Je suis arrivé en 2007 à la section des mineurs du parquet de Paris et, grâce à des formations, à des colloques, à des réunions et au partenariat en général, j'ai constaté cette très grande amélioration du contenu. Dans ce contenu, il doit figurer des paramètres reliés à l'état civil, à la famille au sens élargi du terme – il peut y avoir plusieurs enfants maltraités dans une même famille, la composition familiale est donc très importante. La situation familiale est souvent un élément important pour le procureur de la République, puis pour le juge des enfants. Les troisième et quatrième éléments sont constitués par le parcours de l'enfant et la maltraitance. Le cinquième élément important doit être la caractérisation de l'urgence. À quel niveau la situe-t-on ? Est-ce une urgence absolue qui nécessite une décision immédiate ? Auquel cas, il faut faire un signalement à la section de permanence du procureur de la République, avec copie à la CRIP. Ou est-ce que l'urgence est plus relative, et peut emprunter des circuits plus traditionnels, avec une enquête préalable auprès de la CRIP et ensuite une transmission au procureur ?

Claire Hédon : Quelle va être la suite de la procédure ?

Sylvain Barbier Sainte Marie : Dès lors que le procureur est saisi, il y a plusieurs possibilités. La première et la plus grave, c'est une ordonnance de placement provisoire de l'enfant, qui est prise immédiatement. La deuxième, c'est une saisine immédiate du juge des enfants sans ordonnance de placement provisoire. Le juge reçoit alors la famille dans les plus brefs délais et décide de l'accompagnement éducatif le plus approprié. La troisième possibilité, qui est de plus en plus rare, est un retour vers les CRIP pour un complément d'information, dès lors que l'on estime que l'on n'a pas suffisamment d'éléments. La diminution des retours vers les cellules prouve l'amélioration du contenu des signalements.

Catherine Pizot : Je peux expliquer ce qui se passe dans l'Isère. Souvent, quand le conseil général est à l'origine du signalement, celui-ci est relativement complet car réalisé à partir d'une évaluation. Lorsque des professionnels extérieurs au département (CHU ou Éducation nationale) choisissent la voie du signalement à la justice plutôt que celle de l'information préoccupante au conseil général, c'est qu'ils se trouvent dans l'obligation de dénoncer en urgence des faits qualifiables pénalement dont un mineur est victime. La justice n'a pas alors tous les éléments d'une évaluation qui lui permettent de mobiliser d'emblée le juge des enfants en vue de l'ouverture d'une mesure d'assistance éducative. Dans ce cas-là, le procureur retransmet le signalement au département pour complément d'informations et évaluation et en parallèle, de son côté, il intervient dans un cadre pénal. Il faut faire très attention car on peut à la fois avoir une enquête pénale et une intervention évaluative. Les services doivent s'articuler pour ne pas se gêner mutuellement

et être efficaces en fonction chacun de ses missions respectives, d'un côté la recherche d'une infraction, de l'autre la protection de l'enfant.

Sylvain Barbier Sainte Marie : C'est notamment le cas lorsque le juge des enfants est saisi directement par la famille sans passer par le procureur. Dans ces situations, le signalement peut être insuffisant, le filtre du procureur de la République n'ayant pas été actionné.

Claire Hédon : Est-ce qu'il y a des procédures qui sont classées sans suite ?

Sylvain Barbier Sainte Marie : Au pénal, cela peut arriver. Lorsque l'enquête ne permet pas de déterminer l'auteur de l'infraction, notamment dans le cas des nourrissons qui passent dans de nombreuses mains, les procédures sont classées sans suite.

Fabrice Drouelle : Marie José Laridan, vous êtes commandant de police. Pouvez-vous nous expliquer comment vous menez votre enquête, une fois que le parquet vous a saisi et, au sujet de la parole de l'enfant, la recueillez-vous ?

Marie-José Laridan : Lorsque nous avons un signalement qui nous arrive du procureur de la République, la première chose à faire est de regarder s'il y a une urgence : faut-il faire en sorte que l'enfant ne soit plus en présence de son agresseur pour éviter toute récurrence ? Et il est alors demandé une mesure de placement. Y a-t-il urgence à faire faire des examens médicaux par le biais d'une unité médico-judiciaire, après des agressions sexuelles qui imposent de faire des prélèvements, mais surtout dans le cas de violences, pour que l'on puisse constater les lésions et avoir une ITT ?

Une fois cela fait, le premier acte qui est le plus important et qui permet de mettre l'enquête en route est l'audition de l'enfant. On entendra également le parent qui l'accompagne ou la personne civilement responsable. Ensuite, nous allons vérifier toutes les déclarations de l'enfant et procéder à une enquête périphérique, c'est-à-dire entendre sa famille, ses frères et sœurs, pour voir s'il n'y a pas d'autres enfants victimes, ainsi que la personne qui a fait le signalement, car il arrive que cette personne pense que tous les renseignements fournis dans le signalement sont complets, mais nous avons besoin de savoir dans quelles conditions l'enfant s'est exprimé, et la personne peut oublier de poser les bonnes questions.

Une fois que l'enquête est faite au niveau périphérique, il faut se demander s'il y a besoin de faire des examens médicaux. On a entrepris avec les UMJ une expérimentation : elles nous ont donné une tablette où il y a un petit film vidéo qui explique aux enfants ce qui va se passer lorsqu'ils vont aller aux UMJ. Pour le moment, nous expérimentons sur les trois-huit ans. On montre ainsi aux enfants, dès la fin de l'audition, ce qu'ils vont faire avec le médecin et cela marche très bien. Une fois que l'enquête est faite, que tous les témoignages ont été recueillis, notre dernier acte, c'est l'audition de la personne mise en cause. En fonction de la gravité des faits, il peut y avoir une garde à vue, avec tout ce qui en découle : présence de l'avocat, des examens médicaux, des auditions, des confrontations, des perquisitions. Nous travaillons sous l'autorité du procureur de la République, à qui nous

rendons compte de nos enquêtes. Donc nous appellerons le magistrat de permanence qui décidera de la suite de la procédure.

La parole de l'enfant est l'élément le plus important de notre procédure. Un enfant est une personne entière et chaque audition est différente. Les auditions se font au cas par cas, en tenant compte de l'âge de l'enfant, de sa capacité à se repérer dans le temps et dans l'espace, de son niveau intellectuel. On ne va surtout pas l'interroger en fin de journée ni pendant les repas. On préfère entendre l'enfant le matin, c'est le moment où il est le plus apte et le plus attentif. Nous commençons par une mise en confiance de l'enfant, c'est-à-dire que l'on va se présenter et que nous ne portons pas d'uniforme. Nous lui expliquons qu'on est là pour le protéger et qu'il faut qu'on discute avec lui. On va s'isoler avec lui pour éviter toute manipulation, toute distraction, et surtout on essaie de ne pas l'entendre en présence des parents. Cela les choque souvent car ils disent « *mais vous allez traumatiser mon fils ! – non, Madame, rassurez-vous, cela va très bien se passer, on a l'habitude* », etc. Après notre présentation, on pose des questions à l'enfant sur son identité, son âge, avec qui il vit... et ensuite on le laisse parler, c'est ce que nous appelons le « récit libre ». Il va raconter à son rythme, à sa façon, ce pourquoi il est là et ce qu'il a vécu. Après, nous allons lui poser des questions simples, qu'on appelle « questions ouvertes », c'est-à-dire que l'enfant ne doit pas uniquement nous répondre par oui ou par non. L'enfant que je ne connais pas, si je lui demande « *ton papa t'a-t-il touché ?* », eh bien pour me faire plaisir il va me dire « *oui* ». Je vais plutôt demander « *qu'est-ce que ton papa t'a fait ?* ». S'il ne me dit rien, je ne vais pas insister, je ne vais pas influencer sa parole. C'est ainsi le cas quand nous recevons des enfants très jeunes, autour des trois ans. Déjà, nous ferons un entretien, et non une audition. Il arrive que ces enfants ne nous disent rien sur les faits dont ils seraient susceptibles d'être victime. Par contre, ils auraient dit des choses à leurs parents. Ces derniers nous demandent parfois d'insister, ce que nous refusons de faire. Nous n'insistons pas, car il y a des cas où les parents manipulent les enfants, dans les cas de garde, etc. Une fois que l'audition de l'enfant est terminée, on va lui expliquer ce qui va se passer après, et surtout on le rassure. On lui dit bien qu'il n'est pas responsable, qu'il a bien fait de parler, et que si quelqu'un lui a fait du mal, on va expliquer à cette personne que ce n'est pas bien ce qu'elle lui a fait. Parfois l'enfant ne veut pas témoigner car il ne veut pas envoyer son père en prison, ou il a peur de casser la famille. L'important, pour nous, c'est de rassurer l'enfant. À la fin d'une audition, on pose toujours la question à l'enfant « *est-ce que tu as des questions à me poser ?* ». C'est important de laisser la parole à l'enfant en dernier. En général, il nous demande ce qui va se passer. On le rassure, on va entendre les parents, on lui parle de l'UMJ de l'Hôtel-Dieu, à Paris, qui se trouve à proximité de notre service, et avec qui nous travaillons.

Fabrice Drouelle : Quand faites-vous appel, lorsque cela est nécessaire, à un professionnel de la santé mentale pour examiner l'enfant ou la personne mise en cause ?

Marie-José Laridan : Il peut arriver que l'on ait des doutes sur les déclarations de l'enfant. Nous parlons alors de « la crédibilité de la parole de l'enfant ». Dans ce cas, il nous est possible, par le biais du parquet, de demander une expertise pédopsychiatrique, à la fois pour déterminer un retentissement psychologique, préconiser des soins, et pour voir si l'enfant est crédible. Une autre expertise peut-être demandée aussi pour l'auteur ; lorsque par exemple ce dernier se trouve en garde à vue pour des faits d'agression sexuelle, elle est systématiquement demandée par le parquet des mineurs. Parfois, lorsqu'en garde à vue l'auteur n'a pas toute sa tête, on vérifie via un examen de comportement si son état de santé lui permet de rester avec nous dans les services de police.

Claire Hédon : Quelle est dans ce dispositif la place des urgences médico-judiciaires ?

Caroline Rey : Très simplement, les UMJ sont des unités spécialisées dans les violences, auteur présumé d'une part, victime d'autre part. Nous sommes chargés, dans le cadre des mineurs suspects d'avoir été victimes de violences, de l'examen de ces enfants. Nous avons à notre disposition le policier qui a procédé à l'audition et auquel nous pouvons demander des précisions pour ne pas refaire une audition de l'enfant. Ce que les médecins doivent savoir c'est que tout certificat médical (rédigé par un généraliste, hospitalier...) a une valeur légale. Mais il est vrai qu'aujourd'hui les magistrats accordent peut-être plus d'importance à l'examen des victimes fait dans un cadre médico-légal parce qu'ils ont besoin d'examen détaillés, de photographies, de prélèvements biologiques, de conclusions précises. C'est la raison pour laquelle ils nous missionnent. Un avantage considérable, aux UMJ, est que le médecin qui examine l'enfant n'est pas le médecin traitant de l'enfant. D'un point de vue émotionnel, et nous avons évoqué les résistances que cela peut causer, nous sommes extérieurs à la famille et à la situation, et ainsi nous pouvons rédiger de manière beaucoup plus objective le certificat médical.

Fabrice Drouelle : Gisèle Apter, vous avez mis en place l'unité psychiatrie périnatale d'urgence mobile en maternité (PPUMMA). Que fait-elle ?

Gisèle Apter : C'est une unité qui s'inscrit dans le paysage pédopsychiatrique et celui des Réseaux de périnatalité. Très brièvement, la pédopsychiatrie, comme la psychiatrie, fait l'objet en France d'une organisation en secteurs, dans des domaines particuliers qui nécessitent d'avoir des équipes spécialisées notamment pour les adolescents et les tout-petits. L'unité psychiatrie périnatale d'urgence mobile en maternité (PPUMMA) s'est construite dans cette intersectorialité dans le cadre d'un réseau de périnatalité tel que nous l'a présenté Françoise Molénat. C'est une unité de psychiatrie, un peu analogue à la psychiatrie de liaison qui existe dans certains hôpitaux, c'est-à-dire que, de même qu'il y a un psychiatre dans les services de psychiatrie qui va se déplacer dans les services de médecine, ici la maternité peut

demander un avis au sujet de la santé mentale d'un patient hospitalisé pour une autre raison, pour un motif médical, ici en lien avec la grossesse, l'accouchement ou le post-partum immédiat. En l'occurrence, avec l'unité PPUMMA, nous allons dans les maternités qui adhèrent au réseau ou dans celles qui reçoivent les patientes de notre département. Cela fait un nombre de maternités limité, cinq ou six, ce n'est déjà pas si mal!, sur un périmètre qui représente environ 15 000 naissances.

Nous nous déplaçons régulièrement, tous les jours, souvent plusieurs fois par jour pour toute demande de « clignotant ». Les clignotants consistent souvent, pour les professionnels, à repérer des situations pour lesquelles a été perçue de la vulnérabilité au sens large (médicale, psychologique, sociale, familiale). La particularité de l'unité, c'est qu'elle peut se déplacer véritablement en urgence. Les situations n'attendent pas, parce qu'un nouveau-né ne peut, ne pourra pas attendre. Soit un psychiatre se rend dans la journée sur le site, soit il ou elle peut se déplacer de manière différée en programmant des rendez-vous calés sur les rendez-vous médicaux de la patiente. Il s'agit alors de cas pour lesquels la maternité pense qu'un abord des troubles et des difficultés pourra se faire dans le cadre d'un suivi commun. Cela veut dire que c'est un travail de liens multiples, pluridisciplinaire par définition.

Cela n'a pu se construire que parce qu'il y avait, avant la création de l'unité PPUMMA, des liens importants entre les services de pédopsychiatrie et les professionnels de la maternité, de la petite enfance et de la PMI. Ces derniers ressentaient le besoin d'effectuer à la fois un travail de prévention et de repérage précoce, et donc de prise en charge aussi précoce que possible. En effet, l'action de l'unité est double, à savoir que PPUMMA sera à la fois l'unité qui évalue, repère et éventuellement signale, et qu'elle assurera la mise en place de la prise en charge en s'adossant sur d'autres parties du service ou en orientant vers d'autres services des départements voisins en fonction des origines des patientes.

Interventions du public

Mélissa Denis : Je travaille au conseil général de l'Isère, j'occupe un poste assez spécifique sur ce territoire depuis un an : je ne fais que des évaluations d'IP. Ce travail d'évaluation n'est pas tout à fait ce que l'on nous enseigne en école d'assistante sociale. Ce regard évaluateur, ce n'est pas du tout ce à quoi l'on est formé. On est surtout formé à accompagner les gens, et non pas à évaluer ce qu'ils font. Cela mérite d'avoir une formation sur l'entretien : comment accueillir la parole de l'enfant, la place des parents, etc. Aujourd'hui je sais que c'est ce qui manque. La création de mon poste a permis de soulager un certain nombre de mes collègues de secteur qui croulent sous les IP, car la loi de 2007, qui a permis leur création, a également ajouté du travail dans les services de protection de l'enfance. Au niveau des maltraitances, on reste très vigilants, mais il y a quand même sur le terrain des choses qui méritent que l'on soit continuellement formé.

Anonyme : Madame Rey, vous parlez de la difficulté des médecins à faire des signalements, il en est de même pour les assistantes sociales – je suis

assistante sociale de secteur. Pour la difficulté des médecins à faire des IP, il en est de même pour les instituteurs. Ce matin, on parlait de sensibiliser le public, et il faut en effet sensibiliser la population. L'assistante sociale, ce n'est plus la DDASS, celle qui « enlève des enfants ». On n'est pas ça, il y a de la prévention avant, on travaille avec les puéricultrices, les médecins, les psys, l'Éducation nationale, il y a plein d'outils avant le placement. On n'est pas des « enleveuses d'enfants », cette époque est terminée.

Michèle Créoff : Je suis directrice générale adjointe du conseil général du Val-de-Marne, et je voudrais revenir un peu sur l'analyse que l'on fait aujourd'hui de la loi du 5 mars 2007. Je pense que l'on aurait tort de ne pas dire que l'on est dans un changement de paradigme. La loi de 1989 qui énonçait la maltraitance, qui faisait une obligation de signalement à l'autorité judiciaire dans les situations de maltraitance avait bien tenté de prendre en compte ce problème. La loi du 5 mars 2007 s'inscrit résolument contre ce dispositif spécialisé, fait disparaître le terme de maltraitance de la loi. Donc quand on parle du déni de maltraitance, qu'on a un législateur qui n'ose pas nommer ce dont on devrait se préoccuper, c'est compliqué de lutter contre le déni. Et cette loi du 5 mars 2007 dit très clairement que les présidents des conseils généraux ne peuvent plus saisir en direct le parquet dans les situations de danger grave et immédiat. La notion de danger grave et immédiat ne fait pas partie des critères de saisine, par le président du CG, de l'autorité judiciaire. Il y a trois critères de saisine actuellement : lorsqu'il est impossible d'évaluer, lorsque les parents ne se prêtent pas à l'évaluation ou lorsque les mesures administratives n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. Je pense qu'étant réunis pour parler des maltraitances faites aux enfants nous ne pouvons pas ignorer, contrairement à ce qui a été dit ce matin par l'ancien ministre, qu'il y a eu un choix très clair du législateur de faire disparaître le terme de maltraitance et de faire disparaître l'obligation de signalement à l'autorité judiciaire. Je pense que peut-être aujourd'hui nous en mesurons les résultats.

Sylvain Barbier Sainte Marie : Ce sont effectivement les termes de la nouvelle loi, mais je prône, en tout cas à Paris, des signalements faits directement au parquet, directement à la permanence du parquet, qui, comme dans tous les tribunaux, est ouverte 24 heures sur 24 et chaque jour, dès lors que la gravité et l'urgence nécessitent l'intervention du procureur de la République. Mais je suis d'accord, il faudrait que le critère de gravité et d'urgence soit à nouveau introduit dans le cadre d'un amendement de cette loi car, au plan pratique, cela peut effectivement créer un certain nombre de difficultés. Si l'on fait un signalement au procureur de la République, il faut transmettre une copie à la CRIP.

Martine Balançon : Je suis pédiatre à Rennes, chargée d'une unité d'accueil d'enfants en danger. Et je voudrais revenir sur ce qu'a dit Monsieur Lopez, à savoir que quand la situation est dépotée, ce n'est plus la place du médecin, qui doit laisser la main. Je voudrais témoigner que ce n'est pas toujours ainsi que les choses se passent puisque l'enfant a une enveloppe corporelle, il a une âme dont il va falloir s'occuper, et il paraît essentiel de faire du soin du corps et de la psyché de ces enfants.

Anonyme : Au sujet du rapport d'évaluation, il y en a un ou plusieurs qui sont faits et destinés à la famille ?

Corinne Serve : C'est une question qui revient très souvent. On a cherché à harmoniser nos pratiques au sein du département de l'Isère, puisqu'on avait antérieurement, dans certains territoires, des pratiques qui consistaient à réaliser un type d'écrits à destination de la justice, et un autre type d'écrits lorsqu'il s'agissait de faire un rapport d'évaluation qui allait à l'autorité administrative, à destination de nos services. On a souhaité uniformiser en termes de documents, et il n'y a qu'un seul rapport d'évaluation, le rapport écrit de la démarche qui a été conduite sur la situation. Ensuite, c'est ce rapport qui est transmis au chef de service de l'Aide sociale à l'enfance qui fait, ou pas ensuite, l'objet d'une transmission à l'autorité judiciaire. On ne rédige pas deux documents différents.

Sur la question de l'accès aux documents et aux rapports pour les familles, le cadre légal général, c'est que toute personne a droit d'accès aux documents administratifs qui la concerne (lois de janvier 1978). Quand il y a un couple séparé et que l'un des parents cherche à avoir accès aux documents, il va avoir accès uniquement aux documents qui le concernent et à ceux de l'enfant pour lequel il est détenteur de l'autorité parentale. Cela nous oblige de plus en plus à occulter les parties de rapport lorsqu'il y a un certain nombre de choses dans l'écrit qui sont susceptibles de concerner un autre parent, ce qui complique les choses.

Anne Laurent-Vannier : J'ai travaillé sur le syndrome du bébé secoué. Il faut, au sujet de la maltraitance, différencier le risque de calomnie et le risque de signalement infondé. Le signalement d'un fait certain ou probable ne comporte aucun risque, même si cela se révèle infondé. En revanche si, dans l'écrit, on nomme les auteurs en affirmant qu'ils sont les auteurs, cela peut devenir calomnieux, et les services concernés courent de gros risques. Je voudrais aussi dire que, pour ce qui est de l'article 44 du Code de déontologie médicale, en tout cas le Conseil national de l'Ordre des médecins est très clair, en cas de sévices graves, c'est le signalement qui est préconisé.

Enfin, je suis médecin de rééducation et je suis beaucoup amenée à voir les séquelles après traumatisme crânien, avec un fort taux de mortalité et de morbidité. Dans la loi de 2007, quand on parle d'« *enfant en danger* » ou d'« *enfant susceptible de l'être* » pour l'avenir, le risque, c'est d'oublier le passé et avec, l'enfant victime. Madame Raphaël a très bien parlé de sa sœur, ce matin, qui a été victime et qui souffre car elle n'a pas été reconnue en tant que telle. Ce d'autant que l'enfant victime d'une infraction pénale a des droits, et s'il a des séquelles, et c'est fréquemment le cas, il y a une possibilité d'indemnisation, car c'est une personne qui ne pourra peut-être pas s'assumer et pour toute sa vie sera dépendante et non autonome. Il ne faut pas oublier cet aspect-là.

Claude Rougeron : Juste une information par rapport aux médecins, c'est que la Haute Autorité de santé, l'HAS, va publier une recommandation sur ces sujets. Toutefois, cela ne rassure pas vraiment les médecins qui doivent faire des signalements, car Paris ce n'est pas la France, et en province ce sont souvent les généralistes, les pédiatres et les urgentistes qui font les

signalements. Le CNOM, le Conseil national de l'Ordre des médecins, propose également des signalements types qu'il n'est pas très difficile d'adapter à la situation.

Caroline Rey : Bien sûr, je parlais des obstacles aux signalements, mais l'article 226-14 du Code pénal est très clair, car sa dernière ligne dispose : « *Le signalement aux autorités compétentes [par un médecin] ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.* »

Claire Hédon : Gisèle Apter, pouvez-vous nous rappeler comment vous faites pour le signalement ?

Gisèle Apter : Ce que je pourrais rajouter concerne la manière dont cela se passe *in situ*, au moment de la naissance, en maternité. Ce sont des circonstances très particulières où l'on est en situation de faire de la prévention, mais aussi de l'alerte et du signalement, et d'avoir à le faire avec tous les obstacles qui ont déjà été décrits, cela avec une couleur très particulière au moment de la naissance. Le paradoxe absolu, c'est que la naissance est un moment très privilégié pour faire un signalement circonstancié et bien informé (il y a une sémiologie de la grossesse et des interactions, plein de monde, plein de regards, des équipes, des réseaux, souvent un diagnostic de grossesse à risque, sauf problème de déni) et, en même temps, il s'agit d'un moment vécu comme impossible pour le faire (il est insupportable de se rendre compte ou d'imaginer qu'un bébé ne va pas être « *au mieux* » dans les bras de sa mère, pour citer Madame Trierweiler). Oui, un bébé peut aller mieux et son parent peut aller mieux en n'étant pas obligé de s'occuper de lui 24 heures sur 24 sans cesse, notamment lorsque les parents eux-mêmes ne sont pas soignés ou pas en situation sécurisée, qu'ils refusent les soins et que l'on ne peut pas les y contraindre.

