

# unapl

UNION NATIONALE  
DES PROFESSIONS LIBÉRALES

2021



—  
Les  
Guides  
Pratiques  
Unapl  
—

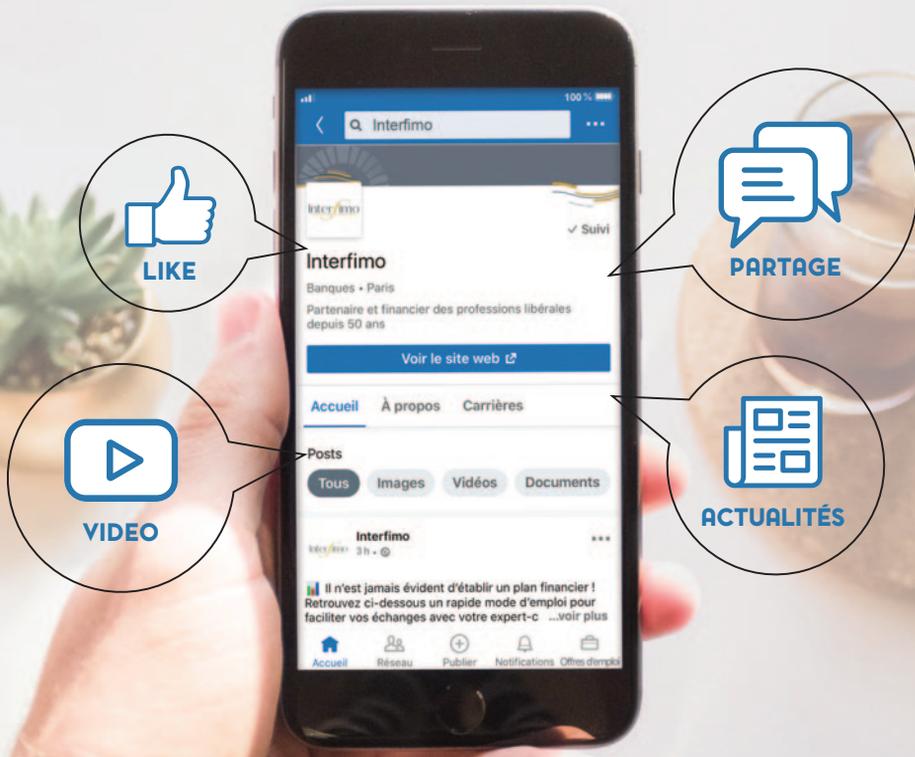
**MALTRAITANCE INFANTILE :  
POUR UNE PRISE DE CONSCIENCE  
COMMUNE**

unapl  
EDITIONS

# Interfimo

PARTENAIRE ET FINANCIER DES PROFESSIONS LIBÉRALES

RETROUVEZ TOUTE L'ACTUALITÉ D'INTERFIMO  
ET DE VOTRE PROFESSION SUR NOTRE PAGE **LINKEDIN**.



Pour accompagner nos clients dont l'activité se trouve impactée,  
nous avons mis en place un dispositif de soutien exceptionnel  
complétant nos solutions de financement habituelles.  
Vous en trouverez les principales mesures sur [interfimo.fr](http://interfimo.fr).

[www.interfimo.fr](http://www.interfimo.fr)  
[www.linkedin.com/company/interfimo](http://www.linkedin.com/company/interfimo)