Il y a d'autres situations dont il faut se préoccuper, notamment celle des enfants plus grands dans la fratrie, et pas seulement de l'enfant naissant. On voit bien que lorsqu'on est centré sur un bébé, il existe une tendance à oublier les autres. Cela se constate également dans l'autre sens. Les mesures éducatives pour les plus grands semblent souvent interdire de se préoccuper du nouveau-né. De même, les situations de plus grande vulnérabilité physique qui exigent le plus de monde en médecine, comme pour la grande prématurité, sont *a priori* aussi des situations qui, paradoxe pour beaucoup, vont être les plus à risque de maltraitance ultérieure. Ça n'est pas insulter ni être méchant avec les parents que de dire cela : un enfant grand prématuré est un enfant différent. Non seulement il aura été soumis à des séparations, mais il possède aussi des particularités, le traitement des informations sensorielles par exemple, qui font qu'il est plus vulnérable aux *stimuli* externes et qu'il est donc beaucoup plus difficile de s'en occuper. De plus, très souvent, il existe un vécu parental très difficile en lien avec la prématurité.

Il s'agit d'avoir une vision interactionniste complexe, même lorsqu'arrive l'étape du signalement et qu'il faut demander au procureur de la République de faire une ordonnance de placement provisoire immédiate à la maternité. Il faut aussi pouvoir se donner ne serait-ce que quelques jours pour que les

observations se fassent et permettent de réfléchir. Le but est exceptionnellement de demander une séparation, vécue comme à tout jamais – ça n’arrive pas – mais de se situer dans l’intérêt immédiat de l’enfant, parce que son intérêt, au moment de la naissance, est aussi l’intérêt des parents à long terme. Si ceux-ci ne sont pas aidés à prendre conscience des besoins de leur enfant au moment où leur enfant en a le plus besoin, plus tard, lorsqu’on l’espère ces parents seront peut-être en mesure de le faire et de prendre conscience de leurs difficultés au moment de la naissance, ils seront extrêmement blessés de ne pas avoir été adéquatement soutenus et que leur enfant n’ait pas été protégé. Assez souvent, il s’agit malheureusement de ce que les parents ont eux-mêmes vécu dans leur propre histoire, lorsqu’ils ont des antécédents de carence et de maltraitance. Ce moment permet de mettre en place à la fois la prévention, l’évaluation et les traitements qui peuvent paraître rapides, voire incisifs, mais qui de fait limitent la violence. N’est violent de fait que ce qui fait violence à l’enfant et que nous, équipe et soignants, tentons de juguler et sommes réticents à attribuer à la situation familiale.

Conclusions des intervenants

Gisèle Apter : Il faut considérablement améliorer la formation, la formation réciproque, parce que le travail pluridisciplinaire est essentiel, et qu’il ne faut pas opposer les différents temps que l’on détaille aujourd’hui. Le temps de la prévention, le temps de l’alerte et le temps du soin – parce que l’alerte au cours du soin est importante pour que la situation ne s’aggrave pas – doivent tous se superposer. Après le soin, ces trois volets doivent continuer. Il faut former les professionnels à travailler ensemble et continuer à avoir un regard sur l’enfant et son développement dès son plus jeune âge, autant que sur la parentalité bien entendu.

Marie-José Laridan : Si je me situe au niveau de mon travail quotidien et si j’ai une demande à faire, c’est qu’on évite les signalements tardifs liés à la réalisation d’une pré-enquête au niveau des parents et des enfants. Les parents se mettent d’accord sur leur conduite à tenir chez nous, ils sont informés des faits. Aussi, lorsque le dossier arrive chez nous, il est difficile de faire notre travail et de donner une réponse pénale.

Caroline Rey : Je voudrais insister sur la formation, la formation des professionnels, la formation pluridisciplinaire. Je rejoins la ministre des Droits des femmes : le combat des femmes, c’est le combat des enfants, les uns feront progresser les autres, donc il faut vraiment avoir une vision très systémique de la formation aux situations de violences sur les personnes les plus vulnérables de notre société.

Claire Hédon : Et vous manquez de moyens... Et pourtant, vous êtes une grosse unité ?

Caroline Rey : Je manque de moyens, je vais vous donner des chiffres. Nous examinons 45 000 personnes par an dans notre unité, 30 000 auteurs présumés, 15 000 victimes. Sur le côté pédiatrique de la structure, j’ai 10 %

de temps de pédopsychiatre, c'est-à-dire une demi-journée par semaine, et je n'ai pas de temps de psychologue pour m'occuper des mineurs victimes, pourtant nous en recevons 4000 par an.

Sylvain Barbier Sainte Marie : J'ajoute que l'unité médico-judiciaire est d'autant plus importante que des mineurs victimes peuvent être examinés à l'unité, alors qu'il y a déjà eu une incapacité totale de travail (ITT) fixée par un médecin. Je trouve en effet très important d'objectiver l'échelle des violences puisque tous les mineurs passent entre les mains d'un même service. Le critère est donc identique, quel que soit le mineur.

Je reprends enfin en trois points ce qui a été dit par Madame la garde des Sceaux. Il faut d'abord, de la part des pouvoirs publics, des politiques nationales de prévention et d'information non seulement à l'égard des professionnels mais également à l'égard des familles et des Français d'une manière plus générale. Deuxièmement, je pense que la formation est effectivement un point absolument incontournable. Il existe des formations professionnelles, notamment pour les magistrats, que l'on a évoquées aujourd'hui. Enfin, je suis convaincu qu'il faut optimiser la culture du décroisement. On a trop souvent tendance, magistrats d'un côté, médecins de l'autre, Éducation nationale ensuite, à ne pas assez communiquer, à ne pas assez échanger. Encore une fois, l'échange est lié à la confiance qui s'instaure dans le cadre d'échanges téléphoniques ou de réunions.

C'est la raison pour laquelle nous avons créé à Paris des « cellules maltraitance » qui se réunissent trimestriellement dans les trois hôpitaux pédiatriques que sont Necker-Enfants malades, Trousseau et Robert-Debré. Ces cellules sont composées de médecins, d'assistants sociaux, d'un responsable de la brigade de protection des mineurs et du chef du parquet des mineurs. Elles ont non seulement pour vocation d'informer les publics et d'échanger sur les signalements mais également aborder le problème du suivi. En effet, quand les médecins font un signalement, ils sont rarement informés de la réponse donnée par le parquet. Or, l'un des points cruciaux de ces cellules maltraitance est précisément d'informer le médecin des suites que le procureur a données au signalement.

Évelyne Banguid : Pour la CRIP de l'Isère, il faut souligner l'importance du travail en réseau, cette meilleure connaissance des missions de chacun est essentielle lorsqu'il s'agit de soutenir une famille en difficulté et de se répartir les rôles. Pour cela, mettre en place des formations communes aide à se connaître. L'utilisation d'outils communs est également une façon de travailler ensemble plus efficacement.

Se connaître permet de se coordonner et donc de mettre en place cette continuité des interventions auprès d'un enfant et de sa famille. C'est ainsi que les retours d'informations au médecin se feront plus systématiquement si ce médecin est connu et impliqué dans le travail en réseau, et ça lui permettra d'évaluer son action.

Gérard Lopez, président de la table ronde : Évidemment j'ai entendu parler de grande cause nationale. Il y en a eu une en 1997, un an avant la coupe du monde de football qui a passionné tout le pays, bien davantage que l'enfance maltraitée qui n'intéresse pas grand monde. Une grande cause

nationale pour sensibiliser le public mais aussi former les professionnels, l'année d'une nouvelle coupe du monde de football. C'est mon premier souhait.

Mon deuxième souhait, et Anne Tursz nous l'a rappelé, c'est qu'on favorise la recherche sur la maltraitance, sans oublier, comme le disait Georges Picherot, les aspects sociaux qui sont un sujet de recherche de première importance. Savez-vous que notre cohorte de naissance française, l'*Étude longitudinale française depuis l'enfance* (ELFE), fait l'impasse sur la maltraitance ? Elle s'occupe des couches pour bébés, des biberons, des vaccinations, des accidents domestiques, de tout un tas de choses, mais la maltraitance ne figure pas parmi les objets de recherche. N'est-ce pas extraordinaire ? N'est-ce pas une extraordinaire expression du déni de la maltraitance ?

Enfin, j'ai entendu parler de subjectivité. Subjectivité dans le sens que c'est fréquemment la parole de l'un contre celle de l'autre. L'enfant est beaucoup moins entraîné que moi à mentir : soixante-quatre ans d'entraînement à mentir ! J'ai également entendu l'expression : « protocolisons » pour recueillir la parole de l'enfant. Oui, utilisons des protocoles validés par la recherche scientifique, des protocoles qui sont utilisés par tous les policiers du Québec et du Canada. Ces protocoles tordent en grande partie le cou à la subjectivité parce qu'ils permettent de recueillir la parole de l'enfant sans faire de suggestions. Il faudrait que la police et les magistrats soient formés, et bien sûr les médecins experts.

Mon dernier souhait : vous savez que seulement 5% des signalements proviennent du corps médical. Quand Monsieur Sainte Marie a lu l'article R. 4127-44 du Code de la santé publique, je ne suis pas sûr qu'il a bien lu cette énormité à mes yeux : le médecin doit signaler, certes, mais sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience. Quelle est cette circonstance particulière ? Celle qui pourrait faire qu'un médecin ne soit pas obligé de signaler un enfant gravement en danger ? C'est absolument inacceptable ! Et comme Monsieur Vallini est là, et que les politiques sont là, qu'ils fassent en sorte que l'on modifie cet article.

Anonyme, intervention supplémentaire en réponse à la conclusion : Je voudrais faire une rectification par rapport à la cohorte ELFE, qui rassemble 17 000 enfants qui sont nés pendant l'année 2011 et que l'on va suivre pendant vingt ans. Il y a bien des projets de recherche qui seront à rapprocher de la maltraitance, des projets sur les traumatismes, sur la question des placements des enfants, sur les aides éducatives en milieu ouvert, sur les visites des puéricultrices. Il y a tout un champ de questions qui permettront d'avoir des informations complémentaires sur la santé des enfants et effectivement sur la maltraitance et, ultérieurement, quand les enfants grandiront, il sera également possible de leur poser des questions rétrospectives sur ce qu'ils ont vécu et on pourra faire des liens avec une sur-fréquentation des urgences, des parcours scolaires difficiles, etc. Voilà, je ne voulais pas laisser dire que la cohorte ELFE ne s'intéressait pas à la maltraitance.

Le suivi des enfants pris en charge

Table ronde présidée par Fabienne Quiriau

Participants : Dominique Attias, Thierry Baranger, Guillaume Bronsard, Daniel Rousseau, Karen Sadlier, Nadège Séverac

Fabienne Quiriau : Protéger l'enfant du danger est la mission fondamentale de la protection de l'enfance. Cette mission ne s'arrête pas à la décision de protection, qu'elle soit décidée par le président du conseil général, ou par le juge des enfants, voire le procureur. À cet égard, si l'évaluation initiale de la situation de l'enfant revêt une importance majeure, par la suite, une évaluation régulière est tout aussi essentielle, notamment si l'enfant demeure dans sa famille. Il est une seconde mission que la protection de l'enfant impose : celle de prendre soin de lui. Le rassurer, le sécuriser, le soigner. Lui porter attention tout simplement. L'enfant protégé ne peut se réduire à un objectif de protection du danger. L'enfant protégé est avant tout un enfant qui doit vivre sans attendre son histoire d'enfant, dont le cours a pu être compromis un moment plus ou moins long. Vivre son présent, le mieux possible, pour que son devenir soit le meilleur possible, tel doit être ensuite l'objectif. Il y a lieu de respecter sa réalité, son histoire familiale, même si elle nous heurte. Mais nous devons surtout porter attention à ses besoins, compte tenu de son âge, besoins qui sont de tous ordres, et qui lui sont propres. Veiller à son développement, favoriser son épanouissement, viser son mieux-être, et plus encore, son bien-être.

Il faut savoir se réinterroger, je dirais « oser » se réinterroger sur la réponse de protection qui a été apportée, sur sa pertinence à l'égard du danger, mais aussi sur les effets qu'elle induit chez l'enfant. Cela conduit à se poser régulièrement ces questions entre professionnels. Comment va l'enfant ? Comment évolue-t-il ? Comment vit-il cette situation ? Comment la vivre au mieux ? Les modalités de sa protection sont-elles appropriées pour lui, pour son contexte familial, pour son état ? L'enfant qui a connu des violences telles que nous les avons évoquées, qui est éloigné de son milieu naturel, séparé de sa famille, plus ou moins durablement, exige ces interrogations. Qu'en est-il concrètement, dans la pratique, de ces interrogations incontournables ?

Fabrice Drouelle : Guillaume Bronsard, vous allez nous parler des pathologies psychiatriques des enfants placés à partir d'une étude menée sur des adolescents.

Guillaume Bronsard : Je suis pédopsychiatre et je travaille dans un conseil général, celui des Bouches-du-Rhône. Comme l'a noté Daniel Rousseau,

c'est une rareté, presque une bizarrerie, qu'un psychiatre pour enfants soit employé et missionné par un CG. Vous nous avez mis face à une question très complexe. Une bonne partie des adolescents placés en foyer présente des difficultés, possiblement d'authentiques troubles, et on a bien du mal à s'en occuper, surtout lorsqu'ils s'agitent, lorsqu'ils sont violents. On voudrait savoir, finalement, à qui il incombe de s'en occuper. Est-ce à la médecine, au social, à la justice ? Sont-ils malades, à éduquer, à protéger, à rééduquer... ? On est arrivé à ce constat : l'adolescent difficile est finalement celui qui relève de trois champs : la médecine, le social et la justice, et pour lequel chaque champ estime qu'il relève des autres champs que lui-même. Conclusion assez simple. En fait, ce n'est pas tout à fait que ces gens sont «incassables», «sans case», mais plutôt qu'ils «ont trop de cases».

Nous avons voulu savoir quelle case développer, renforcer, pour faciliter le suivi de ces enfants. La recherche épidémiologique pourrait nous aider à nous repérer, à nous entendre entre diverses disciplines, à mieux nous répartir les rôles. Et donc, effectivement et de façon assez simple, on a voulu mesurer quel volume, quel taux, de troubles psychiques ou psychiatriques existait chez les adolescents placés en foyer. C'est une approche indirecte des conséquences tardives de l'enfance maltraitée, même si tous les enfants maltraités ne sont pas placés et si tous les enfants placés n'ont pas été maltraités. Mais quand même, une grande majorité d'entre eux ont dans leurs antécédents des maltraitements tout à fait avérées. On sait aussi que beaucoup d'enfants passés par l'Aide sociale à l'enfance ont un pronostic assez effroyable : 25 % des SDF sont, à un moment de leur vie, passés par les services de protection de l'enfance, et plus de 20 % des prisonniers incarcérés y sont passés aussi. Enfin, selon l'étude de Maurice Berger dans la Haute-Loire, plus de la moitié des places en hôpital psychiatrique pour adultes sont occupées par des adultes anciennement maltraités.

L'hôpital psychiatrique, l'asile, la prison ou la rue, un pronostic plutôt effroyable pour des gens qu'on a pourtant repérés, de qui on s'est occupé pendant leur enfance. On espérait qu'avec la recherche, avec quelques chiffres objectifs, on pourrait mieux organiser la rencontre opérationnelle de la médecine, du social et de la justice. La collaboration de ces trois champs est faible, voire médiocre, en particulier lorsque la violence apparaît, parce qu'aucun de ces trois champs n'est particulièrement spécialiste ou à l'aise avec la violence.

C'est un des problèmes sous-jacents à aborder en soi. Dès qu'existent des problèmes comportementaux sévères chez l'adolescent, la compassion que la maltraitance peut susciter trouve ses limites, peut même parfois se retourner en rejet. À l'adolescence, de nombreux «anciens enfants» maltraités ont des conduites repoussantes. Et comme tout le monde, nous, les psychiatres, ne sommes pas très à l'aise avec le fait de nous prendre une claque ou de nous faire bousculer. Il n'y a pas de spécialistes constitués et revendiqués pour s'occuper des adolescents très perturbés et perturbants. Il faut s'organiser, entre professionnels, mais à partir d'éléments objectifs, que la recherche peut nous apporter.

Nous avons réalisé une étude de prévalence des troubles mentaux chez les adolescents placés dans les foyers des Bouches-du-Rhône. Premier constat, il n'y a qu'une dizaine d'études dans le monde sur ce sujet. Il y en a dix sur ce sujet, quand il y en a mille sur d'autres sujets beaucoup plus classiques en médecine, comme le diabète ou l'hypertension ; dix études, pour un sujet de médecine, c'est extrêmement peu. Cette dizaine d'études menées dans des pays anglo-saxons et en Allemagne rapporte des taux qui dépassent 50% de « troubles mentaux constitués ». Nous ne parlons pas ici de dépressivité, de souffrance psychique ni de mauvais état psychologique ; les troubles mentaux avérés ont des critères formels de nosographie, ce qui constitue une pathologie au sens consensuel et médical du terme. Ces mêmes troubles sont dépistés autour de 10% dans la population générale au même âge, c'est-à-dire cinq fois moins souvent.

Ces résultats ne sont pas si étonnants quand on sait que les raisons qui amènent les enfants à être placés, ou au moins à être protégés, sont connues comme étant aussi des facteurs de risque de troubles psychiques.

En effet, le dysfonctionnement familial sévère et durable est un facteur de risque, indiscuté et très anciennement connu, du développement des troubles psychologiques, tous, y compris ceux ayant une dimension biologique importante. Le dysfonctionnement familial est un facteur d'aggravation, parfois déclenchant. C'est évidemment la même raison, le même dysfonctionnement familial sévère et durable qui amène un enfant à être placé hors de chez soi.

Par exemple, ces dysfonctionnements familiaux font le lit, ou au moins favorisent les troubles de l'attachement. Le petit enfant humain naît dans une immense immaturité, une immense dépendance, il a besoin d'un environnement stable et sécurisant pour se développer correctement. Les troubles de l'attachement, bien sûr, se retrouvent plus souvent chez les enfants placés. De même se rencontrent plus fréquemment des fragilités neuro-cérébrales comme dans le cas du bébé secoué, avec ses lésions neurologiques associées, ou encore par la voie de la neurotoxicité associée au stress précoce chronique, par imprégnation cérébrale excessive d'hormones telles que le cortisol.

L'enfant maltraité cumule de nombreux facteurs de risques et de vulnérabilité pour le développement de troubles psychiques, d'où, ce qui n'a rien d'étonnant, des taux de prévalence cinq fois plus élevés qu'en population générale, comme ce fut le cas dans notre étude à Marseille.

Insistons sur quelques spécificités que rapporte notre étude au sujet du profil psychopathologique de ces adolescents placés, au-delà de la simple augmentation du taux de prévalence globale. Il ne s'agit pas d'une augmentation globale et harmonieuse de la fréquence des troubles mentaux. Certains troubles ont une fréquence très augmentée, d'autres pas, et certains même sont absents. Ce sont principalement les troubles dits « internalisés », ceux que l'on ne voit pas, les troubles anxieux, les troubles dépressifs, qui sont plus fréquents, beaucoup plus que les troubles du comportement, dits « externalisés », alors que les troubles du comportement sont ceux qui

justement nous agitent, nous préoccupent et nous embêtent, qui nous font partir dans tous les sens, qui font que l'on n'arrive pas à collaborer. On parle de partenariats, de multidisciplinarité, de transdisciplinarité, bien sûr, mais que cela est difficile face à la crise agitée! On ne peut pas décréter que l'on est tous amis et qu'on va faire ensemble, cela ne suffit pas. Lorsqu'un adolescent vous court après, c'est beaucoup plus difficile d'être ami et collaboratif avec celui qui devrait, d'après vous, s'en occuper. C'est important parce que ces troubles du comportement, ce sont eux que l'on voit, ce sont eux qui nous mettent en difficulté, ce sont eux qui nous préoccupent le plus, mais ce ne sont pourtant pas eux dont la fréquence a le plus augmenté. Il est indispensable de s'occuper de ces autres troubles, que l'on ne voit pas ou mal, de les dépister et de les traiter. Avec des moyens et dispositifs spécifiques.

Enfin, deuxième élément particulier, les filles sont beaucoup plus atteintes que les garçons. Les filles placées ont tous les troubles des garçons, c'est-à-dire les troubles externalisés (la violence externalisée, les troubles des conduites, l'hyperactivité...) et aussi tous les troubles classiques des filles, qui se voient un peu moins, qui sont plus pernicious, moins directs, anxieux, dépressifs. Les filles des foyers ont ce double profil pathologique. Une des explications est que, pour être placé, il faut des problèmes ou des troubles que la société voit, il faut avoir perturbé suffisamment la société pour qu'elle réagisse.

Nous sommes face à des taux de prévalence extrêmement élevés, mais également à des profils pathologiques spécifiques. Il faut donc savoir les reconnaître, puis les traiter.

Fabrice Drouelle : Daniel Rousseau, vous allez nous parler d'une étude que vous menez en ce moment et qui s'intitule Enquête sur le devenir des enfants admis avant l'âge de quatre ans à la pouponnière du Village-Saint-Exupéry, foyer départemental de l'enfance du Maine-et-Loire, entre 1994 et 2001.

Daniel Rousseau : L'idée était de savoir ce que deviennent tous ces enfants maltraités puis placés. Il existe très peu d'études longitudinales de ce type. Nous avons monté auparavant deux études transversales à l'Aide sociale à l'enfance (ASE) du Maine-et-Loire, pour connaître quel était l'état de santé des enfants placés, en 2003¹ puis en 2009², en espérant à l'époque pouvoir reconduire ces études plus tard sur la même cohorte. Si cela n'a pas été possible, nous avons néanmoins acquis avec ces deux expériences une méthodologie qui nous a servi ensuite pour l'étude longitudinale en particulier pour contourner les difficultés du recueil des données, éparpillées sur vingt ans dans de multiples services, cela par un lent travail d'appropriation des professionnels, des équipes et des institutions.

Nous avons donc décidé, avec toute l'équipe de recherche, de lancer cette troisième étude qui consistait à reconstituer la biographie de 155 enfants

¹ <http://psyfontevraud.free.fr/pedopsychiatrie/Publications/ase-epidemiologie.pdf>

² <http://psyfontevraud.free.fr/pedopsychiatrie/Publications/Etude-enfants-ASE-09.pdf>

admis avant l'âge de quatre ans à la pouponnière, entre 1994 et 2001, pour savoir ce qu'ils étaient devenus quinze ans à vingt ans plus tard, désormais jeunes adultes. Je passe sur les détails du projet qui a quand même nécessité dix ans de préparation

C'était compliqué de monter un tel projet car il fallait au préalable vérifier que les dossiers étaient encore actifs et exploitables quinze ou vingt ans après. Pour s'en assurer, nous avons dû mener une étude démographique très complexe sur plus de 5 500 enfants, sur une période de douze ans, pour connaître leurs trajectoires à l'ASE et estimer nos chances de succès. La majorité d'entre eux étant encore présents après douze années de placement, nous avons donc décidé de nous lancer. Mais ces projections démographiques nous ont fait faire une découverte incidente, qui est une estimation du nombre d'enfants d'une génération pris en charge par l'ASE à un moment ou à un autre de leur enfance. Les seuls chiffres que l'on connaît sont ceux du nombre de places occupées au 31 décembre de chaque année et celui des mesures ambulatoires en cours, soit 150 000 enfants placés et 150 000 suivis. En réalité, dans la classe des zéro à dix-huit ans, il y aurait 500 000 enfants qui ont été placés sur le million d'enfants qui a été suivi par l'ASE. Ce qui équivaut à 25 000 nouveaux placements par an, chiffre tout à fait crédible si on le compare à d'autres sources.

Une étude comme celle-là est complexe, car il faut disposer de données de qualité en anténatal, avant le placement, lors de l'admission, pendant le parcours et à la fin de l'adolescence. Ce n'est que parce qu'il y a eu une équipe médicale stable à la pouponnière Saint-Exupéry sur cette période que nous avons pu disposer de dossiers médicaux de qualité. Nous avons les données sur les grossesses, les naissances, les causes et les dates de placement, les différents types de placement, les délais entre le signalement et le placement, etc., tout au long de l'enfance (avec le dossier scolaire, le dossier judiciaire, les expertises, etc.), et les données sur leur état à l'âge adulte. Quand on dit par exemple qu'un jeune va mal à l'âge adulte, on ne le dit pas parce que c'est notre sentiment mais parce qu'on en a des critères : hospitalisations psychiatriques, ordonnances de tutelle, nombre de comparutions au pénal pour certains. Tout est documenté. On sait s'il va bien et quels sont son niveau scolaire, la qualité de son insertion sociale et celle de ses liens affiliatifs. Les premiers résultats de cet énorme travail de collecte de données nous ont beaucoup étonnés.

Le premier résultat qui nous a frappés, c'est la violence qui existe dans ces familles. On a étudié le parcours de 155 enfants, parmi lesquels on a finalement retenu 129 enfants, car quelques-uns ont été adoptés. Ces 129 enfants et leurs fratries constituent un groupe de 266 enfants. Huit d'entre eux sont morts avant la fin de la première année. La mortalité infantile y est donc de 32 %, quasiment dix fois la mortalité infantile générale.

Notre deuxième sujet d'étonnement, c'est la durée des placements. Dans notre cohorte, l'âge de placement est très précoce, en moyenne à vingt-deux mois. Il s'était passé en moyenne treize mois entre le signalement et le moment du placement. Aujourd'hui, plus de quinze ans plus tard, il y a

86 enfants qui ont atteint dix-huit ans, et il y en a encore 80% qui restent placés à l'ASE. On peut soupçonner qu'on est dans un « département où ils gardent tous les enfants sous le coude », mais une analyse détaillée a montré que la moitié des enfants ont été restitués à leurs parents au cours de leur parcours, mais que deux tiers de ces restitués ont été replacés, parfois à leur demande.

Le troisième élément, c'est le devenir extrêmement disparate de ces enfants, du meilleur au pire. Dans notre cohorte, pour un tiers d'entre eux, les enfants vont bien en fin de parcours : des enfants placés assez tôt, très jeunes, sans troubles de l'attachement ni de la personnalité trop importants. Ces enfants se sont attachés à leur famille d'accueil, ont fait des études et ont pris leurs distances avec la famille naturelle. Ils entrent dans l'âge adulte sans troubles psychiatriques et sans troubles sociaux. Cela veut dire qu'un placement, ça peut fonctionner, et même fonctionner bien : le placement peut protéger une existence et un destin. Par contre, un placement qui arrive trop tardivement, ça peut détruire irrémédiablement une vie. Le deuxième tiers, ce sont des enfants qui vont moyennement bien mais qui restent insérés socialement, ils ont des troubles anxio-dépressifs, avec un manque de confiance en eux, peu de relations sociales. Certains de ceux-là pourront se récupérer en fonction des rencontres qu'ils feront dans la vie, mais pour d'autres on peut être plus inquiets. Et le dernier tiers, c'est cela qui nous a quand même terrifiés, ce sont des enfants qui deviennent à dix-huit ans des handicapés psychiques et sociaux, bénéficiaires de l'AAH, sous tutelle ou sous curatelle, et présentant des troubles psychiques graves, avec de multiples hospitalisations en psychiatrie. Et quand on met cela en perspective avec les coûts économiques, on se dit quand même que l'on doit absolument améliorer le système pour tenter de réduire cet énorme gâchis humain et financier.

Je dirais en conclusion qu'il reste une marge potentielle de progression absolument phénoménale dans le dépistage et la prise en charge des enfants maltraités et placés. Nos sociétés dites évoluées commencent tout juste à prendre conscience du grave problème de santé publique que représente l'enfance maltraitée, et plus simplement de la question de solidarité humaine qu'elle pose.

Fabrice Drouelle : Nadège Séverac, vous avez été, pendant cinq ans, chargée d'étude à l'ONED, et il semble que la question des attaches des enfants dans leurs placements joue un rôle important dans leur évolution. Vous pouvez le confirmer, mais surtout nous l'expliquer ?

Nadège Séverac : Je vous le confirme. Je vais pouvoir rebondir à la fois comme fille porteuse de « *troubles qui se voient un peu moins* » mais pas seulement – merci à Guillaume Bronsard de nous avoir fait rire ! – et en tenant compte de la recherche de Daniel Rousseau. La question des attaches est particulièrement importante, et je suis contente que l'on puisse en faire une question à part entière aujourd'hui, puisque l'on sait bien, lorsque l'on est en protection de l'enfance, que si c'est effectivement très important de pouvoir soustraire l'enfant à des liens qui lui font mal, c'est tout aussi

important de pouvoir lui apprendre à s'attacher autrement, pour éviter qu'il ne devienne dans l'avenir agresseur ou victime.

La recherche de Daniel Rousseau le montre bien et rejoint les résultats des recherches internationales menées sur ces sujets. Il a parlé d'« affiliation » à la famille d'accueil, et l'on sait bien que la stabilité et la continuité des liens qui sont tissés dans le lieu de placement sont un des facteurs les plus décisifs lorsque l'on regarde ensuite, pour les jeunes sortant de l'ASE, ce qui a le plus contribué à permettre qu'ils aient une insertion sociale comme tout le monde. Cela peut paraître complètement évident de le dire et, en même temps, on voit bien lorsqu'on s'approche du terrain combien en réalité organiser la stabilité du placement est quelque chose de compliqué. Je vais me baser sur un exemple qui a l'avantage d'être connu de quasiment tout le monde maintenant, celui de Céline Raphaël. Elle nous a rappelé qu'elle avait été placée trois ans, à partir de ses quatorze ans, donc assez tard. Cela veut dire qu'elle n'a pas eu le temps d'être déplacée beaucoup, et elle n'avait pas non plus de troubles du comportement. Or, en trois ans de placement, elle connaît trois lieux de placement, au cours desquels, par deux fois, elle n'a pas été prévenue du fait qu'elle allait devoir quitter son lieu de placement. L'assistante sociale s'est matérialisée et lui a dit « on part », et elle ne savait pas où elle allait.

Je prends cet exemple pour pouvoir un peu préciser comment cela peut être vécu par des enfants qui se sont, dans le meilleur des cas, installés, et que l'on peut comme cela déplacer dans des conditions plus ou moins confortables pour eux. Comment l'expliquer ? J'évoquerai deux causes, tout en sachant qu'il y en a davantage.

À l'heure actuelle et depuis la loi de 2007, le dispositif a confirmé une orientation en référence aux parents : même lorsque l'on pense ne pas pouvoir faire autrement que de placer l'enfant pour le protéger, on pense déjà au retour à domicile. Quand on parle des liens de l'enfant, c'est de ses liens avec ses parents qu'il s'agit. Je pense que cela amène, peut-être inconsciemment, à concevoir le placement comme une espèce de parenthèse, qu'on aimerait refermer au plus vite. C'est comme si le monde reconstruit par l'enfant qui a appris, au fil des mois ou des années, à faire confiance et à s'appuyer sur d'autres personnes que ses parents, pouvait ou devait ne laisser aucune trace. Or cette manière de concevoir les choses n'incite pas, je pense, à se préoccuper ni à accompagner l'enfant dans le tissage de ces liens.

Le second élément, pour faire simple, c'est que le système et les dispositifs sont, comme nous tous à un moment, sous contrainte matérielle, financière et de temps. Et quand l'on écoute les professionnels, ce que l'on entend surtout dans ce qu'ils nous disent, c'est qu'ils recherchent des places, et qu'ils n'ont pas le temps de s'occuper des liens, d'accompagner les liens des enfants.

Coexistent donc un motif disons idéologique et un motif matériel qui contribuent au fait que, comme l'on n'a pas vraiment le temps de se préoccuper des liens des enfants, l'on va ajouter à leur parcours de la perte de liens et des ruptures.

Fabrice Drouelle : Vous dites qu'il faut écouter les professionnels, bien sûr, mais il faut écouter aussi les enfants. Comment parlent-ils de ces situations-là ?

Nadège Séverac : J'ai ramené un « jeune en papier » avec moi et j'espère que j'aurais le temps de le faire parler. J'ai regardé dans les phrases que les jeunes avaient pu prononcer au cours de différentes enquêtes, et j'ai retrouvé celles de Karima, qui avait seize ans au moment de l'entretien et qui avait été placée à un an puisque sa mère était très dépressive. Cela se passe très bien jusqu'à huit ans, âge auquel on la remet à sa mère qui n'arrive pas à s'en occuper, et donc elle est replacée. Et à ce moment-là, elle ne va plus arriver à s'installer dans aucun placement, et elle va s'engager dans ce que l'on appelle en sociologie une « carrière » de déplacements multiples, en fait à peu près une dizaine, et se mettre à casser et à taper comme elle le dit elle-même. Et donc elle a cette phrase qui n'a pas l'air très spectaculaire mais qui est intéressante : *« D'un côté à l'ASE, c'est bien, mais des fois ils oublient que leur travail, c'est nos vies. Pour eux leur travail ça se finit à 18 heures, et ils oublient que nos vies ça ne se finit pas à 18 heures. Alors s'ils s'arrêtent à 18 heures, c'est que cela ne les intéresse pas. »* Quand on lui demande comment elle a pu s'arrêter de taper et de casser, et ce que je sais d'elle aujourd'hui montre qu'elle a pu évoluer très favorablement, elle a dit que c'était grâce à une éducatrice, Mme B., et donc on a cherché à savoir les caractéristiques exceptionnelles de Mme B. Elle nous a juste dit : *« Ben, c'était quelqu'un qui était là quand j'en avais besoin. »*

Derrière ces mots anodins, je trouve qu'on voit tout le paradoxe des jeunes de l'ASE, qui finalement attendent des gens qui les suivent dans leurs lieux de placement une reconnaissance personnelle, comme quelqu'un d'unique, et pas une reconnaissance comme jeune de l'ASE, c'est-à-dire comme usager. Cette jeune, elle veut être reconnue comme Karima qui va avoir besoin, à des moments, d'avoir quelqu'un à qui parler, comme nous tous quand on rentre chez nous, même si ce n'est pas l'heure, que l'on n'est pas de bonne humeur, on trouve quelqu'un à qui parler. En protection de l'enfance, on a un dispositif qui est de plus en plus professionnalisé – ce que tout le monde tend à considérer comme une bonne chose – mais qui a pour effet que les jeunes sont soumis à ce monde de règles professionnelles, qui impose un format aux jeunes, qu'ils doivent respecter, sous peine de ne plus être accueillis. Alors que ces jeunes, ce qu'ils aimeraient, c'est être acceptés inconditionnellement, ce qui suppose, pour que cela accroche, que les professionnels puissent aussi s'autoriser à jouer du cadre, en s'investissant personnellement. Parce que c'est cela qui va faire sentir au jeune que l'on s'intéresse à lui, à elle parce qu'elle est Karima, parce qu'elle est Céline Raphaël, à lui parce qu'il le vaut bien. A travers la reconnaissance, c'est l'estime de soi et la capacité de croire à autrui qui est en jeu.

Cette question d'accroche peut paraître banale, mais si les jeunes ne s'accrochent pas, on voit qu'ils glissent. Alors on voit les troubles discrets des jeunes qui s'effondrent : l'anxiété, le repli, la déprime ; ou bien ils se mettent à s'agiter, et donc ils sont exclus, et c'est là que commence la

« carrière de déplacements multiples », puisqu'ils vont aller de placement en placement. Et plus il y a de placements, moins ils ont confiance, moins ils apprennent à se réattacher autrement, et plus ils mettent en danger tous leurs acquis, leurs apprentissages, en diminuant à chaque fois leurs chances d'évolution favorable.

Claire Hédon : Plusieurs études montrent comment vont ces enfants lorsqu'ils ont été placés. Est-ce que cela correspond à ce que vous voyez sur le terrain ? Thierry Baranger, vous qui êtes président de tribunal ?

Thierry Baranger : Je suis juge des enfants, magistrat spécialisé, à ce titre tout à la fois ordonnateur de mesures de protection judiciaire et professionnel de l'enfance chargé du suivi des mesures prises. Fabienne Quiriau a bien posé la problématique de la mission fondamentale de la protection de l'enfance qui est la protection d'un enfant en danger. Chacune à sa manière, les études de Guillaume Bronsard, de Daniel Rousseau et de Nadège Séverac montrent une réalité complexe de ce que je peux percevoir sur le terrain. Je ne peux donc que souhaiter la généralisation et l'extension à de larges cohortes des études sur le devenir à long terme des enfants accueillis dans les institutions de protection. Ces études montrent également l'importance des débats sur la question des liens des enfants tant avec les professionnels qu'avec le milieu familial. Tous les jours, dans notre travail de juge des enfants, nous sommes confrontés à cette question de l'intérêt de l'enfant pour lequel nous intervenons, et à l'appréciation de ce qui est nécessaire à poser en matière de liens pour permettre une bonne structuration de l'enfant protégé, sachant que le placement demeure l'ultime décision, lourde de conséquences, que le juge des enfants peut être amené à prendre dans un contexte où la loi lui demande de faire cesser un danger mais aussi de travailler, dans la mesure du possible, au maintien de l'enfant dans son milieu familial.

J'ai été très sensible à la remarque du Dr Rousseau sur le fait que finalement les enfants qui vont le mieux sont ceux qui ont fait l'objet de prises en charge précoces. S'agissant de ce que disait le Dr Bronsard concernant les garçons et les filles, je crois, aidé par ma double casquette de juge des enfants chargé de l'enfance en danger et de l'enfance délinquante, que les garçons et les filles expriment différemment leurs troubles. De ce que je vois, c'est plutôt les filles qui internalisent leurs troubles, alors que les garçons basculent souvent dans le versant de la délinquance et de la violence dirigée vers l'autre. Les filles expriment plus leurs difficultés sur le versant du suicide ou d'autres passages à l'acte contre elles, enfermement, par exemple, dans une utilisation pathologique de l'informatique, anorexie ou scarifications.

En vous écoutant, cela m'a rappelé une expérience très positive menée, il y a quelques années dans le département des Hauts-de-Seine, par un lieu de crise pour des enfants déjà placés et que tous les professionnels considéraient comme des incasables. Cette structure pluridisciplinaire, dans laquelle la prise en charge était limitée dans le temps, faisait intervenir tout à la fois la pédopsychiatrie, la protection judiciaire de la jeunesse, et les

services éducatifs et sociaux du conseil général, et cela en lien avec les juges des enfants. Cette approche croisée donnait d'excellents résultats pour des jeunes adolescents qui avaient connu des parcours de placement problématiques et qui étaient rejetés de partout. Malheureusement, et pour des raisons qui avaient moins à voir avec le travail mené qu'avec des considérations financières ou de *leadership* entre institutions, cette expérience ne s'est pas poursuivie. Si je devais faire une proposition, c'est de développer ce type de lieu qui fait appel au regard croisé de professionnels de champs différents dans l'intérêt des enfants.

Claire Hédon : Dominique Attias, vous êtes avocate pour enfants. Est-ce que les résultats de ces études correspondent à ce que vous voyez sur le terrain ?

Dominique Attias : Tout à fait, c'est souvent ce que l'on voit et ce que l'on constate lorsque l'on accompagne des enfants placés. J'insiste sur le fait que les avocats ne sont pas suffisamment présents, à partir du moment où ils sont formés bien évidemment pour assister les enfants. Ne parlons pas de la phase administrative où nous avons été les grands oubliés. C'est un point sur lequel les travailleurs sociaux attirent notre attention et nous disent « *nous avons besoin d'avocats formés pour assister les familles et les enfants* ». Comme l'indiquait la procureure, on ne peut pas être juge et partie, on ne peut pas être à la fois conseiller et prescripteur, donc je crois qu'il faut qu'il y ait ce tiers qu'est l'avocat d'enfant, auprès de l'enfant, et un avocat auprès de la famille.

Ces enfants qui sont souvent en grande souffrance ont besoin que l'on s'investisse totalement à leurs côtés. Je rebondis sur ce que disait Nadège Séverac tout à l'heure, on doit en faire encore plus que lorsqu'on assiste un jeune qui reste dans sa famille.

Ils sont tellement en attente de s'entendre dire « *tu vaux quelque chose* », ils ne peuvent dire « *j'ai besoin de vous* ». Il faut être là. Je rebondis également, et je suis d'accord, sur ce que dit Thierry Baranger sur les problèmes éthiques des filles et des garçons, et pour en revenir aux garçons, je voulais dire aussi que c'est vrai qu'une des problématiques que l'on rencontre et constate, c'est que ces enfants souvent lorsqu'ils deviennent auteurs, ont eux-mêmes subi auparavant des violences.

Ce sont souvent les services éducatifs d'ailleurs qui, ayant établi un lien avec le jeune, découvrent les violences qui n'ont pas été repérées, ni par l'école ni nulle part ailleurs. Ces enfants se taisent par peur parfois ou pour protéger l'auteur, surtout lorsqu'il s'agit de l'un de leurs parents. Malheureusement, ces enfants sont désormais étiquetés comme auteurs plutôt que victimes. Ils sont fichés dès leur premier contact avec la justice dans le Système de traitement des infractions constatées, le STIC.

Vous n'ignorez pas qu'en France il n'y a pas d'âge de la responsabilité pénale. Dès dix ans, un enfant peut avoir un casier judiciaire. Là aussi il y a un vrai problème. J'aimerais insister également sur les violences que subissent ces enfants qui commencent à s'attacher à un éducateur dans un

foyer, à une famille d'accueil, et qui du jour au lendemain, parce qu'il y a tout d'un coup une peur des professionnels, sont arrachés sans explication et placés dans un autre lieu. Déplacer un enfant sans lui en expliquer les raisons est d'une telle violence, d'autant plus que la plupart de ces enfants ont déjà une problématique d'attachement qui doit être traitée. Les traumatismes qui en résultent sont parfois irrémédiables et induisent ensuite des comportements incompréhensibles pour les professionnels. Il s'agit vraiment d'une pratique sur laquelle nous devons tous nous interroger.

Claire Hédon : Karen Sadlier, vous êtes psychologue à l'Institut de victimologie. Est-ce que ce que vous avez entendu jusqu'à maintenant correspond à ce que vous voyez ?

Karen Sadlier : Tout à fait, je pense que dans toutes les discussions précédentes on était bien dans la question de l'attachement. L'attachement est composé de deux éléments : ressentir de l'affection chaleureuse de la part d'un adulte, c'est-à-dire de l'amour, et éprouver de manière consistante un sentiment de sécurité et de stabilité. Quand la famille est bien traitante, la première chose qu'on intègre est le fait qu'on bénéficie d'une relation de confiance. Les enfants dont on parle aujourd'hui, par contre, n'ont pas eu ce vécu de confiance et de sécurité. Je trouve intéressant la recherche sur la résilience démontrant que ce sont les enfants qui ont bénéficié des placements stables, de longue durée et depuis les premières années de vie qui vont le mieux du point de vue psychologique et social. Ce sont ces enfants donc, qui grâce à un placement précoce, ont pu tisser des liens d'attachement sécurisants, une attache de sécurité et de stabilité avec un adulte, souvent l'assistant familial, prêt à mettre la main au feu pour eux.

Malheureusement ce n'est pas le cas pour tous les enfants maltraités. Leurs parents biologiques peuvent les aimer, mais ils ne sont pas sécurisants. Tristement, les réponses de protection de notre société amplifient ce sentiment d'insécurité et participent ainsi aux souffrances psychologiques de ces enfants.

Au niveau du suivi psychologique des enfants maltraités, un des facteurs les plus importants est la capacité de l'enfant à identifier des personnes autour de lui qui sont des sources de stabilité et de sécurité. Je trouve ça un gâchis tragique quand l'enfant a identifié ces personnes – qui peuvent être un éducateur, la famille d'accueil, d'autres enfants dans la famille d'accueil – et tout d'un coup, il y a un changement de placement, ou alors on arrive à la fin de la mesure et au retour chez les parents. Alors il n'y a plus de contact avec la famille d'accueil ni avec l'éducateur.

Parfois, les adolescents maintiennent un contact par le portable ou les réseaux sociaux. Pourtant, les professionnels prennent le risque dans ce cas d'être sanctionnés pour être trop « impliqués » ! Quand les enfants ont quatre, cinq ou six ans, toute tentative de maintien de lien avec ces figures d'attachement devient impossible. La relation de sécurité et de stabilité s'arrête du jour au lendemain. On peut dire qu'au moins, ils ont une expérience de sécurité. Mais c'est vraiment dommage que cette relation de protection, de sécurité ne puisse pas continuer à être active, et donc alimenter le sentiment de bien-être et les fondements de la santé psychologique.

Fabrice Drouelle : Quel est le rôle du juge des enfants dans ces cas de maltraitance ?

Thierry Baranger : Comme je viens de le dire, le juge des enfants est un magistrat spécialisé, ce qui est une garantie irremplaçable avec son corollaire qu'il agit dans la continuité dans la prise en charge de l'enfant. D'où l'expression de « juge naturel ». Continuité de l'action : un même juge traitera toutes les affaires concernant le même enfant. Suivi dans la durée : il prendra des décisions limitées dans le temps, réévaluées et adaptées à l'évolution de la situation de l'enfant. Travail s'inscrivant également dans une articulation avec les services éducatifs. Intervention qui se réfère par ailleurs aux droits de l'autorité parentale. Relation directe avec l'enfant : l'enfant doit toujours être entendu et pouvoir exprimer son point de vue tout en restant à sa place d'enfant, avec des droits et des devoirs distincts de ceux des adultes.

Outre le respect des grands principes du droit – débat contradictoire, accès au dossier, droit de faire appel –, la loi fait obligation au juge des enfants de rechercher l'adhésion de la famille aux mesures qu'il prendra. Cette obligation ne signifie pas qu'il devra avoir l'accord de la famille mais qu'il doit toujours expliciter, faire comprendre, les décisions qu'il peut être amené à prendre et qui peuvent dans certains cas, et je pense notamment à la maltraitance, être autoritaires. L'expérience montre que cette recherche de l'adhésion est souvent la condition de l'efficacité de son intervention.

S'agissant des maltraitances, il faut distinguer les situations. Toutes ne justifieront pas un placement. Le juge des enfants devra donc évaluer les meilleures mesures à prendre pour faire cesser ce danger. Parfois, des mesures éducatives de milieu ouvert seront suffisantes. Dans d'autres cas, une mise à l'abri immédiate devra être ordonnée et accompagnée d'une mesure d'investigation. Cela montre l'importance de la qualité de l'évaluation, mais aussi de sa pluridisciplinarité, tant lors du signalement que dans la préparation des décisions que pourra être amené à prendre le magistrat.

Concrètement, et après saisine du juge des enfants par le procureur, une audience interviendra où le juge des enfants recevra l'enfant et ses parents afin d'évaluer la situation, notamment l'appréciation du danger caractérisé, et prendra une décision. Soit le danger nécessite une mise à l'abri immédiate et il placera l'enfant; soit il estimera que la situation nécessite des investigations complémentaires et il pourra prendre des mesures judiciaires d'investigation et d'orientation éducative ou des expertises; soit il décidera directement de mesures éducatives en milieu ouvert qu'il confiera à une association éducative.

Bien entendu, et dans le cas de faits de maltraitance grave, le procureur mais également le juge des enfants pourront être amenés à prendre en urgence une mesure de placement avant toute audience. Dans les situations de maltraitances extrêmement graves, il me semble qu'on est moins dans l'assistance éducative que dans une approche pénale amenant à se poser la question du retrait de l'enfant, de procédures de déchéance de

l'autorité parentale relevant soit du tribunal de grande instance, soit de décisions à la suite de procès d'assises.