# Table des matières

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>6</b>
<b>DE QUOI PARLE-T-ON ?</b> .....	<b>10</b>
<b>Les formes de violences</b> .....	10
<b>Un fléau mondial mal mesuré (risque de sous-estimation)</b> .....	16
<b>La maltraitance : une notion complexe</b> .....	18
La maltraitance physique.....	20
La maltraitance psychologique.....	21
Les négligences lourdes.....	21
Les violences sexuelles.....	21
<b>Le tabou des violences intrafamiliales</b> .....	22
<b>Les conséquences des violences contre les enfants</b> .....	24
<b>LE RÔLE DES PROFESSIONNELS (LIBÉRAUX)</b> .....	<b>27</b>
La difficulté du repérage, la difficulté contre les enfants.....	28
L'indispensable formation des professionnels.....	34
<b>Le travail en réseau et secret partagé</b> .....	39
Le secret professionnel.....	39
La levée du secret professionnel.....	42
... dans le cadre du secret partagé.....	44
<b>LE SYSTÈME DE PROTECTION DE L'ENFANCE EN FRANCE</b> .....	<b>48</b>
Un système intégré.....	48
... qui a peu évolué avec les besoins.....	50
<b>Les dispositifs législatifs</b> .....	53
Quelques dates marquantes de la protection de l'enfance.....	54
<b>SIGNALER UN CAS DE MALTRAITANCE</b> .....	<b>61</b>
Le 119 « Allo Enfance en danger ».....	61
Le schéma d'alerte.....	62
<b>La transmission d'une information préoccupante (IP) à la CRIP</b> .....	64
Les informations préoccupantes (IP).....	64
La cellule de recueil d'IP au sein de chaque Conseil départemental.....	65

<b>Le signalement au Procureur de la République</b> .....	68
La prise en charge par les autorités judiciaires.....	70
<b>Comment signaler ?</b> .....	71
En cas d'urgence.....	72
Le retour d'information.....	73
<b>La place de l'hôpital</b> .....	73
Les unités d'accueil médico-judiciaires (UAMJ).....	74
<b>La police et la gendarmerie</b> .....	75
<b>GÉRER LA MALTRAITANCE</b> .....	<b>76</b>
<b>L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)</b> .....	76
L'aide à domicile.....	77
Les différentes mesures de placement.....	78
Les formes de prise en charge alternatives ou temporaires d'accueil.....	79
<b>La Protection Maternelle et Infantile (PMI)</b> .....	80
<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>82</b>
<b>ANNEXE</b> .....	<b>83</b>
<b>La fiche mémo de l'HAS : maltraitance chez l'enfant, repérage et conduite à tenir</b> .....	83
<b>La fiche de signalement du conseil de l'ordre des médecins</b> .....	83

**Remerciements à Élise NGUYEN,  
Chargée de mission parité égalité à l'UNAPL**



## AU PLUS PRÈS DES PROFESSIONNELS

L'arrivée de la nouvelle économie numérique dans le champ des professions libérales apparaît autant comme une opportunité, en facilitant notamment le travail collaboratif, que comme un facteur

de risques menant à la déréglementation accrue et à l'ubérisation. Dans le même temps, le paysage législatif et réglementaire reste mouvant, imposant de nouvelles normes d'exercice. Enfin, la croissance économique très ralentie, impose aux professionnels de se challenger en permanence pour conserver leurs marchés et en développer de nouveaux. Ce contexte impose, plus que jamais, aux professions libérales de faire preuve d'agilité et d'adaptation. La formation professionnelle continue apparaît ainsi la ressource à privilégier pour s'adapter sans retard à ces multiples évolutions.

Depuis 28 ans, le **FIF PL** accompagne les professionnels libéraux dans leur démarche de formation professionnelle continue. Créé à l'initiative de l'UNAPL et animé par les professionnels, via leurs organisations membres de cette confédération, le **FIF PL** réajuste en permanence ses critères de prise en charge afin de répondre, de façon précise et en temps réel, aux besoins des professionnels.

Ainsi, afin de répondre à l'attente du plus grand nombre, le **FIF PL** a développé la prise en charge de formations propres à chaque profession, qu'elles soient de longue durée ou plus courtes, qu'elles soient présentes ou à distance en e-learning. Il contribue également à l'installation et à la reprise d'entreprise, aux formations de participation à un jury d'examen ou de VAE. En 2020, quelque 177 500 professionnels libéraux ont ainsi été pris en charge par le **FIF PL**, ce qui représente 4,2 millions d'heures de formation continue. Ces chiffres attestent de la bonne adéquation des dispositifs de prises en charge au regard des besoins des professionnels.