Dans les autres cas, si un placement est nécessaire au vu de l'évaluation de la situation familiale et personnelle de l'enfant, il sera discuté à l'audience tant sur ses modalités que sur son principe. Les types de placement sont variés : famille d'accueil, tiers digne de confiance, placement familial thérapeutique, maison d'enfant à caractère social, internat...

Il faut bien comprendre que, si le placement décidé en urgence comme mise à l'abri peut être nécessaire, le travail sur la séparation est bien autre chose. Pour être efficace, il nécessite tout à la fois la mise en place d'un travail sur le lien parents-enfant et sur les troubles exprimés par l'enfant. Mon expérience m'a montré que l'enfant a le plus besoin pour s'installer dans son placement de sentir que l'on prend soin de ses parents, de savoir que l'on se préoccupe de leur sort.

S'il n'est pas bon de s'acharner à privilégier les liens du sang sans tenir compte de ceux qui ont pu se créer à la faveur d'une séparation, il est non moins dangereux pour l'équilibre affectif du mineur de desserrer prématurément le lien avec la famille d'origine, au risque de générer une insécurité psychologique préjudiciable à son épanouissement.

Sauf cas très exceptionnels prévus par l'article 375, alinéa 4, la loi fait obligation au juge des enfants de suivre et de réévaluer les décisions prises dans un délai inférieur ou égal à deux ans. À ce titre, il peut à tout moment demander des rapports sur l'évolution de l'enfant, les liens familiaux qu'il entretient et a l'obligation de réévaluer dans un délai maximum de deux ans, après une nouvelle audience avec l'enfant, sa famille et les services chargés de l'enfant, les mesures prises. Il doit également se prononcer sur les modalités des liens que l'enfant aura avec sa famille (droit de visite médiatisé ou non, droit de sortie et droit d'hébergement, droit de correspondance...), toutes décisions prises en fonction de l'évolution de la situation familiale mais également de la fragilité de l'enfant.

Il faut bien comprendre que le juge des enfants, intervenant dans le cadre de l'autorité parentale et sur une notion de danger qu'il doit faire cesser, doit pouvoir à tout moment revoir les situations qu'il suit afin de se prononcer, si nécessaire, sur une éventuelle fin du placement et retour de l'enfant dans son milieu familial.

Au titre du suivi, il pourra également s'interroger sur le type et les modalités de la prise en charge : famille d'accueil ou maisons d'enfants à caractère social, les MECS, lieu de vie, structure thérapeutique... De même devra-t-il réfléchir sur les perspectives à moyen et à long terme.

Tout cela montre bien la complexité du travail du juge des enfants, de l'acte de juger, confronté à des droits et à des logiques qui peuvent paraître contradictoires : travailler sur les liens familiaux ; respecter les droits parentaux tout en assurant la protection de l'enfant et donc la stabilité sécurisante de son accueil hors famille ; éviter les restitutions hasardeuses des enfants au seul vu des progrès comportementaux accomplis par les parents sans

tenir compte des liens établis par l'enfant avec son milieu nourricier et, en même temps, ne pas tomber, comme on a pu le voir il n'y a pas si longtemps en Angleterre, dans les ravages causés par certaines postures expertales.

Claire Hédon : Dominique Attias, vous, en tant qu'avocate, quel est votre rôle pour suivre l'enfant, voir s'il va bien ? Qu'est-ce que vous faites ?

Dominique Attias : Notre rôle, pour être efficace auprès de l'enfant, c'est bien évidemment d'abord d'établir un lien. Il faut savoir que ce n'est pas parce qu'on est son avocat qu'il vous fait d'emblée confiance. On est d'abord celui qui fait partie du monde judiciaire et de celui des adultes, et donc il se méfie de nous. Il faut non seulement voir l'enfant souvent mais surtout avant les audiences. Ces rendez-vous dans nos cabinets sont très importants, car ils permettent d'échanger avec l'enfant dans le cadre du secret. Nous devons lui expliciter notre rôle. À l'audience, il ne s'agira pas de disqualifier sa parole, mais de la porter, les désaccords devront être traités dans le secret de notre cabinet.

Notre posture vis-à-vis des parents est également capitale pour pouvoir établir ce lien de confiance. Si l'enfant a le droit de critiquer ses parents, l'avocat doit, sauf exception bien évidemment, restaurer l'autorité parentale. Très souvent l'enfant vous teste pour voir comment vous allez réagir. Si vous lui expliquez que tout enfant doit le respect à son père et à sa mère, et que cela est d'ailleurs inscrit dans le Code civil, son attitude change et il se détend. Comment voulez-vous que l'enfant s'estime si l'on méprise les personnes dont il est issu ? Il appartiendra à la justice de condamner les parents s'ils sont jugés coupables, mais vous, en tant qu'avocat, en assistance éducative, vous avez à restaurer le lien sauf exception.

Autre point important, une fois que l'audience a eu lieu, et cela fait partie de nos obligations déontologiques et des chartes des avocats d'enfants, nous devons garder un lien avec l'enfant, c'est-à-dire prendre contact avec lui par exemple dans son foyer. Vous savez, cela ne semble rien, mais c'est tout. Tout d'abord, cela montre que l'on n'a pas abandonné l'enfant, cela permet aussi très souvent d'avoir des éléments tout à fait intéressants à communiquer éventuellement au juge ; lorsque vous téléphonez par exemple le soir, seul moment parfois où on peut s'entretenir avec l'enfant, cela vous permet d'échanger avec les services éducatifs, dans l'intérêt de l'enfant, d'être alerté rapidement en cas de problème et de permettre ainsi d'essayer d'y remédier sans passer par des hiérarchies.

Notre présence est quotidienne au tribunal pour enfants. Il nous est ainsi possible d'alerter sans tarder le juge des enfants qui est souvent accessible. Tel ne serait pas le cas si les fonctions de juge des enfants en matière d'assistance éducative étaient confiées au juge aux affaires familiales, serpent de mer qui revient régulièrement.

J'insiste sur l'impérieuse nécessité que le juge des enfants conserve sa double compétence civile et pénale, ce qui lui permet d'avoir une vision globale de l'enfant qui, tel que je l'ai indiqué précédemment, peut être parfois auteur, parfois victime.

Le rôle de l'avocat c'est justement de pouvoir porter la parole de l'enfant, car les enfants, comme tout le monde l'a dit ce matin, ont la plupart du temps du mal à s'exprimer. Nous sommes là pour, à sa place, dire certaines choses mais ne jamais discréditer sa parole. Porter sa parole c'est, quelque part, le protéger, et peut-être aussi avoir un rôle de médiateur au milieu de tous ces professionnels.

Claire Hédon : Karen Sadlier, quel est le rôle des psychologues, en quoi consiste la prise en charge psychologique dans ce suivi des enfants ?

Karen Sadlier : Lors du suivi, on est face à des enfants qui ont des troubles traumatiques et de l'attachement. Pour cette raison, on ne doit pas faire de thérapies où le thérapeute participe peu du point de vue verbal et moteur. Ce n'est pas un cas d'enfants avec lesquels il faut agir en « silence de thérapie ». C'est insuffisant de donner un cadre et un lieu d'expression. Il faut aller bien au-delà.

Premièrement, il faut que l'enfant identifie ses émotions. Un enfant qui a grandi dans la maltraitance est un enfant qui est handicapé dans l'identification des émotions. Deuxièmement, il faut que l'enfant puisse réguler ses émotions. Comme il ne peut pas les identifier, il ne peut pas les verbaliser, donc il ne peut que les sortir dans des comportements qui sont problématiques. Troisièmement, il faut pouvoir identifier les sources de soutien, les relations stabilisantes et sécurisantes autour de lui.

Pour faire ce type de travail, je suis un thérapeute un peu bizarre, je fais des choses très pratiques, certains collègues peuvent penser trop pratiques. Sur vos téléphones, si vous envoyez des SMS, vous envoyez parfois des émoticônes, n'est-ce pas ? *« Je suis contente, je ne suis pas content, j'ai peur, je suis triste... »* J'utilise des exemples de ce type avec les enfants. *« Tu veux me raconter ? Tu sais pourquoi tu es placé ? Tu sais pourquoi le juge a décidé ça ? »* Je peux vous assurer que les enfants qui ont subi des maltraitements multiples vont dire : *« Je ne veux pas en parler. »* Ce n'est pas grave, c'est une façon d'éviter un traumatisme psychique. *« Quand je t'ai posé cette question, comment tu te sens ? »* Et je fais sortir mes émoticônes (tristesse, colère, peur, bonheur). *« Peur. – La peur, tu la ressens où ? La peur que tu as, tu peux me montrer la taille qu'elle fait ? »* Je lui donne toute la pâte à modeler qu'il veut, jamais une feuille A4 car cela retient dans l'espace.

« Qu'est-ce qui peut rendre ta peur plus grande ? Plus petite ? » Je vais chercher des facteurs amplificateurs et des facteurs qui soulagent. Beaucoup d'enfants vont dire qu'ils ne désirent pas montrer la peur, certains vont la cacher. Mais ils ont une peur de *« la taille d'un petit camion. »* *« Ce poids-là, tu veux le garder ou tu veux t'en débarrasser ? »* Ils veulent tous en garder au moins un peu, car ça aiderait à être en sécurité. Ainsi nous pouvons imaginer des troubles d'anxiété ou de type psychosomatique persistants.

On peut travailler de manière créative avec toutes les émotions pour les identifier et les réguler. Pour la régulation de la peur par exemple, des exercices de respiration sont particulièrement thérapeutiques. Je parle avec les enfants de choses terribles qu'ils ont vécus, pendant qu'on fait des bulles

de savon. Pourquoi ? Si vous voulez faire beaucoup de bulles il faut souffler avec votre diaphragme. Cette respiration est celle recommandée par tous les protocoles pour les troubles d'anxiété. Les enfants vont pouvoir parler de choses extrêmement anxiogènes tout en pouvant respirer, se détendre et se sentir capables de modifier leur état émotionnel. Je trouve d'ailleurs important de partager ces interventions avec l'assistante familiale, car c'est la famille d'accueil qui fait le gros du travail thérapeutique chaque jour, ou bien l'éducateur du foyer, ou bien les professionnels qui accompagnent l'enfant dans le quotidien.

Claire Hédon : Qui finance ces soins ?

Karen Sadlier : À l'institut de victimologie, les soins sont financés par la Sécurité sociale, mais pas le travail en dehors. C'est un travail qu'il faut faire en réseau avec la famille d'accueil, l'assistante familiale, l'éducateur, les magistrats ; tout ce travail n'est pas financé. Ou bien on a des thérapeutes qui sont d'accord pour le faire de manière bénévole, mais personne ne tient très longtemps en faisant cela. Il faut trouver un système plus sécurisant.

Claire Hédon : Daniel Rousseau et Guillaume Bronsard, quels sont vos rôles dans le suivi de l'enfant ? De façon plus large, quelle est la place de la pédopsychiatrie dans la protection de l'enfance ?

Guillaume Bronsard : La place de la psychiatrie dans la protection de l'enfance est faible, elle est même, pour simplifier, presque médiocre. C'est un constat : on est assez peu nombreux. Avec Daniel Rousseau, on compte peut-être une dizaine d'autres pédopsychiatres en France qui affichent cet intérêt. Il y a là pratiquement une ingratitude, parce que la pédopsychiatrie, française ou mondiale, s'est quand même beaucoup constituée près d'eux, les enfants à protéger, abandonnés, séparés, pour eux, et même sur eux – on va laisser de côté la pédiatrie. Le premier service de pédopsychiatrie en France, créé par Georges Heuyer en 1923, la Clinique annexe de neuropsychiatrie de l'enfant, l'a été dans un foyer, un patronage, qui recevait des enfants maltraités, des enfants errants, vagabonds, délinquants, tous mélangés.

Il y a peu de places spécifiques dans la protection de l'enfance. C'est cela la discussion. Est-ce qu'il faut que l'on développe des moyens et une façon spécifique de faire de la pédopsychiatrie pour les enfants placés ou pas ? Après cette première institution du Pr Heuyer, toute la théorisation, en particulier la théorie de l'attachement, toutes les grandes théories qui ont été fondées par la pédopsychiatrie moderne, a été construite autour de la notion de séparation, de traumatisme psychique précoce, de déprivation maternelle, de carence de soins, etc. Toute cette clinique de l'enfant séparé a constitué la pédopsychiatrie française et mondiale. Jusqu'aux années 1960, la pédopsychiatrie s'intéressait beaucoup à eux. Mais ensuite moins. L'Assistance publique ne s'occupe plus d'eux, les confie aux départements en 1963. Alors que les « enfants de l'Assistance » étaient dans ou proches de structures hospitalières, ils s'en éloignent. Parallèlement, petit à petit, la pédopsychiatrie se met à s'intéresser à des maladies comme l'autisme, mais aussi à rencontrer et à voir des gens normaux, avec lesquels

on a été beaucoup plus efficace ! J'exagère, mais il faut reconnaître qu'il y a une bonne partie de nos consultations où l'on rencontre des gens qui n'ont pas de troubles constitués.

Les moyens sont à discuter, mais il y a peu de pédopsychiatres dans la protection de l'enfance. Il n'y a pas d'intérêt affiché du côté de la pédopsychiatrie en général. Thierry Baranger citait cette expérience dans les Hauts-de-Seine. Ce qui est assez étonnant, c'est que je ne la connaisse pas, alors que je m'estime bien informé sur ce sujet, ce qui suppose qu'il y a très peu de diffusion de connaissances, d'affichages et d'informations spécifiques.

Monsieur Bas parlait ce matin d'une expérience dans la Manche, de lieux où il est possible de travailler dans le même temps et le même cadre avec le social, la pédopsychiatrie et éventuellement la justice. Les enfants placés ont quand même quelques caractéristiques qui les rendent peu désireux d'aller à la rencontre de la pédopsychiatrie. D'abord, ils ont beaucoup plus souvent que les autres des parents malades mentaux reconnus, provenant de l'asile. Aller voir un pédopsychiatre quand ses parents sont à l'hôpital psychiatrique depuis des années, cela n'est pas la même chose pour eux que pour d'autres. Ensuite, il y a chez les professionnels quelques fantasmes et représentations autour de « *il a été frappé, il a été battu, il est dangereux* ». Cette position nous fait faire un pas de côté. Après, il y a les juges et les éducateurs impliqués avec lesquels il faut travailler sans qu'on y soit préparé. La pédopsychiatrie sait faire avec les familles, sait faire avec les parents, un peu moins quand ils ne sont pas là ou peu accessibles, et qu'il faut travailler avec juges et éducateurs. Donc il y a une bonne partie des enfants placés qui ne peuvent pas avoir accès aux dispositifs de droit commun, même si rien ne l'interdit bien entendu. Sauf qu'ils n'y vont pas. Peut-être est-ce à nous d'y aller, d'aller vers eux ?

Daniel Rousseau : Quand je suis arrivé jeune pédopsychiatre au foyer de l'enfance, je me suis aperçu que tout ce que j'avais appris pendant mes études ne me servait à rien face à ces enfants, parce que finalement j'affrontais des pathologies qui avaient soi-disant disparu de la scène psychiatrique, et que je ne retrouvais que dans les livres des anciens. Pourtant, ces troubles assez spécifiques sont extrêmement prégnants dans toute la population des enfants maltraités, mais les pédopsychiatres sont peu formés à les reconnaître et à les prendre en charge.

Je tempérerais un peu ce que dit Guillaume Bronsard à propos des réseaux de soins. À Angers, on a la chance d'avoir deux services de pédopsychiatrie avec qui on travaille beaucoup, dans un vrai partenariat avec le foyer de l'enfance. Nos collègues viennent même pratiquer l'« observation de bébés » dans le lieu même du foyer de l'enfance, parfois dans la suite du travail d'observations de l'unité Kangourou à la maternité et du réseau de périnatalité.

Les bébés placés représentent un champ d'observation extraordinaire de ce qu'est l'enfance, de ce qu'est l'enfant, de ses relations avec ses parents et des liens qu'il construit avec les professionnels. Une pouponnière, c'est un terrain scientifique exceptionnel, qui a pourtant été abandonné et déserté du fait de la démedicalisation désolante de l'Aide sociale à l'enfance.

Interventions du public

Anonyme : Je suis pédopsychiatre et j'avais une question plus technique. Je travaille en Maine-et-Loire avec Daniel Rousseau et Philippe Duverger. J'avais une question juridique sur les situations de délaissement et ce que l'on appelle l'article 350 je crois, sur les situations de déclarations judiciaires d'abandon où l'on fait le constat qu'il faut des années de délaissement. La définition du délaissement est un peu troublante parce que, quelquefois, il suffit de presque rien en plusieurs années comme lien avec les parents pour considérer que l'enfant n'est pas délaissé. C'est une situation extrêmement préoccupante, parce qu'on voit des enfants qui deviennent pupilles de l'État tardivement, qui ont éventuellement développé un attachement à la famille d'accueil, et la réciprocité de l'attachement fait que parfois les familles d'accueil ne souhaitent pas qu'ils deviennent adoptables. Finalement, on en vient à des situations où les enfants se retrouvent de fait sans attaches familiales. J'ai participé pendant plusieurs années aux conseils de famille des pupilles de l'État dans le département dans lequel je travaille. C'est une question qui est tue, méconnue par les professionnels en général, et la question du délaissement et de rendre les enfants délaissés adoptables et dans quels délais raisonnables eu égard au développement de l'enfant car ce n'est évidemment pas la temporalité de la justice et des services sociaux qui est celle du développement du bébé.

Daniel Rousseau : Je trouve que c'est vraiment une question essentielle parce que, dans notre étude, on s'aperçoit que parmi les enfants placés jeunes, il y en a 25 % qui n'ont plus aucun lien juridique avec leurs parents à dix-huit ans. Donc un quart qui perd tout contact avec leurs parents au cours de leurs parcours, parce qu'il y a eu abandon, décès ou délégation d'autorité parentale. Donc c'est une vraie question, qui concerne beaucoup d'enfants, et qui mériterait d'être traitée à la mesure de sa gravité. D'autre part, le sentiment d'abandon chez les enfants, c'est-à-dire le sentiment que leurs parents ne manifestent aucun intérêt pour eux, est la chose la plus torpide qui existe et la plus destructrice à long terme. Et donc je crois que ce sont des situations qu'il faudrait trancher beaucoup plus rapidement.

Thierry Baranger : Votre question est fondamentale, car vous abordez le sujet de la temporalité judiciaire qui, par définition, ne peut qu'être différente de celle de l'enfant.

Mon expérience professionnelle me montre cependant que les tribunaux sont peu saisis de demandes de retrait de l'autorité parentale, qui est l'ex-procédure de déchéance. Au-delà des conditions de la loi, les décisions sont extrêmement difficiles et lourdes de conséquences tant pour les magistrats que pour les services sociaux des conseils généraux.

Je pense cependant que quand on commence à avoir besoin de solliciter à de nombreuses reprises un juge des enfants ou un juge des affaires familiales pour des autorisations liées à l'autorité parentale sur des actes de la vie de l'enfant, il y a un moment où il faut peut-être se poser la question de savoir si l'on ne doit pas passer à autre chose.

Anonyme : Je voulais juste rebondir sur le problème de la prise en charge médicale et psychologique des enfants placés, elle est peut-être aussi médiocre, le coût est à la charge des départements et des foyers. Je voulais reprendre une suggestion faite par Daniel Rousseau, – c’est dommage que Madame Marisol Touraine ne soit pas là – qui suggérerait qu’il y ait une ALD, une affection de longue durée maltraitance comme on a des ALD mucoviscidose ou ALD diabète. Que quand l’enfant est placé, il y ait une ALD maltraitance qui se mette en place de fait, pour que finalement sa prise en charge médicale et psychologique soit à la charge de la Sécurité sociale, de l’État. Cela permettrait un moindre frein aux consultations médicales et psychologiques, et peut-être aussi que l’État mesurerait, de ce fait, le coût que cela représente de prendre en charge les maltraitances.

Virginie Hadengue : Je suis professeur d’histoire-géographie dans un lycée et je voudrais poser une question plus en lien avec la prévention qu’avec le suivi *stricto sensu*. Je suis aussi enseignante d’éducation civique, et au lycée on a des élèves « sous la main » dix-huit heures par an, trois heures de suite, et je me demandais si on ne pouvait pas faire une sensibilisation aussi auprès d’eux. Dans le cadre d’une éducation civique, les professeurs sont déjà là, les horaires sont déjà là, le cadre pédagogique est déjà là, et donc simplement un module pour les sensibiliser à tout ce qu’on vient de dire aujourd’hui. Parmi mes élèves, statistiquement, il y en a qui ont été eux-mêmes maltraités, ils ont des petits frères, des petites sœurs, ce sont de futurs parents, voilà.

Maryvonne Caillaux : Je suis permanente du mouvement ATD Quart-Monde. Je suis là depuis ce matin, j’ai écouté. Il y a une question que je me pose, alors je suis venue avec beaucoup de situations, d’enfants, de familles que je connais, que l’on accompagne dans ce Mouvement ATD Quart-Monde. Il me semble que, dans tout ce qui a été dit, il y a une grande confusion entre maltraitance, carence éducative, négligence, c’est-à-dire toutes ces situations qui conduisent au placement. Ce matin, il y avait une diapositive qui venait de l’ODAS, des statistiques qui indiquaient qu’il y avait 98 000 enfants en danger, 19 000 enfants maltraités. Il me semble que ce sont quand même des problématiques différentes, et que parmi les enfants majoritairement placés, qui sont donc des enfants en danger pour cause de négligence, de carence éducative, il y en a beaucoup qui proviennent de familles qui sont très souvent dans une grande précarité économique, sociale et dans l’isolement. Il me semble donc, et cela me trouble, qu’il y a un amalgame, d’autant que, dans l’opinion publique, dès qu’on parle de « placement », on fait automatiquement la confusion entre placement et maltraitance, et donc ces enfants-là, ces parents-là, ces familles-là, se sentent tout de suite jugés. Il y aurait vraiment un travail à faire pour mieux définir les choses, et cela pose évidemment toute la question de la prévention.

Brigitte Baranoff : Je suis médecin responsable du service de PMI au conseil général des Pyrénées-Orientales, et je voulais poser une question sur le rôle spécifique, dans le suivi santé des enfants placés, des équipes de PMI, rôle qui me semble vraiment essentiel. C’est une question qui préoccupe beaucoup les équipes actuellement, on a tous mis en place des protocoles, des procédures, etc. Je trouve que c’est vraiment important

que l'on ait ce regard santé qui n'est pas forcément toujours « top » dans les équipes de l'Aide sociale à l'enfance où l'on passe beaucoup de temps sur le suivi psycho-éducatif, mais pas trop sur la santé ; et prendre soin de l'enfant cela paraît vraiment essentiel, d'où l'importance de faire un bilan initial quand les enfants entrent en placement. On est quand même aussi des professionnels en lien avec les autres professionnels de santé, on a vu ce matin le rôle de la prévention avec les maternités, on est à la fois dans le dépistage et, essentiellement, dans l'accompagnement.

Mais une fois que l'on est dans la prévention tertiaire, les enfants sont placés, qu'est-ce que l'on fait ? Ce sont des enfants qui requièrent une attention particulière. La loi de 1989 dit bien que notre mission doit porter sur les enfants et les femmes enceintes requérant une attention particulière, donc on est vraiment dans notre rôle. Je crois que l'on peut jouer vraiment plein de choses dans l'accompagnement des familles d'accueil, avec les puéricultrices, je vais encore plus loin. Après, quand les enfants deviennent adolescents, il y a les problèmes de filles, de contraception, pour éviter qu'elles aient des grossesses précoces. Cela me semblerait vraiment une vraie action de prévention. La PMI a un rôle à jouer.

Daniel Rousseau : Vous avez raison, mais les dispositifs départementaux sont extrêmement variables d'un département à l'autre. Dans certains départements, les enfants de l'ASE ont un suivi médical structuré, parfois avec le concours de la PMI, mais dans d'autres il n'est pas organisé et de plus la PMI est parfois exclue du dispositif ASE. Il y a une évidente inégalité territoriale.

Bénédicte Laumonier-Reeves : Je suis directrice enfance-famille au conseil général du Maine-et-Loire. Je voulais insister sur ce qui a été peu évoqué dans cette table ronde, c'est la question des places, du nombre de places. Nous avons évoqué l'avant, les IP, et la difficile décision de placer un enfant, puis nous avons basculé dans le suivi de ces enfants. Mais il y a une étape fondamentale qui est celle de la recherche de places pour ces enfants. Aujourd'hui, de nombreux conseils généraux sont confrontés à une saturation du dispositif d'accueil. En Maine-et-Loire, depuis dix-huit mois, nous n'avons pas la possibilité de donner une suite à tous les placements décidés par la justice. Cela concerne aujourd'hui plus de 40 enfants. Alors, heureusement, ce n'est pas les mêmes enfants depuis dix-huit mois, mais constamment une quarantaine d'enfants pour lesquels nous n'avons pas de places, et depuis quelques semaines c'est même notre système de placement en urgence qui est saturé, que ce soit pour des bébés, des ados ou des pré-ados. C'est une préoccupation quotidienne qui fait courir les professionnels de l'ASE, qu'ils soient en central ou sur les territoires, dans les couloirs et au téléphone, et c'est une préoccupation vraiment quotidienne assez insupportable.

Guillaume Bronsard : Le problème des places est aussi lié au profil de la situation, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de places particulièrement pour les situations agitées, de crise, etc. Et en plus, vous savez sûrement que ces situations prennent souvent deux, trois, voire quatre places en même temps parce qu'il faut partager, se renvoyer... Une des questions est : faut-il profiler certains endroits du social pour les renforcer sur le plan médico-psychologique ? Faut-il avoir un système à peu près identique pour tous les types

de situations ? Ou est-ce que l'on peut aller vers des sites, des foyers, des endroits qui auraient une capacité à prendre, à porter, à soigner un peu plus certaines situations qui ont un énorme pouvoir désorganisateur ? On disait tout à l'heure bien sûr que cela serait bien pour les enfants qu'il y ait ce genre de foyers mixtes pour des situations doubles, mais cela serait bien pour les équipes aussi. Ces situations perturbent en effet énormément le système dans son ensemble, ce qui a des répercussions sur les places et les possibilités de prendre d'autres enfants.

Conclusions des intervenants

Karen Sadlier : Pour ma part, la priorité est la place des soins psychologiques donnés par des professionnels formés à cette spécialisation. Il faut des formations continues, des pédopsychiatres et des psychologues pointus dans la clinique des troubles de l'attachement et du traumatisme. Il existe une quantité de recherches, une quantité de types d'interventions pour faire des suivis créatifs, pragmatiques et efficaces avec ces enfants. Il faut identifier ces professionnels-là, continuez à les former pour avoir une vraie clinique de la maltraitance sur le plan psychothérapeutique.

Nadège Séverac : Je vais revenir à ELFE, la cohorte de suivi longitudinal d'enfants de leur naissance à l'âge adulte, parce que Madame avait abordé le sujet en disant qu'il y avait des choses sur les enfants placés, et c'est vrai qu'il y a un module de questions sur les enfants placés. J'aimerais faire un appel à deniers publics ici. En effet, pour l'instant les questions concernant l'enfant placé sont posées à sa mère. On aimerait qu'il y ait des finances supplémentaires pour pouvoir poser les questions concernant les enfants placés aux professionnels qui sont au contact quotidien de ces enfants, soit l'assistante familiale, soit l'éducateur, ce qui permettrait déjà d'avoir autant de données sur l'enfant ELFE placé que sur les autres enfants, sachant que la mère ne pourra pas répondre à tout parce qu'elle n'a pas l'enfant au quotidien avec elle, que si elle le voit c'est occasionnellement et que, dans certains cas, elle ne le verra plus. Cette façon de faire aurait l'avantage que, si on n'a plus accès à la mère, on pourra toujours, par le biais du professionnel, aller poser des questions à l'enfant ELFE lorsqu'il sera plus grand. Et ça, c'est quand même l'occasion d'avoir des données en population générale représentatives sur vingt ans, ce qu'on n'a pas du tout et qui s'avère fondamental. Le dispositif de collecte existe, maintenant c'est une question d'alimentation financière.

De par ma place de sociologue, pour moi, améliorer les choses, ce serait déjà sortir de cette idée que le placement c'est une sorte de parenthèse, pour vraiment miser sur la plus-value du placement, c'est-à-dire qu'actuellement le dispositif met de fait les enfants en situation de construire plusieurs attaches, et tant mieux ! Les enfants placés sont des enfants qui ont particulièrement des choses à rattraper de ce côté-là. Quand ils arriveront à leur majorité, s'ils ne sont pas sortis avant, ils ne pourront pas forcément compter sur leur famille, comme le font les autres enfants, alors que l'on sait que les jeunes ont de plus en plus de mal à s'insérer, et du coup ce sont des enfants avec lesquels il faut jouer à fond cette carte des attaches supplémentaires ! Donc

ça veut dire qu'il faut y croire et « tenir le fil » avec eux, c'est-à-dire préparer les placements et plus encore les déplacements ; or actuellement, on sait que les changements de placement sont souvent vécus dans la culpabilité par tout le monde, par l'enfant à qui on fait comprendre que son comportement y est pour quelque chose, et par les professionnels qui se sentent en échec. Du coup, personne n'en parle, et on s'illusionne sur le fait qu'on va recommencer à zéro dans un nouveau lieu ! Alors qu'on sait bien que si l'on veut que cela ne fasse pas rupture, il faut que ça se prépare, que ça se reprenne, que ça s'accompagne, afin que cela ne fasse pas autant de séquences hachées pour l'enfant, et surtout penser à valoriser ces liens reconstruits par l'enfant en organisant leur continuité : proposer à l'enfant qu'il puisse téléphoner, rendre visite à ces personnes d'attachement, ce qui suppose aussi de l'accompagner dans ses multiples liens pour l'aider à se situer.

Guillaume Bronsard : En quelques mots aussi, la priorité qui me semble assez évidente, mais qui n'a pas encore fait l'objet d'une mise en œuvre : que la pédopsychiatrie revienne auprès de et pour ces enfants placés. Il faut que cela soit possible au niveau des cadres juridiques et administratifs, malgré les différences de tutelles, de ministères, entre la pédopsychiatrie et le social. Cela me semble simple dans le concept, moins en pratique. Mais, soyons optimistes, les pédopsychiatres viendront aussi parce qu'ils savent quand même qu'à un moment ou à un autre, ces adolescents passeront par les urgences à 2 heures du matin.

La deuxième priorité c'est évidemment la recherche. Daniel Rousseau, moi-même et d'autres équipes, mais bien peu, avons pu faire de la recherche médicale auprès de ces enfants placés. Il y en a peu parce que les méthodes sont extrêmement difficiles à adapter et non appropriées aux dispositifs du social, car elles sont construites pour des terrains où tout paraît mieux organisé, comme dans les hôpitaux. Faire de la recherche médicale dans les foyers de l'enfance demande une énergie, une patience et un optimisme très supérieurs à ce que l'on voit classiquement. Donc il faut associer la recherche à l'évaluation. On peut objectiver certains faits, même dans le terrain du social, mais en nous laissant une petite part de subjectivité parce que l'on est en France et que l'on est capable de gérer des paradoxes... La subjectivité nous permet la rencontre, de ressentir, d'aimer, d'avoir des sentiments quelque peu empathiques envers ces enfants. Bien entendu, l'objectivité est nécessaire aux côtés de la subjectivité ; elle est possible, comme nous avons réussi à le démontrer puis le publier.

Dominique Attias : Plein de priorités. La première, c'est qu'il y ait effectivement plus de places, car on a des enfants que l'on assiste, qui restent dans leurs familles car on ne leur trouve pas de place alors qu'il y a une décision de placement du juge des enfants.

Deuxième priorité, je pense aussi à ceux qui sortent du dispositif, ceux qui ont juste dix-huit ans et pour lesquels il n'est rien pensé, et ces violences épouvantables ! Ils ne peuvent pas faire d'études ensuite, tout s'arrête parfois le jour de leurs dix-huit ans.

La troisième priorité, et cela, je l'affirme de ma place d'avocate, c'est que ces enfants aient droit à l'effectivité de leurs droits, c'est-à-dire qu'ils aient le droit d'être assistés par des avocats formés qui sont là pour leur expliciter leurs droits, pour aussi porter leur parole. C'est la Convention européenne des droits de l'enfant qui l'indique en permanence, et pourtant...

Daniel Rousseau : Trois propositions très courtes. La première, c'est une meilleure formation de tous les professionnels à la clinique du bébé et à la clinique de l'attachement. La deuxième proposition, c'est une meilleure formation des professionnels à la clinique du bébé et à la clinique de l'attachement. Et vous avez compris la troisième...

Thierry Baranger : Les priorités sont nombreuses! On peut penser notamment à l'importance d'une approche pluridisciplinaire systématique dans le suivi des enfants placés mais aussi à la mise en place de formations, également pluridisciplinaires, des professionnels autour de cas concrets.

Je souhaite revenir en amont du suivi de l'enfant et dire quelques mots sur le signalement qui a fait l'objet de la précédente table ronde. Avant de parler de la prise en charge de l'enfant dans son placement, il est nécessaire de réfléchir aux moyens d'éviter certains placements qui sont toujours des moments traumatisants et violents. Les juges des enfants constatent de plus en plus une montée de signalements tardifs concernant des situations très dégradées mais connues des services sociaux ou scolaires. Dans de telles situations, le procureur ou le juge des enfants sont conduits à ordonner des placements en urgence, non préparés et donc extrêmement violents. Il me semblerait donc nécessaire de réfléchir à nouveau au critère de compétence entre l'administratif et le judiciaire et de revenir à celui de danger grave et immédiat, qui était celui proposé par la loi Bas avant les amendements parlementaires, et qui me semble plus opérant. À cela j'ajouterai la nécessité de favoriser des interventions souples entre la prévention et le judiciaire, ce qui suppose non une priorité temporelle mais une meilleure identification des particularités de chaque intervention.

Fabienne Quiriau, présidente de la table ronde : Très rapidement ce que j'ai retenu de ces échanges, sur trois niveaux : les pratiques, les aménagements souhaitables, et un niveau plus politique.

Pour ce qui concerne les pratiques, le suivi de l'enfant, dans un cadre pluridisciplinaire. Il apparaît évident que dans toutes ces dimensions l'enfant doit être suivi et appréhendé, en vue de veiller notamment à l'amélioration de son état et de lui assurer la stabilité dont il a besoin. Quelquefois, pour certaines situations, considérer que le placement est aussi une opportunité, une chance pour l'enfant d'être mis à l'abri du danger, dès lors que l'enfant va bien, trouve son équilibre, notamment affectif. Être à l'écoute des enfants, savoir les accompagner, préserver les liens qui se tissent avec d'autres et ne pas craindre de laisser se développer des liens d'attachement qu'ils peuvent nouer avec les adultes qui s'occupent d'eux. J'ai noté aussi qu'il convient d'être attentif aux enfants silencieux qui ne posent pas, *a priori*, de problèmes.

Pour ce qui concerne les aménagements souhaitables, j'ai retenu qu'il faut conforter le rôle de l'avocat. J'irai même plus loin que Dominique Attias,

je dirai que le rôle de l'avocat pourrait non seulement être confirmé dans les procédures judiciaires mais aussi dans les procédures administratives, notamment quand il s'agit de débattre des modalités de mise en œuvre de la protection administrative. La formation, bien sûr, on en a parlé depuis ce matin. Rendre obligatoire une formation spécifique relative à la protection de l'enfance, dans le cadre de la formation initiale et continue pour tous ceux qui sont appelés à être au contact des enfants. C'est déjà en partie dans la loi de 2007, mais sans doute faudra-t-il la renforcer notamment pour les enseignants, les médecins entre autres, les assistants maternels, etc., et aussi mettre en œuvre des formations communes conformément à la loi de 2007. Elles n'ont pas encore été mises en œuvre, ou insuffisamment, et sans doute cela répondrait au souci d'une plus grande pluridisciplinarité. L'observation, qu'il faut développer bien sûr, et développer la recherche qui est encore trop modeste dans notre pays. Renforcer enfin le suivi des enfants sur le plan de la santé. Les enfants accueillis dans le cadre de leur protection, et où qu'ils se trouvent, méritent une attention particulière sur le plan de leur santé.

Sur un plan plus politique, permettez-moi de faire deux propositions.

La première c'est de ne pas se précipiter pour retoucher la loi de 2007, loi qui est quelquefois décriée, mais d'engager au préalable, et je pense que c'est un impératif, une évaluation, la plus objective possible, et de préférence par des parlementaires. Pourquoi pas par le Sénat qui nous accueille aujourd'hui et qui a tant porté ce texte. Les parlementaires votent la loi et il apparaît judicieux qu'ils puissent en apprécier les effets.

Deuxièmement, bien sûr, faire de la protection de l'enfance une priorité nationale, portée par un ministère qui soit bien identifié, un ministère chargé de l'Enfance et de la Jeunesse, qui puisse porter le plus loin possible à la fois la protection de l'enfance, qui doit être une priorité nationale, et aussi l'enfance en général et la jeunesse de notre pays. Je vous remercie.

DISCOURS DE CLÔTURE

Discours de Marie Derain

Je vous remercie de m'avoir invitée à intervenir à la fin des travaux aussi riches qui nous ont réunis depuis ce matin.

Je veux saluer cette initiative qui nous a conduits à évoquer un sujet qui nous révolte tous, les violences faites aux enfants, dans un contexte où plusieurs événements, rangés par le grand public dans la catégorie des faits divers, ont marqué les esprits et semé les doutes chez les observateurs, les élus et les professionnels de la protection de l'enfance.

Je suis d'autant plus sensible à cette démarche que, depuis bientôt deux années que j'exerce la fonction de Défenseure des enfants, j'ai délibérément placé au cœur des préoccupations de notre institution la thématique de la protection de l'enfance et donc de la maltraitance. D'ailleurs, au lendemain de ma prise de fonction, le premier rapport annuel consacré aux droits de l'enfant, dont j'ai dirigé la rédaction, paru le 20 novembre 2011, avait pour objet les droits des enfants placés. Je me réjouis qu'au travers des interventions de ce jour beaucoup des recommandations résonnent à nouveau.

En qualité d'adjointe du Défenseur des droits, mon rôle est plus précisément de défendre et de promouvoir l'intérêt supérieur et les droits de l'enfant consacrés par la loi ou les conventions internationales au premier rang desquelles la Convention internationale relative aux droits de l'enfant. À ce titre, mon engagement en faveur de la protection des enfants, et en particulier ceux qui sont en danger ou victimes de maltraitance, est indissociable de mon ambition en vue de contribuer à prévenir ces situations que j'ai trop souvent rencontrées comme directrice des services de la protection judiciaire de la jeunesse, au plus près des acteurs.

Nous sommes saisis de situations douloureuses aussi bien par des parents que par des enfants, des voisins ou des professionnels de l'enfance. À la différence de ses prédécesseurs, le Défenseur des droits a été doté de véritables pouvoirs d'enquête qui nous permettent de nous investir pleinement dans les dossiers dont nous sommes saisis : auditions des personnes, vérifications sur place, accès aux dossiers administratifs et judiciaires. L'institution peut également être amenée à se saisir d'office, comme la loi l'y invite, de certaines situations, à l'instar de l'affaire de maltraitance ayant conduit récemment au placement en urgence de deux enfants domiciliés à Pavillon-sous-Bois, en Seine-Saint-Denis, alors qu'ils bénéficiaient d'une mesure d'assistance éducative en milieu ouvert depuis plusieurs années.

Le Défenseur des droits n'a certainement pas vocation à se substituer aux dispositifs de protection de l'enfance de droit commun ni à ceux de contrôle existant. Acteur de rang constitutionnel, il exerce une fonction

inédite, fondée sur son indépendance et son impartialité, visant à garantir le rétablissement ou l'effectivité des droits de celles et ceux qui le saisissent, majeurs ou mineurs, Français ou étrangers.

Cette fonction de protection des droits nous situe aux carrefours de l'ensemble des acteurs publics et privés, comme tiers de confiance. Permettez-moi de souligner que, au-delà de ce que l'on pourrait appeler la violence domestique, les violences faites aux enfants, la maltraitance, peuvent prendre des formes insoupçonnées pour peu que l'on soit enfant et handicapé, enfant étranger et isolé, enfant et appartenant à la communauté rom, mais il faudrait une autre journée de colloque...

Au-delà du traitement des réclamations individuelles, il nous revient de jouer pleinement notre rôle de plate-forme de dialogue et d'interpellation. C'est ce qui a amené le Défenseur des droits à mettre en place des comités d'entente, qui sont des lieux d'échanges et de dialogue avec les acteurs associatifs qui œuvrent quotidiennement sur le terrain et dans différents domaines. J'ai souhaité que soit installé – et c'est le cas depuis la fin de l'année dernière – un comité d'entente « Protection de l'enfance », qui réunit une douzaine d'organisations spécialisées dont beaucoup sont ici.

De ces travaux, nous avons retiré un constat, qui a naturellement émergé de nos échanges de la journée : si, dans la très grande majorité des cas, notre dispositif de protection de l'enfance atteint ses objectifs, des situations surgissent qui révèlent que le fonctionnement des différents services concernés n'a pas permis aux professionnels, pourtant impliqués, d'intervenir dans des délais et selon des modalités qui auraient permis d'éviter des conséquences trop souvent dramatiques.

Ce constat, ces professionnels l'ont eux-mêmes fait. J'ai moi-même participé aux deux dernières éditions des Assises de la protection de l'enfance, à Paris en 2011 et au Mans – tout un symbole ! – en 2013. Ils étaient ainsi réunis sur le thème : *Savons-nous protéger nos enfants ? Reconnaître nos faiblesses, revisiter nos réponses, retrouver la confiance*. Les critiques sont nécessaires. L'autocritique est salutaire.

Ma préoccupation est d'apporter une contribution utile à l'étape suivante. En effet, le positionnement et la compétence nationale du DDD l'encouragent à engager une réflexion approfondie, dans le temps long, qui n'est pas celui de l'émotion médiatique, en vue de rechercher et d'analyser les dysfonctionnements qui peuvent être à la source de ces échecs, puis de réfléchir aux différentes préconisations qui permettraient à l'avenir de les éviter. Il s'agit d'une démarche d'analyse et d'expertise distincte de celle de l'appareil judiciaire, qui cherche à établir des infractions. Il s'agit enfin d'une démarche qualitative qui n'occultera pas le fait que l'une de nos faiblesses, criante, est l'absence de données vérifiables, incontestables, qui permettent de clarifier de quoi nous parlons, sauf à demeurer dans un flou propice à de vaines interprétations. Je sais que l'ONED est engagé dans ce travail urgent et indispensable, et nous avons entendu des conseils généraux exposer l'évolution de leurs pratiques.

Pour notre part, le Défenseur des droits et moi-même avons souhaité confier à Alain Grevot, membre de notre comité d'entente et disposant d'une expertise reconnue dans le domaine de la protection de l'enfance, un travail original, en partant d'une situation identifiée, *a priori* caractéristique des possibles défaillances du dispositif de protection de l'enfance.

Il s'agira, à partir de cette affaire, de mener les investigations et les auditions nécessaires afin de cerner les raisons pour lesquelles la situation de l'enfant victime a pu échapper à la vigilance des différents dispositifs, social, santé, police..., et n'a pu faire l'objet des mesures qui auraient pourtant légitimement dû assurer sa sécurité. Nous voulons aussi mieux analyser les normes, les protocoles, les injonctions contradictoires qui pèsent sur les acteurs.

Enrichies et contre-vérifiées par les différentes observations que notre institution peut relever dans d'autres affaires et par des échanges avec tous les acteurs de la protection de l'enfance, nous comptons pouvoir émettre des recommandations relatives à l'évolution des pratiques, des méthodes de travail ou des postures professionnelles.

À cet égard, si nous n'excluons pas, comme nous le faisons dans tous nos domaines de compétences, de proposer des modifications de certains textes dans le but de contribuer à une meilleure fiabilité du dispositif de protection de l'enfance, ce ne doit pas être un objectif *a priori*, car nous sommes, nous aussi, soucieux de lutter contre l'inflation normative !

Mesdames et Messieurs, au-delà de l'émotion, au-delà des échecs, au-delà des polémiques, le point de vue en quelque sorte panoramique à partir duquel le DDD observe la société dans son ensemble, à partir des 100 000 réclamations qu'il reçoit chaque année, tous domaines confondus, invite à une réflexion plus globale sur la place que notre société réserve à ses membres les plus vulnérables, au premier rang desquels les enfants.

Car au fond, les sujets que nous évoquons nous renvoient, au-delà des normes et des dispositifs, à une défaillance partagée par la société dans son ensemble : l'affaiblissement d'une prévention bienveillante, spontanée, qui relève de la responsabilité de chacun, de chaque citoyen qui peut se trouver être un élu, un professionnel bien sûr, mais aussi tout simplement un parent ou un voisin.

Comment envisager, comment entendre, comment écouter l'enfant maltraité ? Ce sera l'un des aspects traité dans le rapport annuel consacré aux droits de l'enfant, remis au président de la République le 20 novembre 2013 et consacré à *La Parole de l'enfant en justice*.

La responsabilité de condamner et de prévenir les violences faites aux enfants, mais aussi la responsabilité d'être les relais des appels des enfants victimes de cette violence incombent à tous, c'est-à-dire à chacun d'entre nous.

Le repérage est l'affaire de tous, c'est une question de vigilance, d'attention aux enfants, à nos enfants, à tous les enfants. Gageons que cette journée nous engage tout autant qu'elle nous oblige.

Je vous remercie.

Discours de Dominique Bertinotti

La place de l'enfant et le rapport entre enfant et adulte ont toujours été complexes dans nos sociétés. Comme l'a fort bien exprimé Philippe Ariès : « Une longue évolution a été nécessaire pour que s'ancre réellement le sentiment de l'enfance dans les mentalités. » N'oublions pas que saint Augustin en son temps a pu écrire : « Non, Seigneur, il n'y a pas d'innocence enfantine », que Montaigne a pu expliquer qu'il a « perdu deux ou trois enfants en nourrice, non sans regret mais sans fâcherie ». Et ce n'est que très récemment que le ^{xx}e siècle a mis l'enfant au cœur de l'univers familial. On peut alors parler de nos jours d'une longue révolution silencieuse où, avec la maîtrise de la contraception, le choix de la maternité ou non, les devoirs ont été accrus envers l'enfant que l'on choisit de faire naître.

Les événements tragiques qui conduisent à la mort d'enfants nous sont insupportables parce qu'ils nous renvoient à la réalité que tout parent n'est pas toujours en capacité de donner le meilleur à son enfant, qu'il lui inflige parfois des violences psychologiques et physiques telles qu'elles peuvent le conduire à la mort. Vous l'avez dit, Madame Trierweiler, les familles ne sont pas toujours toutes bienveillantes à l'égard de leurs enfants. Et effectivement, pourquoi tant de silence, pourquoi tant de discrétion, voire de déni, sur cette réalité de la maltraitance ? N'est-ce pas parce que cela nous renvoie à cette idée fort dérangeante que l'homme peut être le plus grand destructeur pour l'homme, et cela est d'autant plus insupportable lorsqu'il s'attaque aux plus jeunes ?