L'objectif permanent du **FIF PL** est de rester concrètement au plus près des attentes des professionnels. Les adaptations sont constantes. Ainsi, pour faciliter le dépôt des demandes de prise en charge et leur suivi, mais aussi pour accélérer le temps de traitement, le **FIF PL** a totalement dématérialisé des procédures. Celles-ci se font désormais en ligne en quelques clics et sans aucun papier. C'est rapide, simple et efficace.

Je vous invite à visiter notre site : [www.fifpl.fr](http://www.fifpl.fr), afin de découvrir nos prises en charge et de déposer votre demande en quelques clics. Le FIF PL est l'outil des professionnels libéraux géré par vos organisations professionnelles.

**Philippe DENRY**  
Président du FIF PL

## CRITÈRES DE PRISE EN CHARGE 2021 DES PROFESSIONS

Dans la limite du budget de la profession.

		Modalités 2021
<i>Validées au Conseil de Gestion du 26 novembre 2020</i>		
Professions n'ayant pas accès à la trésorerie	Plafond annuel de prise en charge	1 200 €
	Plafond journalier de prise en charge	300 €
Professions ayant accès à la trésorerie	Plafond annuel de prise en charge	750 €
	Plafond journalier de prise en charge	250 €
	% d'accès à la trésorerie	150%
	Montant minimum d'accès à la trésorerie	120 000 €

## PRISES EN CHARGE 2021 SUR FONDS SPÉCIFIQUES

Dans la limite des fonds disponibles de ces fonds spécifiques,  
hors budget annuel des professions.

Formation de longue durée	<p>Prise en charge plafonnée à <b>70%</b> du coût réel de la formation, limitée à <b>2 500 €</b> par professionnel pour <b>les formations cœur de métier</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitée à une prise en charge tous les 3 ans.</li> <li>• 100 heures de formation minimum.</li> <li>• Thèmes de formation entrant dans les critères de prise en charge 2021 de la profession concernée.</li> </ul>
Participation à un jury d'examen ou de VAE	Prise en charge plafonnée à <b>200 €</b> par jour, limitée à <b>2 jours</b> par an et par professionnel
Aide à l'installation et à la création ou reprise d'entreprise	<p>Prise en charge plafonnée à <b>250 €</b> par jour, limitée à <b>5 jours</b> par an et par professionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fourniture d'un justificatif d'inscription à l'INSEE mentionnant le numéro Siret et le code IJAF du participant.</li> <li>• Dans le cas où le demandeur de prise en charge n'est pas encore installé en libéral, ce dernier doit fournir une attestation sur l'honneur stipulant qu'il suit cette formation en vue d'une future activité libérale.</li> </ul>

## INTRODUCTION

En 2019, 94 mineurs ont été victimes d'infanticides dans le cadre intrafamilial, contre 80 en 2018. Les 2/3 des enfants avaient moins de 5 ans, selon les chiffres de l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE, 2019)

Parallèlement pendant cette année, l'administration judiciaire comptabilise 68 633 enfants victimes de crimes et de délits commis sur des mineurs, dont 27 932 filles et 40 701 garçons. Les violences sexuelles impliquent 28 972 enfants, dont 23 207 filles et 5 765 garçons.

Pour se développer et se construire, un enfant doit vivre dans un cadre familial sécurisant, structurant et chaleureux. L'institution de la famille est le premier groupe social qui va déterminer sa future personnalité. En effet, elle est pour chacun de ses membres à l'origine de leur rapport au monde. S'y développent les logiques de couples, les relations avec la fratrie, les relations parents-enfants, etc. qui permettent une première socialisation et à chacun de se construire en tant que sujet.