C'est pourquoi je vous remercie, vous les organisateurs et organisatrices, les participants, de mettre sous le feu des projecteurs, avec autant de détermination, la nécessité impérieuse d'apporter des réponses concrètes et efficaces à cette question des violences faites aux enfants.

Avant même d'aborder les pistes sur lesquelles mon ministère et moi-même entendons travailler, je souhaiterais rappeler l'état d'esprit dans lequel nous abordons cette question et rappeler quelques éléments de constat de la protection de l'enfance aujourd'hui.

État d'esprit et constat

Quelques remarques sur la protection de l'enfance aujourd'hui

La protection de l'enfance, c'est faire face à la diversité des situations. 300 000 mineurs sont concernés par une mesure de l'Aide sociale à l'enfance (ASE). Ces mineurs se ventilent en deux groupes distincts : 50 % d'entre eux bénéficient d'une aide éducative en milieu ouvert, 50 % sont pris en charge physiquement au titre de l'ASE et font l'objet de placement soit à court terme, soit à long terme.

Sur les enfants placés, 20 % le sont pour de la maltraitance physique, 20 % pour de la maltraitance psychologique, les autres pour un déficit d'éducation, d'entretien ou de moralité. À la diversité des situations, il faut apporter une diversité de réponses. Et je pose la question : les réponses aujourd'hui existantes sont-elles suffisantes et adéquates ?

Deuxième remarque : trois quarts des enfants confiés à l'ASE le sont par mesure judiciaire et un quart par mesure administrative. On sait combien d'autres pays ont un rapport totalement inverse entre ces deux types de mesure. Je pose la question : le maintien de cette forte judiciarisation est-il souhaitable et nécessaire ?

Troisième remarque : les enfants placés connaissent pour un grand nombre d'entre eux au minimum deux placements et, pour certains, plus de quatre placements. Je pose la question : est-ce que cette succession de ruptures est le meilleur gage de reconstruction de ces enfants ?

Mais la protection de l'enfance, ce n'est pas simplement une vision défensive, même si elle est indispensable : on protégerait l'enfant « contre ». Il faut aussi avoir une vision active, positive de la protection pour permettre aux enfants de construire leur histoire. Car il ne s'agit pas seulement de parer à un danger immédiat. Il s'agit de préparer l'avenir et de rechercher avec et pour les enfants les conditions de leur bon développement.

Il faut s'attacher à la réalité de ce que vivent les enfants et se garder, vous l'avez dit André Vallini, se garder des tentations simplificatrices et des dogmes rigides : le tout administratif ou le tout justice, le tout famille ou le tout enfant. Mais il faut aussi savoir lever des tabous.

Lever le tabou des violences faites aux enfants

Tabou : quand, pour 80 % de nos concitoyens, la famille est le premier lieu de confiance, il est difficile d'admettre que des drames se produisent dans les familles.

Tabou que traduit bien l'absence de véritables statistiques non seulement quantitatives mais aussi qualitatives. Il faut rompre avec la difficulté que nous

avons à suivre les cohortes d'enfants qui font l'objet d'une mesure ASE, et la difficulté que nous avons à intégrer que les violences faites aux enfants ne sont pas l'apanage d'un milieu social. Plus le milieu social est élevé, plus il crée des astuces pour échapper au contrôle de la société.

Tabou parce qu'il faut reconnaître le travail difficile des professionnels et qu'il nous faut leur reconnaître que, du contact avec les enfants maltraités, nul ne sort indemne : nos certitudes en sont parfois bouleversées, notre confiance en l'efficacité de notre action parfois ébranlée, nos propres souffrances personnelles parfois ravivées.

Lever le tabou des dommages que cause la maltraitance

Tabou à lever sur la répétition générationnelle de la maltraitance. Les enfants maltraités ne deviendront pas fatalement des parents maltraitants, mais il est de fait que nombre de parents maltraitants ont été des enfants maltraités.

Tabou de ces chiffres terribles : le nombre de jeunes destinataires du RSA ou le nombre de jeunes à la rue issus de parcours ASE est supérieur à la moyenne nationale des jeunes au RSA ou SDF.

Lever le tabou de la maltraitance sociale

Mesdames et Messieurs vous avez parlé de la violence physique, vous avez parlé de la violence psychologique, il y a aussi la violence sociale. Et je ne peux oublier que la pauvreté, la précarité, le surendettement, les vies assaillies de toutes parts par la difficulté sont, pour les enfants qui les vivent et leurs parents une maltraitance sociale.

Et je pose la question : les placements sont-ils tous justifiés ? Sont-ils tous la meilleure des solutions ? Il faudra bien répondre aux interrogations des associations qui travaillent sur la grande pauvreté et qui dénoncent des placements parfois trop fréquents.

Alors, face à ce constat, que je pense nous pouvons partager : quelles pistes de réflexion et quelles réponses ?

Pistes

Replacer l'enfant au cœur de la protection

Je le dis très clairement, c'est un changement de mentalité. L'enfant n'est pas suffisamment entendu. L'enfant n'est pas suffisamment considéré comme une personne à part entière. Placer l'enfant au cœur de la protection, c'est affirmer que les enfants ne sont pas des objets passifs de protection mais qu'ils sont des sujets de protection. Ils ont leur mot à dire.

Nous devons réfléchir : comment imposer que dans les procédures de placement la parole de l'enfant soit véritablement entendue et soit prise en compte, ce qu'elle n'est pas suffisamment aujourd'hui ?

Si une mission sénatoriale se met en place, je souhaite qu'elle puisse auditionner les enfants placés et les adultes sortis de l'ASE car la parole de ces enfants ou de ces adultes est aussi une parole d'expert.

Oui comme Philippe Bas, je pense que l'État est et doit rester garant de la protection de l'enfance, ne serait-ce que pour s'assurer de sa mise en œuvre équitable géographiquement. Car une politique efficace de protection de l'enfance ne peut pas se résumer à des outils. C'est aussi interroger la part de la filiation, la part de l'éducation, c'est oser dire que dans des circonstances bien précises, des familles, des parents, ne sont pas toujours des parents bons pour leurs enfants, ou, si vous préférez, bien traitants pour leurs enfants.

La reconnaissance de l'enfant à part entière est un gage d'avenir, car il apparaît que le mode d'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance influe fortement sur la perception par les enfants de leurs possibilités ultérieures de développement. On sait très bien que les enfants qui disent avoir pris d'eux-mêmes l'initiative de recourir aux services sociaux ont l'impression de garder par la suite la maîtrise de leur parcours tout au long de la prise en charge. Ils se perçoivent comme acteurs du processus d'évaluation, de leur propre situation et ont pu s'approprier les aides ultérieures reçues.

Vous me direz que tous ne sont pas en capacité de solliciter les services sociaux. Alors oui, je suis, comme vous le suggérez, pour reconnaître la violence faite aux enfants comme grande cause nationale.

Véritable campagne d'information

Et cette grande cause nationale devra commencer par une véritable campagne d'information. En Espagne, une campagne d'information destinée aux enfants, assez efficace, a déjà eu lieu. Une campagne d'information destinée à lutter contre les violences faites aux enfants n'est jamais simple car elle doit être efficace et, pour être efficace, elle doit s'adresser d'abord aux enfants et pointer la responsabilité condamnable des parents maltraitants.

Mais la campagne d'information est un instrument de sensibilisation, il ne peut suffire au renforcement de l'efficacité de la protection de l'enfance.

Vers un nouveau statut de parent accueillant

C'est pourquoi je souhaite qu'une réflexion avec tous les professionnels soit menée sur une idée neuve et qui, comme toute idée neuve, peut de prime abord surprendre : un enfant, dont on sait pertinemment que le retour dans sa famille d'origine au quotidien sera impossible, doit-il aller de famille d'accueil en famille d'accueil ou de famille d'accueil en foyer ? C'est-à-dire le maintenir dans la persistance d'une histoire forcément douloureuse et forcément tragique ? Entre l'adoption que les adultes de l'administration comme de la justice ont du mal à prononcer, et les situations de placement, n'y a-t-il pas à inventer et à créer un nouveau statut ? Ce statut permettrait

aux nombreuses familles prêtes à accueillir définitivement un enfant de donner une véritable seconde chance familiale à ces enfants. Ne pensez-vous pas que la réflexion doit être menée à son terme, quelle que soit la réponse qui y sera apportée ?

C'est tout simplement remettre de la stabilité dans une histoire instable. N'est-ce pas là le gage d'une transition vers l'avenir ?

C'est John Dos Passos qui écrivait : « *Le seul élément qui puisse remplacer la dépendance à l'égard du passé est la dépendance à l'égard de l'avenir.* » Car un des buts de la protection de l'enfance, un des buts de la lutte contre la violence faite aux enfants est notre capacité à créer à ces enfants un avenir. Et pour cela, c'est aider l'enfant à se comprendre pour accéder à son passé, c'est aider l'enfant à s'ancrer en vivant dans le présent, c'est aider l'enfant à se construire pour qu'il puisse se projeter dans l'avenir.

Se comprendre, s'ancrer, se construire, c'est redonner à ces enfants ce qui doit exister pour chaque enfant : la capacité à dessiner sa propre trajectoire biographique.

Mon ministère, intitulé ministère de la Famille, suppose, et tel est mon décret d'attribution, que l'enfance soit également une des priorités de mon action. J'espère, au travers des propos que je viens de vous tenir, vous avoir convaincus de mon total engagement à développer l'efficacité de la protection de l'enfance, à l'élaboration d'un regard neuf sur l'enfant qui plus que jamais doit être pris dans sa globalité, ce qu'une sociologue appelle « *la quête de l'unicité du moi* ». Nous avons déjà entamé des actions concrètes. Le système institué par la loi du 5 mars 2007 a besoin d'être évalué et, selon les résultats de cette évaluation, perfectionné : Christiane Taubira l'a indiqué tout à l'heure, ce sera l'objet d'une mission d'évaluation qui se met actuellement en place. Dans ce même esprit d'évaluation, le Parlement pourra bientôt se saisir du rapport sur la mise en œuvre de cellules de recueil des informations préoccupantes, les CRIP. Dans peu de temps, nous publierons le décret nécessaire à la transmission systématique des informations préoccupantes entre départements en cas de déménagement. Nous avons commencé à travailler en recevant de nombreux partenaires, acteurs de la protection de l'enfance et experts. Nous allons continuer avec volontarisme et détermination. Mesdames et Messieurs les organisateurs, votre colloque constitue une étape importante pour mobiliser l'ensemble de nos concitoyens autour d'une lutte qui se doit d'être sans répit autour de la protection de l'enfant.

C'est un gage d'avenir pour tous nos enfants et c'est la réaffirmation de la confiance que nous devons mettre, à l'instar du président de la République, dans la jeunesse.

Voilà autant de raisons d'agir plus juste, de façons de faire plus efficace, ensemble.

**LES SUITES
DU COLLOQUE :
LE COMITÉ DE SUIVI**

Le colloque national sur les violences faites aux enfants a eu un très grand succès, comme l'a attesté la presse écrite et audiovisuelle lors de sa tenue et ultérieurement, ainsi que le nombre considérable de demandes d'inscriptions, car il répondait à une réelle attente des professionnels de tous les secteurs impliqués dans le développement et la santé des enfants, éducation, santé, secteur social, justice, police... Les nombreuses questions qui ont été soulevées lors de ce colloque et les débats fournis qui se sont engagés ont incité les organisateurs à mettre sur pied un Comité de suivi qui a auditionné, entre septembre 2013 et juin 2014, de nombreuses personnalités compétentes. Le contenu de ces auditions et les réflexions du comité constituent la matière d'un rapport ¹ présentant 44 propositions, remis le 1^{er} octobre 2014 à Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, et à Laurence Rossignol, ministre de la Famille, par le docteur Anne Tursz, présidente du Comité de suivi. La synthèse du rapport et les 44 propositions sont présentées ci-dessous.

1 Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels. Rapport du Comité de suivi du Colloque national sur les violences faites aux enfants (Paris, Sénat, 14 juin 2013), présenté à Madame Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, et à Madame Laurence Rossignol, ministre de la famille par le Docteur Anne Tursz, présidente du comité de suivi. Octobre 2014

<http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/breves,2325/marisol-touraine-et-laurence,17488.html>

<https://maltraitancedesenfantsgrandcausenationale2014.files.wordpress.com/2014/10/rapp-fin-comite-suivi-octobre-2014.pdf>

<https://maltraitancedesenfantsgrandcausenationale2014.files.wordpress.com/2014/10/rapport-comite-suivi-synthese-fin-22-09-2014.pdf>

Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels

Synthèse du rapport du Comité de suivi du Colloque national sur les violences faites aux enfants (Paris, Sénat, 14 juin 2013)

Docteur Anne Tursz, présidente du Comité de suivi

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

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

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

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

Définir la maltraitance ?

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

La Convention internationale des droits de l'enfant, la CIDE, adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies le 20 novembre 1989 et ratifiée par la France en 1990, stipule, dans son article 3 : « *Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.* » Cette formulation est reprise et même renforcée dans la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance : « *L'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant.* » Cette loi introduit la notion de danger, plus vaste que celle de maltraitance, et ouvre donc la voie à la prévention.

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

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

La prévention

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

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

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

En fait, l'intérêt pour la parentalité devrait être suscité dès l'adolescence, et la prévention précoce doit s'envisager bien en amont de la vie reproductive, auprès des adolescents futurs parents, pour qu'ils acquièrent quelques notions fondamentales : qu'avoir des enfants n'est pas une obligation ; qu'une grossesse doit être choisie et non imposée par la pression sociale et/ou familiale ; que la sexualité comporte une importante composante affective ; que les responsabilités sont partagées entre filles et garçons ; quels sont les devoirs et les plaisirs de la parentalité, pour les pères comme pour les mères. Les adolescents pourraient aussi bénéficier d'informations dans les centres de planning familial dont la visibilité devrait être augmentée, ce qui est difficile actuellement du fait de la restriction de leurs crédits. De plus, si les jeunes filles mineures y sont accueillies et peuvent y bénéficier de l'anonymat et d'une contraception gratuite, l'accueil des garçons a besoin d'être développé.

Le rôle des médecins

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

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

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

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

Le décloisonnement

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

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

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

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

Face à la carence en investigations des décès d'enfants en France, il convient :

- de mettre réellement en œuvre les recommandations de la Haute Autorité de santé relatives à la « *prise en charge en cas de mort inattendue d'un nourrisson* » et d'évaluer cette mise en œuvre ;
- de rendre obligatoire le transport en milieu pédiatrique du corps de tout jeune enfant décédé de façon inattendue ;
- et de créer des « Comités multidisciplinaires d'examen de décès d'enfants ».

La formation

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

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

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

Les formations pluri-professionnelles doivent être favorisées, dans la formation continue bien sûr mais aussi dans la formation initiale. Cela suppose de vaincre des réticences universitaires quant aux prérogatives disciplinaires et d'abandonner au moins partiellement les cours magistraux pour des méthodes pédagogiques plus à mêmes de faire réfléchir en commun de futurs juges, avocats, enseignants, assistants sociaux, cadres de l'ASE, médecins, policiers, etc., par des études de cas ou des jeux de rôles. Enfin, dans la formation de base de tous les professionnels qui sont quotidiennement au contact des petits enfants, il ne saurait être question

que l'enseignement de la problématique du danger et de la maltraitance repose sur des modules optionnels, ce qui est hélas souvent le cas dans certaines facultés de médecine.

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

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

Un outil statistique national

Il est clair que manque encore en France un outil statistique national permettant :

- la mesure de l'ampleur du problème du danger et de la maltraitance, et donc l'allocation raisonnée des ressources quantitatives et qualitatives ;
- le suivi des politiques visant à diminuer le nombre de situations de danger et de maltraitance et à améliorer la prise en charge.

Actuellement, l'analyse des situations et de leur évolution reste toujours cantonnée aux cas des enfants connus de la protection de l'enfance, d'où la nécessité d'impliquer le secteur de la santé dans le chiffrage du danger et de la maltraitance avérée. En effet, il ne suffit pas d'observer la protection de l'enfance, il faut aussi développer un outil statistique puissant et efficace, alimenté par le repérage (bien en amont des mesures prises, objet actuel de l'observation) des enfants en danger, et bien sûr des enfants maltraités, ce qui est loin d'être fait de façon exhaustive. Un observatoire statistique ayant dans ses missions le décompte aussi complet que possible des cas de maltraitance devrait travailler à partir d'une multitude de sources, et agréger des données de types variés qu'il faudra progressivement homogénéiser.

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

Le contexte de la réforme territoriale

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

Peut-on mettre à profit la réforme territoriale pour :

- améliorer le fonctionnement des CRIP, ou de toute autre structure les remplaçant à un niveau local plus élevé, par une activité 24 heures sur 24 ; la présence systématique d'un médecin ; la collégialité des évaluations et des processus de décision ; l'utilisation d'un référentiel national d'évaluation des situations ;
- donc, recenser les divers outils locaux d'évaluation du danger et évaluer leurs performances respectives afin de proposer un outil national efficace et acceptable ;
- renforcer le travail en réseau ;
- améliorer la collecte des données locales et leur remontée vers le niveau national en vue de la création d'un véritable observatoire statistique incluant toutes les sources d'information potentielles sur la maltraitance et le danger, dont le secteur de la santé ;
- passer ainsi de la surveillance des mesures de protection prises à celle des enfants en danger et maltraités ;
- favoriser les financements régionaux de la recherche, type ARS (Agence régionale de santé), et les collaborations entre les observatoires départementaux et les ORS (Observatoires régionaux de la santé).

Les 44 propositions du Comité de suivi

Elles sont articulées autour de sept axes :

- prévenir les situations de danger et la maltraitance le plus précocement possible ;
- développer et réorganiser la participation du système de santé au repérage et au dépistage des situations de danger et des enfants maltraités ainsi qu'aux décisions qui en découlent ;
- susciter un véritable décloisonnement entre toutes les professions impliquées dans le bien-être des enfants ;
- développer des activités de formation innovantes pour tous les professionnels impliqués dans la défense, le développement et le bien être des enfants ;
- développer des activités d'information pour des publics variés ;
- développer la surveillance épidémiologique et la recherche ;
- s'inscrire dans le cadre de la réforme territoriale.

Il est assez attristant de voir que la majorité d'entre elles ont pour but :

- d'arrêter la destruction de l'existant, notamment le système préventif dédié à l'enfance par les ordonnances de 1945 (PMI, santé scolaire) ;

- de demander le respect des textes réglementaires, codes et lois (réalisation des bilans de santé obligatoires des 6^e, 9^e, 12^e et 15^e années, obligation de signaler des médecins, formation initiale et continue des enseignants dans le domaine de la protection de l'enfance, etc.);
- de susciter un changement des mentalités, de revenir sur des dogmes tenaces : la famille naturellement bonne, l'association maltraitance-pauvreté, le caractère néfaste de l'intrusion dans la sphère privée, le bienfait supposé des placements tardifs et courts; de casser les murs entre les structures d'enseignement; et de renforcer, voire introduire, la collégialité et la pluridisciplinarité dans les pratiques médicales, etc.

Conclusion

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

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

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

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

Les 44 propositions du Comité de suivi

Prévenir les situations de danger et la maltraitance le plus précocement possible en :

1. Renforçant la pratique de l'entretien prénatal précoce (EPP), recommandé par le Plan périnatalité 2005-2007 et par la loi de mars 2007, et modifiant son intitulé dans ce dernier texte, c'est-à-dire en remplaçant par « *entretien prénatal précoce* » le terme actuel d'« *entretien psycho-social* », inadéquat quant à son contenu effectif, évocateur de pathologies psychiatriques et/ou de pauvreté et de ce fait sujet au refus par crainte de stigmatisation ;
2. Renforçant le sentiment de sécurité des femmes enceintes par l'imposition d'un minimum de continuité dans le suivi et les soins et la réhabilitation de la consultation de post-partum ;
3. Rendant systématique les visites à domicile en anténatal comme en post-partum en coordination avec la PMI ;
4. Organisant dans les maternités, avec information des familles, des réunions pluridisciplinaires régulières sur les cas suspects de vulnérabilité et assurer un lien avec le médecin traitant, notamment à travers le réseau ville-hôpital ;
5. Créant, dans le cadre de tous les réseaux périnatals, des structures d'accueil et d'hospitalisation parents-bébé pour les familles vulnérables, notamment sur le plan psychiatrique ;
6. Introduisant une éducation à la parentalité et aux relations affectives dans l'éducation à la sexualité dans les lycées et collèges, et en veillant à ce que celle-ci soit réellement dispensée ;
7. Renforçant le rôle des centres de planning familial afin qu'ils puissent développer, en direction des jeunes des deux sexes, des programmes qui leur soient adaptés et qui abordent la question de la parentalité.

Développer et réorganiser la participation du système de santé au repérage et au dépistage des situations de danger et des enfants maltraités ainsi qu'aux décisions qui en découlent, en :

8. Obtenant la sortie de tous les décrets d'application de la loi de mars 2007 réformant la protection de l'enfance, notamment ceux relatifs aux examens de dépistage obligatoires ;

9. Obtenant les financements correspondants et en favorisant ainsi la revivification de la santé scolaire ;
10. Soutenant la proposition n° 7 du rapport Gouttenoire (proposition n° 21 du rapport Dini et Meunier), qui vise à ajouter à l'article L. 2112-1 du Code de la santé publique un alinéa 3 stipulant : *« Il doit être désigné dans chaque service départemental de protection maternelle et infantile un médecin référent protection de l'enfance, qui doit établir des liens avec l'ensemble des médecins généralistes et pédiatres du département ainsi qu'avec les médecins de santé scolaire. »* ;
11. Demandant au ministère de la Santé, dans le cadre de la révision du carnet de santé prévue pour 2016, que le guide destiné au médecin comporte des informations substantielles sur la maltraitance (signes d'appel, attitudes à adopter, collaborations pluri-professionnelles), et indique que le carnet ne doit comporter que des informations objectives et fiables sur la croissance, le développement psychomoteur et les événements pathologiques ;
12. Formant et informant les personnels de soins des services d'urgence, notamment par l'affichage des coordonnées de la CRIP et du parquet, et des procédures à utiliser ainsi que par la participation au chiffrage de la maltraitance ;
13. Assurant la présence d'un médecin dans chaque CRIP ;
14. Diffusant à l'ensemble du territoire des protocoles liant les services hospitaliers, le parquet et la brigade de protection des mineurs, régulièrement réunis, notamment sur le thème des critères de signalement ;
15. Modifiant l'article R.4127-44 du Code de la Santé publique (article 44 du Code de déontologie médicale) par la suppression de *« sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience »*, et le remplacement du dernier *« ou »* par un *« et »*, cela dans le but d'aider les médecins à faire des signalements ;
16. Instituant, pour les enfants placés, un bilan médical initial spécialisé et mettant en place un suivi médical et psychologique régulier durant le placement, dans la logique de la loi de 2007 qui impose un suivi de l'enfant et en conséquence un rapport annuel ;
17. Mettant réellement en œuvre les recommandations de la Haute Autorité de santé relatives à *« la prise en charge en cas de mort inattendue d'un nourrisson »* et en évaluant cette mise en œuvre ;
18. Rendant obligatoire le transport en milieu pédiatrique du corps de tout jeune enfant décédé de façon inattendue ;
19. Créant des Comités multidisciplinaires d'examen de décès d'enfants.

Susciter un véritable décloisonnement entre toutes les professions impliquées dans le bien-être des enfants, en :

20. Proscrivant, en préalable à toute autre recommandation, la solitude professionnelle dans la gestion du problème de l'enfant en danger ou maltraité et promouvant le partage d'informations et la pratique du secret partagé ;

21. Partageant entre les diverses professions concernées les notions que le placement, s'il est inéluctable, doit être le plus précoce possible et que seules comptent les interactions positives soutenues dans le temps ;

22. Demandant à la CPAM le remboursement des actes dits « paramédicaux », essentiels à la collaboration pluridisciplinaire : visite à domicile des puéricultrices, consultations de psychologues pour évaluation psychologique, etc. ;

23. Renforçant le travail en réseau, organisé selon un protocole global, pluri-institutionnel signé par tous les acteurs intervenant auprès des enfants, conformément à la loi de 2007, et incluant des protocoles pluri-professionnels spécifiques, tels que le protocole liant à Paris les hôpitaux pédiatriques, le parquet et la BPM ou les unités d'accueil existant dans certains hôpitaux pédiatriques ;

24. Recensant les divers outils locaux d'évaluation du danger et évaluant leurs performances respectives afin de proposer un outil national efficace et acceptable ;

25. Améliorant le fonctionnement des CRIP, ou de toute autre structure les remplaçant à un niveau local plus élevé, par :

- une activité 24 heures sur 24 ;
- la présence systématique d'un médecin ;
- la collégialité des évaluations et des décisions ;
- l'utilisation d'un référentiel national d'évaluation des situations ;

26. Promouvant des Pôles de référence pédiatriques pour le dépistage et le soin aux enfants et adolescents maltraités, dans chaque hôpital qui accueille des enfants et des adolescents, pôles animés par une équipe pédiatrique spécialisée, repérée dans l'hôpital et par les professionnels libéraux, qui évalue les situations, étaye le diagnostic, coordonne les soins, rencontre les enfants et leurs familles, réalise une évaluation médico-psycho-sociale, en hospitalisation ou en consultation ;

27. Organisant dans ces structures, l'accueil médico-judiciaire des mineurs victimes dans un lieu de soins pédiatrique, en collaboration avec les services de médecine légale : audition filmée, examens sur réquisition ;

28. Assurant à ces diverses structures pluridisciplinaires une stabilité financière et pluri-institutionnelle.

Développer des activités de formation innovantes pour tous les professionnels impliqués dans la défense, le développement et le bien-être des enfants, en :

29. Appliquant les textes réglementaires (Code de l'éducation, loi de 2007...) en matière de formation ;

30. Introduisant une dimension « enfance » dans les enseignements de santé publique en France, notamment à l'EHESP ;

31. Mettant en place des séminaires/heures de formation obligatoires pluri-disciplinaires et pluri-professionnels pendant l'internat de médecine, quelle que soit la spécialité choisie, visant à une meilleure appréhension des situations concrètes de maltraitance, à l'acquisition d'une meilleure connaissance de la loi, à la levée des peurs et à un réel décloisonnement des professionnels de l'enfance ;

32. Organisant un stage pratique obligatoire en pédiatrie, ou dans le cadre du stage pôle mère-enfant auprès d'un maître de stage universitaire de médecine générale, pour tout futur médecin généraliste ou urgentiste ;

33. Favorisant une évolution positive de la médecine légale face à l'enfance maltraitée :

- en soutenant le développement de la médecine légale pédiatrique ;
- en incluant des modules pédiatrie dans la formation continue des légistes d'adultes ;

34. Élaborant des formations pluri-professionnelles :

- basées sur des concepts fondamentaux : les compétences et les besoins du bébé, la théorie de l'attachement, l'importance des interactions précoces parents-bébé, l'accompagnement des familles dans leur projet pédagogique, le développement du jeune enfant ;
- dispensées dès le stade de la formation initiale ;
- dans le respect des compétences disciplinaires, sollicitées pour les phases d'élaboration comme de l'enseignement lui-même ;
- dispensées selon des méthodes pédagogiques dynamiques incluant notamment des études de cas faisant intervenir les différents partenaires ;
- obligatoires pour tous les professionnels œuvrant auprès de jeunes enfants ;

35. Créant un Institut national du développement de l'enfant, pour concevoir et mettre en place ces formations.

Développer des activités d'information pour des publics variés, en :

36. Mettant au point des campagnes d'information destinées au grand public, aux médias et aux professionnels, sur des thèmes prioritaires tels que les besoins fondamentaux de l'enfant, les facteurs de risque de maltraitance, le rôle de l'entretien prénatal précoce ;

37. Clarifiant et explicitant les notions de droits et d'intérêt supérieur de l'enfant, de parentalité et d'autorité parentale

Développer la surveillance épidémiologique et la recherche, en :

38. Améliorant la collecte des données locales et leur remontée vers le niveau national en vue de la création d'un véritable observatoire statistique incluant toutes les sources d'information potentielles sur la maltraitance et le danger, dont le secteur de la santé ;

39. Introduisant, dans ce but, le PMSI dans les services ambulatoires et consultations externes, dont les urgences, avec rétablissement de l'utilisation des codes de la classification internationale des maladies (CIM) de l'OMS permettant de différencier les lésions traumatiques d'origines accidentelle et intentionnelle ;

40. Passant ainsi de la surveillance des mesures de protection prises à celle des enfants en danger et maltraité ;

41. Coordinant l'observation et la recherche, notamment pour la réalisation d'études longitudinales ;

42. Favorisant les financements régionaux de la recherche, type ARS, et les collaborations entre les observatoires départementaux et les ORS ;

43. Discutant de la possibilité d'utiliser, au niveau régional, la dernière série de visites à domicile de l'enquête longitudinale ELFE, pour les enfants de trois ans, pour tester la faisabilité de la mise en place d'une nouvelle cohorte nationale de naissances incluant la maltraitance parmi ses thèmes prioritaires.

S'inscrire dans le cadre de la réforme territoriale en :

44. Faisant reconnaître la maltraitance et le danger dans l'enfance comme une priorité pour l'allocation de ressources générées par cette réforme.

Présentation des auteurs

Gisèle Apter

Chef du service de pédopsychiatrie de l'hôpital Érasme d'Antony
Responsable de l'unité Psychiatrie périnatale d'urgence mobile en maternité (PPUMMA)

Dominique Attias

Avocate pour enfants

Thierry Baranger

Président du tribunal pour enfants de Paris
Auteur de *L'Enfant et son juge : la justice des mineurs au quotidien*,
Hachette, 2008

Évelyne Banguid

Chef de service adjoint de la protection maternelle et infantile de l'Isère

Sylvain Barbier Sainte Marie

Vice-procureur du tribunal de grande instance de Paris
Chef du parquet des mineurs de Paris

Guillaume Bronsard

Pédopsychiatre, directeur de la Maison départementale de l'adolescent
et du CMPP départemental CG13, Marseille

Évelyne Cluzel

Infirmière scolaire au collège Évariste-Gallois, Paris

Philippe Duverger

Pédopsychiatre
Chef du département de psychiatrie de l'enfant
et de l'adolescent au CHU d'Angers

Geneviève Gautron

Principale du collège Guillaume-Apollinaire, Paris

Marie-José Laridan

Commandant de police, brigade de protection des mineurs de Paris

Gérard Lopez

Psychiatre
Président-fondateur de l'Institut de victimologie de Paris
Auteur de *Enfants violés et violentés : le scandale ignoré*, Paris, 2013,
Dunod

Françoise Molénat

Pédopsychiatre
Présidente de la Société de psychologie périnatale et de l'Association
de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement (Afree)
Conceptrice de la partie psychologique du Plan périnatalité 2005-2007

Georges Picherot

Pédiatre
Créateur de l'unité d'accueil des enfants en danger au CHU de Nantes

Catherine Pizot

Chef du service protection enfance famille au conseil général de l'Isère
Responsable de la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP)

Fabienne Quiriau

Directrice générale de la Convention nationale des associations de protection de l'enfant (CNAPE)
Conseillère de Philippe Bas, ministre de la Famille, lors de l'élaboration de la loi de mars 2007 réformant la protection de l'enfance

Céline Raphaël

Docteure en médecine, docteure en sciences
Auteure de *La Démesure*, Paris, 2013, Éditions Max-Milo

Caroline Rey-Salmon

Pédiatre, médecin légiste
Coordinatrice des urgences médico-judiciaires (UMJ) de l'Hôtel-Dieu de Paris
Auteure, avec C. Adamsbaum, de *Maltraitance chez l'enfant*, Paris, 2013, Lavoisier

Claude Rougeron

Médecin généraliste
Professeur d'éthique médicale

Daniel Rousseau

Pédopsychiatre, intervenant dans un foyer de l'enfance à Angers
Auteur de *Les grandes personnes sont vraiment stupides*, Paris, 2012, Éditions Max-Milo

Karen Sadlier

Psychologue à l'Institut de victimologie de Paris
Auteur de *L'Enfant face à la violence conjugale*, 2010, Dunod

Gilles Séraphin

Sociologue
Directeur de l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED)

Corinne Serve

Membre de la CRIP de l'Isère

Nadège Séverac

Sociologue consultante spécialisée dans les violences intrafamiliales

Anne Tursz

Pédiatre, épidémiologiste
Directeur de recherche émérite à l'Inserm, unité 988/Cermes 3
Auteur de *Les Oubliés. Enfants maltraités en France et par la France*, Paris, 2010, Seuil

Nathalie Vabres

Pédiatre
Coordinatrice de l'unité d'accueil des enfants en danger au CHU de Nantes

Les personnalités politiques : leurs fonctions lors du colloque

Philippe Bas

Ancien ministre

Sénateur

Vice-président du conseil général de la Manche

Dominique Bertinotti

Ministre déléguée auprès de la ministre des Affaires sociales et de la Santé,
chargée de la Famille

Marie Derain

Défenseure des enfants

André Syrota

Président-directeur général de l'Inserm

Christiane Taubira

Garde des Sceaux, ministre de la Justice

Najat Vallaud-Belkacem

Ministre des Droits des femmes, porte-parole du Gouvernement

André Vallini

Sénateur

Président du conseil général de l'Isère

Bibliographie générale

Articles scientifiques

- Adamsbaum C., Grabar S., Mejean N., Rey-Salmon C., « Abusive Head Trauma : Judicial Admissions Highlight Violent and Repetitive Shaking », *Pediatrics*, 2010, 126 : 546-555.
- Adamsbaum C., Guest Editor, « Special Issue on Abusive Head Trauma », *Pediatric Radiology*, 2014 ; 44, Supplement 4, Dec.
- Apter G., Le Nestour A., « Repérages et Risques de maltraitance en période périnatale », *Médecine thérapeutique/Pédiatrie*, 2011, 14 (1) : 47-52, John Libbey.
- Barlow J., David H., McIntosh E., Jarrett P., Mockford C., Stewart-Brown S., « Role of Home Visiting in Improving Parenting and Health in Families at Risk of Abuse and Neglect : Results of a Multicentre Randomised Controlled Trial and Economic Evaluation », *Arch Dis Child*, 2007, 92 : 229-233, epub 2006, oct 26.
- Barlow K., Thomson E., Johnson D., Minns R., « Late Neurologic and Cognitive Sequelae of Inflicted Traumatic Brain Injury in Infancy », *Pediatrics*, 2005, 116 (2) : e174-185.
- Barr R. G., Trent R. B., Cross J., « Age-related Incidence Curve of Hospitalized Shaken Baby Syndrome Cases : Convergent Evidence for Crying as a Trigger to Shaking », *Child Abuse & Neglect*, 2006, 30 : 7-16.
- Bechtel K., Stoessel K., Leventhal J. M., Ogle E., Teague B., Laviertes S., Banyas B., Allen K., Dziura J., Duncan C., « Characteristics That Distinguish Accidental From Abusive Injury in Hospitalized Young Children With Head Trauma », *Pediatrics*, 2004, 114 : 165-168.
- Blanchon Y.-C., Bourgeois F., Grenier M.-P., Pellet J., « Néonatalogie et dépression maternelle dans le post-partum. Implications dans la prévention des distorsions interactionnelles précoces », *Pédiatrie*, 1989 ; 44 : 569-572.
- Bronsard G., Lançon C., Loundou A., Auquier P., Rufo M., Siméoni M.-C., « Prevalence Rate of DSM Mental Disorders Among Adolescents Living in Residential Group Homes of the French Child Welfare System », *Children and Youth Services Review*, 2011, 33 (10) : 1886-1890.
- Bronsard G., Lançon C., Loundou A., Auquier P., Rufo M., Tordjman S., Siméoni M.-C., « Quality of Life and Mental Disorders in Adolescents Living in Residential Group Homes of the French Child Welfare System », *Child Welfare*, 2013, 92 (2) : 47-73.
- Carbaugh S. F., « Understanding Shaken Baby Syndrome », *Advances in Neonatal Care*, 2004, 4 : 105-116.
- Choquet M., Darves-Bornoz J.-M., Ledoux S., Manfredi R., Hassler C., « Self-Reported Health and Behavioral Problems Among Adolescent Victims of Rape in France : Results of a Cross-Sectional Survey », *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21 : 823-832.
- Colbert M., « Repérage de la maltraitance aux urgences pédiatriques de Bordeaux », communication affichée aux congrès de la Société française de pédiatrie et de l'Association des pédiatres de langue française, Toulouse, 10-13 juin 2009, *Livre des résumés*, CL70, page 20, www.pediatrie2009.org
- Cornman B. J., « Female Adolescent Response to Childhood Sexual Abuse », *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 1997, 10:17-25.
- Crume T. L., DiGuseppi C., Byers T., Sirotnak A. P., Garrett C. J., « Underascertainment of Child Maltreatment Fatalities by Death Certificates, 1990-1998 », *Pediatrics*, 2002, 110 (2 Pt 1) : e18.
- Darves-Bornoz J.-M., Choquet M., Ledoux S., Gasquet I., Manfredi R., « Gender Differences in Symptoms of Adolescents Reporting Sexual Assault », *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1998, 33 : 111-117.

- Deschamps G., Deruelle S., Deschamps J.-P., « Incidence des mauvais traitements chez les enfants. Évaluation et critique des sources d'information et résultats », *Arch Fr Pédiatr*, 1982, 39 : 627-631.
- Dias M. S., Smith K., DeGuehery K., Mazur P., Li V., Shaffer M. L., « Preventing Abusive Head Trauma Among Infants : A Hospital-Based, Parent Education Program », *Pediatrics*, 2005, 115 : e470-7.
- Diquelou J.-Y., « Facteurs de risque de mauvais traitements à enfant pendant la période périnatale. Approche préventive en milieu obstétrical. Rôle d'un indice de risque de maltraitance », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1996, 25 : 809-818.
- Dominguez S., Apter G., Devouche E., « Prise en charge précoce d'une mère borderline et son bébé : quel regard sur le fonctionnement interactif ? », *Devenir*, 2014, 2 (26) : 81-103.
- Dufour M.-H., Nadeau L., Bertrand K., « Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel : état de la question », *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24 (6) : 781-97, Review.
- Duhaime A.-C., Christian C., Moss E., Seidl T., « Long-Term Outcome in Infants with the Shaking-Impact Syndrom », *Pediatr Neurosurg*, 1996, 24 : 292-298.
- Dumaret A.-C., Crost M., « Placements à long terme en villages d'enfants depuis plus de trente ans : troubles psychiques et prise en charge », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2008, 56 : 512-519.
- Dumaret A.-C., Guerry E., Crost M., « Placements dans l'enfance et devenir à l'âge adulte : insertion générale et qualité de vie liée à la santé », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2011, doi : 10.1016/j.neurenf.2011.01.003.
- Duverger P., Nardin-Godet K., « Fonctions et interactions des psychologues et psychiatres à l'Unité médico-psycho-sociale en périnatalité (UMPSP) au CHU d'Angers », *Revue française de médecine périnatale*, 2011, 3 (1) : 37-44.
- Eckenrode J., Zielinski D., Smith E. et al., « Child Maltreatment and the Early Onset of Problem Behaviours : Can a Program of Nurse Visitation Break the Link ? », *Development and Psychopathology*, 2001, 13 : 873-890.
- Fergusson D. M., Boden J. M., Horwood L. J., « Exposure to Childhood Sexual and Physical Abuse and Adjustment in Early Adulthood », *Child Abuse & Neglect*, 2008, 32 : 607-619.
- Fergusson D. M., Lynskey M. T., « Physical Punishment/Maltreatment During Childhood and Adjustment in Young Adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21 : 617-630.
- Fergusson D. M., Ridder E. M., Horwood L. J., « Show me the Child at Seven : The Consequences of Conduct Problems in Childhood for Psychosocial Functioning in Adulthood », *J Child Psychol Psychiatry*, 2005, 46 : 837-849.
- Flaherty E. G., Sege R., « Barriers to Physician Identification and Reporting of Child Abuse », *Pediatric Annals*, 2005, 34 : 349-356.
- Flouri E., « Psychological Outcomes in Midadulthood Associated with Mother's Child-Rearing Attitudes in Early Childhood-Evidence from the 1970 British Birth Cohort », *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2004, 13:35-41.
- Ford T., Vostanis P., Meltzer H., Goodman R., « Psychiatric Disorder Among British Children Looked After by Local Authorities : Comparison With Children Living in Private Households », *Brit J Psychiatry*, 2007, 190 : 319-325.
- Fréchon I., Robette N., « Les trajectoires de prise en charge par l'Aide sociale à l'enfance de jeunes ayant vécu un placement », *Revue française des affaires sociales*, 2013, 1-2 : 122-143, www.cairn.info
- Friedman S. H., Resnick P. J., « Neonaticide : Phenomenology and Considerations for Prevention », *Int J Law Psychiatry*, 2009 ; 32 : 43-47.
- Friedman S. H., Horwitz S. M., Resnick P. J., « Child Murder by Mothers : A Critical Analysis of the Current State of Knowledge and a Research Agenda », *Am J Psychiatry*, 2005, 162 : 1578-1587.
- Gignon M., Manaouil C., Verfaillie F., Garnier C., Paupière S., Jardé O., « Risque pour

- le médecin de l'absence de signalement et risque de signalement abusif», *Presse Med*, 2009, 38 : 344-345, éditorial.
- Gilbert R., Widom C. S., Browne K., Fergusson D., Webb E., Janson S., « Child Maltreatment 1. Burden and Consequences of Child Maltreatment in High-Income Countries », 3 December 2008, *The Lancet*, 2009, 3, 373 (9657) : 68-81.
- Goodwin R. D., Fergusson D. M., Horwood L. J., « Childhood Abuse and Familial Violence and the Risk of Panic Attacks and Panic Disorder in Young Adulthood », *Psychol Med*, 2005, 35 : 881-890.
- Govindshenoy M., Spencer N., « Abuse of the Disabled Child : A Systematic Review of Population-Based Studies », *Child Care Health Dev*, 2007, 33 : 552-558.
- Herman-Giddens M. E., Brown G., Verbiest S., Carlson P. J., Hooten E. G., Howell E. et al, « Underascertainment of Child Abuse Mortality in the United States 1031 », *JAMA*, 1999, 282 : 463-467.
- Hildyard K. L., Wolfe D. A., « Child Neglect : Developmental Issues and Outcomes », *Child Abuse & Neglect*, 2002, 26 : 679-695.
- Huerre P., Huerre C., « La violence juvénile à partir d'expertises réalisées auprès de 100 adolescents criminels et de 80 adolescents victimes de crimes ou d'agressions », *Nervure* 2000, 13 : 51-56.
- Jaudes P. K., Mackey-Bilaver L., « Do Chronic Conditions Increase Young Children's Risk of Being Maltreated ? » *Child Abuse & Neglect*, 2009, 33 : 75.
- Jenny C., « The Intimidation of British Pediatricians », *Pediatrics*, 2007, 119 : 797-799.
- Jenny C. « Medicine Discovers Child Abuse », *JAMA*, 2008, 300 : 2796-2797, doi : 10.1001/jama.2008.842.
- Kempe C. H., Silverman F. N., Steele B. F., Droegmueller W, Silver H. K., « The Battered-Child Syndrom », *JAMA*, 1962, 181 : 17-24.
- Kmietowicz Z., « Complaints Against Doctors in Child Protection Work Have Increased Fivefold », *Brit Med J*, 2004, 328 : 601.
- Krugman R. D., Leventhal J. M., « Confronting Child Abuse and Neglect and Overcoming Gaze Aversion : The Unmet Challenge of Centuries of Medical Practice », *Child Abuse & Neglect*, 2005, 29 : 307-309.
- Labbé J., « La maltraitance des enfants en Occident », *Le Clinicien*, novembre 2001, pp. 139-148.
- Labbé J., « Ambroise Tardieu : The Man and his Work on Child Maltreatment a Century Before Kempe », *Child Abuse & Neglect*, 2005, 29 : 311-324.
- Labbé J., « The Work of Ambroise Tardieu : The First Definitive Description of Child Abuse », *Child Abuse & Neglect*, 2005 ; 29 : 325-334.
- Lane W. G., Rubin D. M., Monteith R., Christian C. W., « Racial Differences in The Evaluation of Pediatric Fractures for Physical Abuse », *JAMA*, 2002, 288 : 1603-1609.
- Lee C. et al., « Age-Related Incidence of Publicly Reported Shaken Baby Syndrome Cases : Is Crying a Trigger for Shaking ? » *J Dev Behav Pediatr*, 2007, 28 : 288-293.
- Leventhal J. M., « The Challenges of Recognizing Child Abuse. Seing is Believing », *JAMA*, 1999, 281 : 657-659.
- Littke L., « Severe Childhood Abuse and Non-Verbal Learning Disabilities », *Am J Psychother*, 1998, 52 : 367-381.
- Malinosky-Rummel R., Hansen D. J., « Long-Term Consequences of Childhood Physical Abuse », *Psychol Bull*, 1993, 114 : 68-79.
- Mignot C., « Le syndrome du bébé secoué », *Archives de Pédiatrie*, 2001, 8, suppl 2 : 429s-430s.
- Minns R. A., Jones P.A., Mok J. Y. Q., « Incidence and Demography of Non-Accidental Head Injury in Southeast Scotland from a National Database », *Am J of Prev Med*, 34 [4, Supplement 1], S126-S133, 2008.
- Montagnon D., « Morts inattendues du nourrisson », *Bull Épidémiol Hebd*, numéro thématique, éditorial, 2008, 3-4 : 17, <http://www.invs.sante.fr/BEH>
- Morellec J., Balençon M., Roussey M., « Le réseau PMI-hôpital pour la prévention

- précoce et la prise en charge de la maltraitance en Ille-et-Vilaine », *Archives de Pédiatrie*, 2005, 2 : 669 – 671.
- Morton N., Browne K. D., « Theory and Observation of Attachment and its Relation to Child Maltreatment. A Review », *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22 : 1093-1104.
- Overpeck M. D., Brenner R. A., Trumble A. C. et al, « Risk Factors for Infant Homicide in the United States », *New Engl J Med*, 1998, 339 : 1211-1216.
- Overpeck M. D., Brenner R. A., Trumble A. C., Smith G. S., MacDorman M. F., Berendes H. W., « Infant Injury Deaths with Unknown Intent : What Else do We Know ? », *Inj Prev*, 1999, 5 : 272-275.
- Pillet P., Corpart I., Briand C. et al., « Propositions pour adapter la protection de l'enfance aux réalités d'aujourd'hui », *Archives de Pédiatrie*, 2014, 21 : 1381-1385.
- Putkonen H., Collander J., Weizmann-Henelius G., Eronen M., « Legal Outcomes of All Suspected Neonaticides in Finland », 1980-2000, *Int J Law Psychiatry*, 2007, 30 : 248-254.
- Resnick P. J., « Retour sur le néonaticide : perspectives actuelles », *Enfances & Psy*, Erès, 2009, 44 : 55-59.
- Rousseau D., Duverger P., « L'hospitalisme à domicile », *Enfances & Psy*, Erès, 2011, 50 : 127-137.
- Roussey M., Betremieux P., Journal H., Lefrançois M.-C., Urvoy M., « L'ophtalmologie et les enfants victimes de sévices », *J Fr Ophtalmol*, 1987, 10 : 201-205.
- Roussey M., Dabadie A., Betremieux P., Lefrançois M.-C., Journal H., Gandon Y, « Not-Always-Apparent Abuse : The Shaken Baby Syndrome », *Arch Fr Pédiatr*, 1987, 44 : 441-444.
- Samson B., « Du signalement à la prise en charge, quel est le rôle de l'Aide sociale à l'enfance ? », *Archives de Pédiatrie*, 2009, 16 : 946-947.
- Schmid M., Goldbeck L., Nuetzel J., Fegert J.-M., « Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions ». *Child Adolesc Psychiatry Mental Health* 2008, 2:2.
- Sege R., « Forty Years Later. Inconsistencies in Reporting Of Child Abuse », *Arch Dis Child*, published online 6 Jun 2008, doi : 10.1136/adc.2006.100545.
- Silverman A. B., Reinherz H. Z., Giaconia R. M., « The Long-Term Sequelae of Child and Adolescent Abuse : A Longitudinal Community Study », *Child Abuse & Neglect*, 1996, 20 : 709-723.
- Sinal S. H., Petree A. R., Herman-Giddens M., Rogers M. K., Enand C., Durant R. H., « Is Race or Ethnicity a Predictive Factor in Shaken Baby Syndrome ? », *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24 : 1241-1246.
- Spencer N., Devereux E., Wallace A., Sundrum R., Shenoy M., Bacchus C., Logan S., « Disabling Conditions and Registration for Child Abuse and Neglect : A Population-Based Study », *Pediatrics*, 2005, 116 : 609-613.
- Spencer N., Wallace A., Sundrum R., Bacchus C., Logan S., « Child Abuse Registration, Foetal Growth, and Preterm Birth : A Population Based Study », *J Epidemiol Community Health*, 2006, 60 : 337-340.
- Springer K., Sheridan J., Kuo D., Carnes M., « Long-Term Physical and Mental Health Consequences of Childhood Physical Abuse : Results from a Large Population-Based Sample of Men And Women », *Child Abuse & Neglect*, 2007, 31 : 517-530.
- Talley N. J., Boyce P. M., Jones M., « Is the Association Between Irritable Bowel Syndrom and Abuse Explained by Neuroticism ? A Population Based Study », *Gut*, 1998, 42 : 47-53.
- Tardieu A., « Étude médico-légale sur les sévices et les mauvais traitements exercés sur des enfants », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1860, 13 : 361-398.
- Tursz A., Crost M., Gerbouin-Rérolle P., Beauté J., « Étude épidémiologique des morts suspectes de nourrissons en France : quelle est la part des homicides ? » *Bull Épidemiol Hebd*, 2008, 3-4:25-28, <http://www.invs.sante.fr/BEH>

Tursz A., Crost M., Gerbouin-Rérolle P., Cook J., « Underascertainment of Child Abuse Fatalities in France : Retrospective Analysis of Judicial Data to Assess Underreporting of Infant Homicides in Mortality Statistics », *Child Abuse & Neglect*, 2010, 34 : 534-544.