Au sein de la famille, les parents sont les références de l'enfant. Grâce aux liens parents-enfant qui se construisent dès la naissance et au quotidien ; ils vont le façonner en tant qu'adulte. Un enfant qui aura reçu de la part de ses parents de l'attention, de l'écoute et de l'intérêt, à qui on aura répondu à ses besoins de sécurité, d'amour et à ses besoins de base (manger, dormir, être lavé et soigné) aura les meilleures chances pour son épanouissement futur, en tant qu'adulte heureux, socialisé et responsable.

Mais la réalité peut être différente : la famille peut ne pas être un lieu de sécurité et de développement.

Car devenir parents ne va pas de soi ; c'est un rôle qui s'apprend. Puisqu'il relève de plus en plus d'un choix, cet acte représente une responsabilité nouvelle. C'est un rôle qui demande de l'investissement et une renégociation permanente de l'identité des individus en fonction des âges de l'enfant. A cet égard, le congé paternité, qui est passé de 7 jours à 25 jours au 1<sup>er</sup> juillet 2021,

dans un mouvement de rattrapage de la France vis-à-vis de ses partenaires européens, favorise un peu plus l'implication des pères<sup>1</sup> dans les soins pendant les premiers jours après la naissance.

Le métier de parents invite au décentrement permanent de ses propres attentes en tant que personne, afin de faire des choix en vue des besoins de l'enfant. L'ignorance de ces besoins ou leur négligence sont la porte ouverte au danger et à la maltraitance. Quand la répétition de la brutalité s'érige en système pédagogique, quand le milieu de vie est carencé ou violent, le développement de l'enfant en tant que personne et sa structuration sont durablement impactés. C'est un modèle de Société qui en découle.

### **COVID 19 : UN PREMIER CONFINEMENT PLUS IMPACTANT**

Si les jeunes et les enfants ont été moins directement touchés par la maladie, ils en ont toutefois subi les conséquences.

Lors de l'annonce du premier confinement (mars 2020), la crainte d'une hausse des violences intrafamiliales avait attiré l'attention des pouvoirs et de l'opinion publique sur les risques de la fermeture des écoles, des crèches et des autres structures dédiées<sup>2</sup>.

L'augmentation des recours aux dispositifs d'alerte a confirmé cette crainte. On a relevé une augmentation de plus de 35% des signalements. Les appels au 119, le numéro qui permet de signaler les violences faites aux enfants, ont augmenté de +52,6% entre le 18 mars et le 10 mai 2020.

1. L'allongement du congé paternité aura tout de même peu d'effet significatif sur l'égalité professionnelle homme femme et le partage des tâches domestiques, car il faudrait redéfinir sous le prisme de l'égalité tous les congés parentaux, les modes de garde, les politiques fiscales (par ex. en traitant différemment les pensions alimentaires), et avoir une approche systémique de la question.
2. Sauf les services de gardes d'enfants de personnels soignants.

Sept mois après le premier confinement, des travaux<sup>3</sup> ont comparé les données administratives des admissions dans les hôpitaux publics et privés de France, en particulier dans le cadre des violences physiques faites aux enfants (de 0 à 5 ans), sur la période de mars-avril 2020 et des années 2017, 2018 et 2019.

Pendant le confinement, la part des enfants maltraités sur l'ensemble des hospitalisations a augmenté en 2020 par rapport à 2017, passant de 0,053% à 0,073%, alors que les hospitalisations d'enfants avaient elles-mêmes chuté. L'étude notait également une aggravation des cas, ce qui traduit une intensification des violences.