Tursz A., Cook J.-M., « A Population-Based Survey of Neonaticides Using Judicial Data », *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, 2011, 96 : F259-F263, doi : 10.1136/adc.2010.

Tursz A., « Les infanticides : intérêt et limites de l'approche épidémiologique », *Enfances et Psy*, 2011, 49 : 112-120.

Tursz A., « Coordination d'un dossier sur la maltraitance envers les enfants », *La Revue du praticien*, mai 2011, 61 : 652-664.

Tursz A., « La maltraitance envers les enfants », *Questions de santé publique. Lettre de l'Institut de recherche en santé publique*, septembre 2011, n° 14.

Tursz A, Greco C., « La maltraitance envers les enfants : comment sortir concrètement du déni ? », *Archives de Pédiatrie*, 2012, 19 : 680-683.

Tursz A., « Les conséquences de la maltraitance dans l'enfance sur la santé physique et mentale à l'âge adulte : approche épidémiologique de santé publique », in « Difficultés vécues dans l'enfance, conséquences à l'âge adulte », *Revue française des affaires sociales*, n°s 1-2, janvier-juin 2013, pp. 32-50.

Tursz A., Cook J., Vellut N., « Frequency and Characteristics of Neonaticides in France », *Archives of Women's Mental Health*, July 2013, Vo. 16, Issue 1, Supplement, pp. 1-146.

Tursz A., « Les infanticides en France : peut-on les repérer, les compter, les prévenir ? », *Archives de Pédiatrie*, 2014, 21 : 343-346.

Vellut N., Cook J., Tursz A., « Analysis of the Relationship Between Neonaticide and Denial of Pregnancy Using Data From Judicial Files », *Child Abuse & Neglect*, 2012, 36 : 553-563, <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.05.003>

Welniarz B., « Infanticide et dépression postnatale : quelques réflexions sur la MSN et les accidents domestiques », *Devenir*, 2000, vol. 12, n° 3.

Ouvrages et chapitres d'ouvrage

Baranger T. (avec Nicolau G.), *L'enfant et son juge : la justice des mineurs au quotidien*, Hachette Littérature, 2008.

Beck F., Cavalin C., Maillolchon F. (sous la direction de), *Violences et santé en France : état des lieux*, Drees, collection « Études et statistiques », Paris, 2010, La Documentation française.

Berger M., *L'Échec de la protection de l'enfance*, Paris, 2004, Dunod.

Boisard P., Galtier B. (coordonnateurs), « Difficultés vécues dans l'enfance, conséquences à l'âge adulte », *Revue française des affaires sociales*, n°s 1-2, janvier-juin 2013, La Documentation française.

Boutin G., Durning P., *Enfants maltraités ou en danger. L'apport des pratiques socio-éducatives*, Paris, 2008, L'Harmattan.

Bowlby J., *Attachement et Perte*, t. I « L'attachement », t. II « Séparation, angoisse et colère », t. III « La perte, tristesse et séparation », 1969, London, Hogarth; traduction française, Paris, 1978-1984, PUF.

Brazelton T. B., *Points forts : les moments essentiels du développement de votre enfant de zéro à trois ans*, Paris, 1993, Stock.

Brazelton T. B., (avec Sparrow J.), *Points forts II : le développement émotionnel et comportemental de votre enfant, trois à six ans*, Paris, 2002, Stock.

Brazelton T. B., (avec Greenspan S. I.), *Ce dont les enfants ont besoin : leurs sept besoins incontournables pour grandir, apprendre et s'épanouir*, Paris, 2001, Stock.

Chatonay B., Van Der Borgh F., *Protéger l'enfant avec ses deux parents. Le centre parental, une autre voie pour la prévention précoce*, Les Éditions de l'atelier, 2010.

Durand E., *Violences conjugales et parentalité : protéger la mère, c'est protéger l'enfant*, Paris, 2013, L'Harmattan.

Duverger P. et al., *Psychopathologie en service de pédiatrie. Pédopsychiatrie de liaison*, collection « Les Âges de la vie », Elsevier-Masson, Paris, 2011.

- Faure J.-M., « Le médecin face aux émotions. Le repérage d'un décalage émotionnel », in *Prévention précoce. Petit traité pour construire des liens humains. Prévention en cours de grossesse*, sous la direction de F. Molénat, 2009, Érès, pp. 113-124.
- Gabel M., Lebovici S., Mazet P., *Maltraitance, répétition, évaluation*, Paris, 1996, Fleurus.
- Gauthier Y., Fortin G., Jelui G., *L'Attachement, un départ pour la vie*, collection « Parents », guide, 2009, Éditions de l'hôpital Sainte-Justine, Montréal, Québec.
- Guédeney N., Guédeney A., *L'Attachement : concepts et applications*, Masson, Paris, 2002.
- Guédeney N., « Les dépressions du post-partum : sémiologie et diagnostic », in Guédeney A., Allilaire J.-F., *Interventions psychologiques en périnatalité*, Paris, 2000, Masson, pp. 73-91.
- Guédeney A., Allilaire J.-F., *Interventions psychologiques en périnatalité*, Paris, 2000, Masson.
- Guillaumont C., « Le post-partum blues », in Guédeney A., Allilaire J.-F., *Interventions psychologiques en périnatalité*, Paris, 2000, Masson, pp. 61-71.
- Lopez G., *Enfants violés et violentés : le scandale ignoré*, Paris, 2013, collection « Enfances », Dunod.
- Manciaux M., Lebovici S., Jeanneret O., Sand A. E., Tomkiewicz S., *L'Enfant et sa santé. Aspects épidémiologiques, biologiques, psychologiques, et sociaux*, Paris, 1987, Doin.
- Maurel O., *La Violence éducative, un trou noir dans les sciences humaines*, L'Instant présent, 2012.
- Miller A., *C'est pour ton bien. Racines de la violence dans l'éducation de l'enfant*, Aubier, 1984, réédition 2008, 320 p.
- Molénat F. (sous la direction de), *Prévention précoce. Petit traité pour construire des liens humains. Prévention cours de grossesse*, 2009, Érès, 271 p.
- Rahaël C., *La Démesure*, Paris, 2013, Max-Milo.
- Rey-Salmon C., Adamsbaum C., *Maltraitance chez l'enfant*, Paris, 2013, Lavoisier.
- Rapoport D., Roubergue-Schlumberger A., *Blanche-Neige, les sept nains et... autres maltraitements. La croissance empêchée*, Paris, 2003, Belin.
- Rousseau D., *Les grandes personnes sont vraiment stupides*, Paris, 2012, Max-Milo.
- Rousseau D., *Le Pouvoir des bébés*, Paris, 2013, Max-Milo.
- Sadlier K., *L'Enfant face à la violence conjugale*, 2010, Dunod.
- Straus P., Rouyer M., « Enfants maltraités et négligés », in *L'Enfant et sa santé. Aspects épidémiologiques, biologiques, psychologiques, et sociaux*, Manciaux M., Lebovici S., Jeanneret O., Sand A. E., Tomkiewicz S., Paris, 1987, Doin, pp. 786-799.
- Tardieu A., *Étude médico-légale sur l'infanticide*, Paris, 1868, Librairie J.-B. Baillière et Fils.
- Tardieu A., *Étude médico-légale sur les blessures*, Paris, 1879, Librairie J.-B. Baillière et Fils, 474 p.
- Tursz A., Gerbouin-Rérolle P., *Enfants maltraités. Les chiffres et leur base juridique en France*, Paris, 2008, Lavoisier.
- Tursz A., Baer P., Gerbouin-Rérolle P., Crost M., « Adolescents suicidants et maltraitance durant l'enfance dans la consultation psychiatrique », in Chauvin P., Parizot I., *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris, Inserm, 2005, pp. 249-265.
- Tursz A., *Violence et santé*, Paris, 2006, La Documentation française.
- Tursz A., *Les Oubliés. Enfants maltraités en France et par la France*, Paris, 2010, Seuil.

Rapports

Assemblée nationale, *L'Enfance volée : les mineurs victimes de sectes*, Fenech G. (président), Vuilque P. (rapporteur), rapport parlementaire n° 3507 fait au nom de la commission d'enquête relative à l'influence des mouvements à caractère sectaire et aux conséquences de leurs pratiques sur la santé physique et mentale des mineurs, Assemblée nationale, Paris, 12 décembre 2006, 213 pages et annexes, www.miviludes.gouv.fr/

Baldet N., *Brutalités et harcèlement physique et psychologique exercés sur des enfants par des personnels du ministère de l'Éducation nationale*, rapport, octobre 2004, http://www.defenseurdesenfants.fr/pdf/rapport_baldet.pdf

Comité des droits de l'enfant, Nations unies, *Convention relative aux droits de l'enfant*, CRC/C/FRA/CO/4. 22 juin 2009, 51^e session, examen des rapports soumis par les États parties en application de l'article 44 de la convention, observations finales du Comité des droits de l'enfant, France. Genève, 2009.

Cour des comptes, *La Protection de l'enfance*, rapport public thématique, octobre 2009, 178 p.

Observatoire national de l'enfance en danger (ONED), « Une estimation du "chiffre noir" de l'enfance en danger par le biais des enquêtes de victimation », coordonné par Guyavarch E., Note 1 [en ligne], 2008, http://www.oned.gouv.fr/system/files/publication/note1_chiffrenoir_2008_5.pdf

Observatoire national de l'enfance en danger (ONED), *État des lieux de la mise en place des cellules de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes. Nouvelle estimation du nombre d'enfants bénéficiant d'une mesure*, quatrième rapport annuel au Parlement et au gouvernement de l'Observatoire national de l'enfance en danger [en ligne], décembre 2008, http://www.oned.gouv.fr/system/files/publication/ra_oned_4_200812_5.pdf – siteoned@oned.gouv.fr

Observatoire national de l'enfance en danger (ONED), *Des référentiels pour évaluer en protection de l'enfance. Quelles démarches ? Quelles méthodes ? Actes de la journée d'étude ONED-CREAI Rhône-Alpes du 15 mai 2012* [en ligne], mai 2012, http://www.oned.gouv.fr/system/files/publication/je120515_referentiellesevalpe.pdf

Observatoire national de l'enfance en danger (ONED), *Les Enfants exposés à la violence conjugale*, [en ligne], coordonné par Séverac N., décembre 2012, http://www.oned.gouv.fr/system/files/publication/oned_eevc_1.pdf

Observatoire national de l'enfance en danger (ONED), *Considérer la parole de l'enfant victime : étude des unités d'accueil médico-judiciaire*, [en ligne], coordonné par Fourcade C., Paris, La Documentation française, mai 2014, http://www.oned.gouv.fr/system/files/publication/20140605_uamj_bd.pdf

Observatoire national de l'enfance en danger (ONED), « Travailler » *l'accord avec les familles : des expériences de mesures contractuelles en protection de l'enfance. Estimation du nombre d'enfants pris en charge en protection de l'enfance au 31 décembre 2011. Bilan sur le dispositif de remontée des données relatif au décret*, neuvième rapport annuel au Parlement et au gouvernement de l'Observatoire national de l'enfance en danger [en ligne], Paris, La Documentation française, juin 2014, http://www.oned.gouv.fr/system/files/publication/ranoned_20140604.pdf – siteoned@oned.gouv.fr

Organisation mondiale de la santé, *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*, 29-31 March 1999, Geneva, World Health Organization, 1999.

Organisation mondiale de la santé, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, 2002, OMS.

Unicef France, *Audition de la France 2009. Application de la Convention relative aux droits de l'enfant en France. Une analyse de l'Unicef France préalable à l'audition de la France devant le Comité des droits de l'enfant des Nations unies*, Paris, 2009.

Démarche de réflexion et d'expertise en vue d'un consensus sur le périmètre de l'observation de la population prise en charge dans le dispositif de protection de l'enfance, rapport remis le 2 juillet 2013 par le président du comité d'experts, M. M. Legros, à Mme la ministre déléguée chargée de la Famille, Dominique Bertinotti.

Quarante Propositions pour adapter la protection de l'enfance et l'adoption aux réalités d'aujourd'hui, rapport du groupe de travail « Protection de l'enfance et adoption », présidé par Mme A. Gouttenoire, remis à Mme Dominique Bertinotti, ministre des Affaires sociales et de la Santé, ministère délégué chargé de la Famille, février 2014.

Dini M., Meunier M., *Protection de l'enfance : améliorer le dispositif dans l'intérêt de l'enfant*, rapport d'information, Commission des affaires sociales du Sénat, n° 655, 2013-2014, www.senat.fr

Compte rendu de la mission confiée par le Défenseur des droits et son adjointe, la Défenseure des enfants, à A. Grevot, Délégué thématique, sur l'histoire de Marina, 30 juin 2014.

Roussey M., Balençon M., *Le Rôle et la Place de l'hôpital dans la protection de l'enfance*, rapport d'activité 2005 de la Cellule d'accueil spécialisée de l'enfance en danger (CASED), CHU de Rennes, avril 2006, 45 p.

Sommelet D., *L'Enfant et l'Adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé*, rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent, remis à Paris, le 28 octobre 2006, au ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.

Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels, rapport du Comité de suivi du Colloque national sur les violences faites aux enfants, Paris, Sénat, 14 juin 2013, présenté à Mme Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, et à Mme Laurence Rossignol, ministre de la Famille, par le Docteur Anne Tursz, présidente du Comité de suivi, octobre 2014, <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/brevets,2325/marisol-touraine-et-laurence,17488.html>
<https://maltraitancedesenfantsgrandcausenationale2014.files.wordpress.com/2014/10/rapp-fin-comite-suivi-octobre-2014.pdf>
<https://maltraitancedesenfantsgrandcausenationale2014.files.wordpress.com/2014/10/rapport-comite-suivi-synthese-fin-22-09-2014.pdf>

Textes législatifs et réglementaires, circulaires ministérielles

Conseil national de l'Ordre des médecins, « Juridique. Pratique. Maltraitance infantile : quels sont vos devoirs ? », *Bulletin de l'Ordre national des médecins*, 2001, n° 1, p. 14.

Conseil national de l'Ordre des médecins, « Éthique et déontologie. Le modèle de signalement en cas de maltraitance d'un mineur », *Bulletin de l'Ordre national des médecins*, 2004, n° 5, p. 15.

Conseil national de l'Ordre des médecins, « Jurispratique. Protection de l'enfance : de nouvelles règles pour signaler les "informations préoccupantes" », *Bulletin de l'Ordre national des médecins*, juillet-août 2009.

Convention internationale relative aux droits de l'enfant, adoptée le 20 novembre 1989, sur la recommandation de la Commission des affaires sociales et humanitaires, Assemblée générale des Nations unies, New York, <http://www.humanium.org/fr/wp-content/uploads/convention-internationale-relative-aux-droits-de-l-enfant-integral.pdf>

Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance, *Journal officiel de la République française*, 14 juillet 1989.

Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, *Journal officiel de la République française*, n° 55 du 6 mars 2007, <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Ministère de la Santé, *Plan périnatalité 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité*, Paris, 2004, 42 p. <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/perinatalite04/planperinat.pdf>

Ministère de la Santé et des Solidarités, *La Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation*, « Guide pratique. Protection de l'enfance », Paris, 2007, 33 p.

Ministère de la Santé et des Solidarités, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, sous-direction de l'organisation du système de soins ; direction générale de la santé, sous-direction santé et société, *Circulaire relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité*, DHOS/DGS/O2/6C/2005/300 du 4 juillet 2005, annexes : « Fiches du Plan périnatalité relatives à l'entretien du 4^e mois et aux réseaux périnatalité », rapport de Mme le Dr Molénat.

Ordonnance n° 45-2407 du 18 octobre 1945 sur la protection de la santé des enfants d'âge scolaire, des élèves et du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation de tous ordres, *Journal officiel de la République française* du 19 octobre 1945.

Ordonnance n° 45-2720 du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile, *Journal officiel de la République française* du 5 novembre 1945.

Autres, dont thèses

Arrieta A., *Connaissances des médecins généralistes libéraux de la loi de protection de l'enfance du 5 mars 2007. Enquête descriptive et prospective en Ille-et-Vilaine*, thèse de médecine, soutenue le 20 décembre 2013.

El Hanaoui-Atif H., *Le Signalement des maltraitances à enfants par les médecins généralistes*, Grenoble, Université Joseph-Fourier, faculté de médecine, 2012, http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/70/85/87/PDF/2012G-RE15047_el-hanaoui-atif_hasna_1_D_.pdf

Girodet D., *Les Jeunes Enfants maltraités. Étude médico-sociale*, thèse de médecine, Paris, 1973.

Greco C., *Repérage et prise en charge de la maltraitance faite aux enfants par les internes de médecine générale*, thèse de médecine soutenue le 18 septembre 2013, faculté de médecine Paris Sud.

Haute Autorité de santé, *Recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité*, 2006, www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé, « Audition publique. Prise en charge de la psychopathie », 15 et 16 décembre 2005, Paris, ministère de la Santé et des Solidarités, *Recommandations de la commission d'audition*, HAS-Service des recommandations professionnelles, mai 2006.

Haute Autorité de santé, *Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de deux ans). Recommandations professionnelles*, Saint-Denis – La Plaine, HAS, 2007, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_mort_inattendue_nourrisson.pdf

Société française de médecine physique et de réadaptation, Haute Autorité de santé, *Syndrome du bébé secoué. Recommandations de la commission d'audition*, Saint-Denis – La Plaine, HAS, 2011. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1095929/recommandations-syndrome-du-bebe-secoue?xtmc=&xtrc=70

Haute Autorité de santé, *Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intra-familiales chez le mineur. Recommandations de bonne pratique*, Saint-Denis – La Plaine, HAS, 2011. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/maltraitance_sexuelle_recommandations_2011-06-30_11-12-0_519.pdf

Haute Autorité de santé, décision n° 2014.0223/DC/SBPP du 29 octobre 2014 du collège de la Haute Autorité de santé portant adoption de la fiche mémo *Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir*, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1775436/fr/decision-n20140223/dc/sbpp-du-29-octobre-2014-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-portant-adoption-de-la-fiche-memo-maltraitance-chez-lenfant-reperage-et-conduite-a-tenir?xtmc=&xtrc=4

Mireau E., *Syndrome du bébé secoué. Hématome sous-dural du nourrisson et maltraitance. À propos d'une série de 404 cas*, thèse pour le doctorat en médecine, soutenue le 8 mars 2005, Paris, Université René-Descartes.

National Institute for Health And Clinical Excellence, *When to Suspect Child Maltreatment. Quick Reference Guide*, July 2009, www.nice.org.uk

ODAS, *L'Observation de l'enfant en danger. Guide méthodologique*, édition revue et corrigée, juin 2001, ODAS.

Renaud E., *Le Médecin scolaire et l'enfance malheureuse*, travaux et publications de l'AFPSSU, 1954, n° 4; texte republié comme document d'archive in AFPSSU, colloque du 70^e anniversaire de l'Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire, *Actes de la Journée scientifique du 18 janvier 2008. Penser (panser) la protection de l'enfance*, pp. 171-182.

Liste des sigles

AAH	Allocation aux adultes handicapés
AED	Assistant d'éducation
AEMO	Assistance éducative en milieu ouvert
ALD	Affection de longue durée
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASS	Assistant(e) social scolaire
CepiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm)
CG	Conseil général
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CPE	Conseiller principal d'éducation
CRIP	Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes
CREAI	Centre régional pour les enfants, adolescents et adultes inadaptés
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DEI	Défense des enfants International
DPJJ	Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique
ELAP	Étude longitudinale sur l'autonomisation des jeunes après un placement
ELFE	Étude longitudinale française depuis l'enfance
EPU	Enseignement post-universitaire
GIPED	Groupement d'intérêt public Enfance en danger
IME	Institut médico-éducatif
IMP	Institut médico-pédagogique
IMPRO	Institut médico-professionnel
INED	Institut national d'études démographiques
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IP	Information préoccupante
ITT	Incapacité totale de travail
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MECS	Maison d'enfants à caractère social
MIPROF	Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains
MSN	Mort subite du nourrisson
NICHD	National Institute of Child Health and Human Development
ODAS	Observatoire de l'action sociale décentralisée
ONED	Observatoire national de l'enfance en danger

ONDRP	Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales
ONU	Organisation des nations unies
PMI	Protection maternelle et infantile
PPUMMA	Psychiatrie périnatale d'urgence mobile en maternité
RSA	Revenu de solidarité active
SBS	Syndrome du bébé secoué
SDF	Sans-domicile-fixe
SEGPA	Section d'enseignement général et professionnel adapté
SESSAD	Services d'éducation spéciale et de soins à domicile
SNATED	Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger
STIC	Système de traitement des infractions constatées
ULIS	Unités localisées pour l'inclusion scolaire
UMJ	Unité médico-judiciaire