Deux explications principales ont été avancées. D'une part, la dégradation de la santé psychique des adultes, qu'ils soient déjà vulnérables ou non. En effet, les parents ont dû gérer leur propre stress exacerbé par la présence continue des enfants, ce qui a entraîné des situations de tension, de frustration, de promiscuité. D'autre part, la fermeture des établissements scolaires et périscolaires a isolé les enfants de leurs contacts quotidiens (professeurs, écoles, amis) et empêché les personnels de veiller sur les enfants, sachant qu'habituellement, **l'école et les collèges signalent au département autour de 40% des situations de danger.**

Ainsi, le confinement a plus exposé les enfants aux violences intrafamiliales. Cette exposition a été aggravée par le huis clos. Autant les filles que les garçons ont été impactées par cette recrudescence de mise en danger, leur âge moyen était de 9 ans. Au 119, les dangers signalés ont révélé des violences psychologiques (en augmentation) et des violences physiques. Les observations des négligences et les violences sexuelles ont baissé (sans pour autant que l'on puisse dire que ces violences ont diminué).

Lors du 2<sup>e</sup> et du 3<sup>e</sup> confinement, les crèches et les écoles ont continué d'assurer l'accueil des enfants.

---

3. Etude publiée dans la revue *Pediatrics* et présentée par Catherine Quantin, responsable du service de biostatistiques et informatique médicale du CHU de Dijon et par le neuropédiatre Yann Mikaeloff, tous deux membres du Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CESP INSERM Université Paris-Saclay), un laboratoire de l'Inserm.

En France, ce sont les professionnels de la protection de l'enfance qui, tout au long de la chaîne, sont sollicités par les situations de maltraitements infantiles, avec **une place particulière dévolue aux professionnels de la santé**, dans la détection des facteurs de risque, avant la naissance, si possible (par des détections lors des suivis des grossesses, des visites à domicile post partum, en cas de prématurité) et tout au long des consultations infantiles obligatoires ou non. Or ces professionnels, les plus à même de réagir pour signaler les cas de maltraitance, **témoignent d'impuissance et de doutes**, qui peuvent aller jusqu'à la banalisation et jusqu'au déni des situations de maltraitance.

Le manque de formation à la problématique, le manque d'implication, une mauvaise connaissance de la chaîne de protection, la peur de perdre la confiance des patients et de leur famille, mettent sous pression les professionnels et élèvent leurs résistances au signalement.

## DE QUOI PARLE-T-ON ?

### Les formes de violences

Les violences à l'encontre des enfants comprennent au moins l'une des six formes de violences interpersonnelles :

**La maltraitance** (y compris les châtiments violents, cf. encart sur les violences éducatives) est l'ensemble de tous les mauvais traitements physiques ou/et affectifs, les sévices sexuels, le défaut de soins des nourrissons, des enfants et des adolescents confiés aux parents, ou aux personnes, ou aux institutions qui en ont la charge.

**Le harcèlement** (y compris sur internet), est un comportement agressif et non désiré de la part d'un autre enfant, d'un groupe d'enfants n'appartenant pas à la famille de la victime et qui n'est pas dans une relation amoureuse avec cette dernière. Le harcèlement est un préjudice physique, psychologique ou social répété et survient souvent dans un cadre fréquenté par les enfants (scolaire ou autre comme les réseaux sociaux).

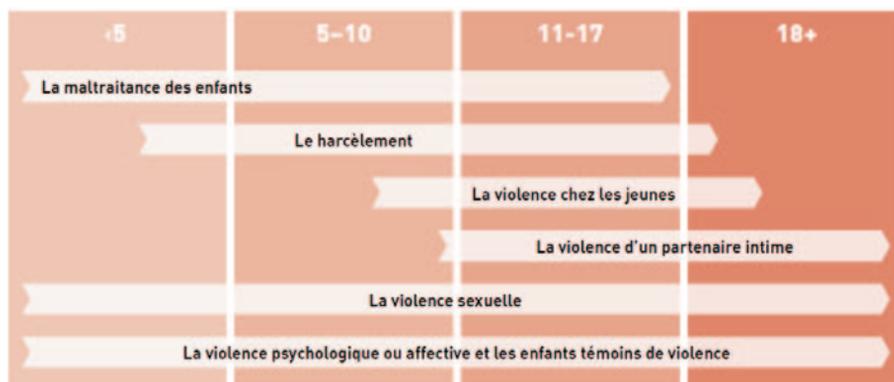
**La violence chez les jeunes** se concentre sur la tranche d'âge entre 10 et 29 ans. Elle apparaît au sein d'une communauté entre pairs et étrangers. Elle se manifeste par l'agression physique armée ou non armée.

**La violence du partenaire intime** (ou violence domestique) caractérise toute violence dont l'auteur est un partenaire ou un ex partenaire intime. Elle touche plus souvent les femmes (les hommes peuvent aussi en être victimes). Sont victimes les filles objets de mariages précoces, forcés ou de mariages d'enfants.

**La violence sexuelle** se traduit par tout acte sexuel ou tentative d'acte sexuel exercé par autrui en faisant usage de la force. Elle comprend tout autre acte non désiré de nature sexuelle n'impliquant pas forcément un contact (comme le voyeurisme ou le harcèlement sexuel). Les actes de traite à des fins sexuelles d'une personne n'étant pas en mesure de donner son consentement ou ayant refusé de le faire, ainsi que l'exploitation en ligne relèvent de la violence sexuelle.

**La violence psychologique ou affective** (y compris les enfants témoins volontaires ou accessoires de violences entre deux personnes) s'entend de la limitation de la mobilité d'un enfant, du dénigrement, du fait de le tourner en ridicule ou de l'abaisser. Les menaces, l'intimidation, la discrimination, le rejet et les autres formes non physiques de comportement hostile font partie des violences psychologiques.

### Formes de violence selon le groupe d'âge touché



Source : INSPIRE : Sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants [INSPIRE: seven strategies for ending violence against children]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.  
Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

## LES VIOLENCES INTRA FAMILIALES CONCERNENT PLUS LES FILLES

Quel que soit le type de violences (psychologiques, physiques, sexuelles, etc.), les filles sont davantage victimes de violences parentales que les garçons.

Elles sont 1,5 à 2 fois plus que les garçons à déclarer un climat avec des cris, des hurlements, des bris d'objets (12,6% pour les filles, contre 8,4% pour les garçons). Elles sont 7,1% à rapporter des insultes, des humiliations et dénigrements contre 3,7% pour les garçons. Concernant les violences physiques, l'écart est moins prononcé (respectivement 7% et 6%).

Les femmes sont victimes de mises à la porte, de séquestrations et de tentatives de meurtre, 1,5 fois plus souvent que les hommes (2,3% contre 1,9%).

Enfin, elles sont 4 à 8 fois plus concernées que les hommes par les violences sexuelles, comme le viol, les attouchements (2,7% contre 0,6%).

Le sexisme sociétal est présent en filigrane dans les violences intrafamiliales : dans 70% des cas, il s'agit d'un parent en cause avec une participation paternelle plus fréquente (un cas sur deux, contre un sur trois pour les mères).

Les chiffres sont exacerbés lorsque l'on croise les cas de violences intrafamiliales avec l'orientation sexuelle des victimes. Ainsi, insultes, humiliations et dénigrements touchent trois fois plus les femmes lesbiennes ou bisexuelles, et deux fois plus les hommes gays et bisexuels.

Dans le cadre de la violence physique, les femmes gays sont quatre fois plus victimes (20 % contre 6,1 % pour les hétérosexuelles). Concernant les hommes gays et bisexuels, les chiffres sont également plus élevés (11,9 % et 8,8 %) par rapport aux hommes hétérosexuels (5,9 %). Les hommes hétérosexuels ont rarement été confrontés aux violences intrafamiliales (0,5 %), mais par comparaison aux hommes gays et bisexuels, le taux est multiplié par 10. On retrouve la même tendance entre les femmes hétérosexuelles (2,5% déclarent avoir subi des attouchements, des viols ou tentatives de viols dans le cadre intrafamilial).

Enfin, elles sont 9,8% lesbiennes et 12,3% bisexuelles à être victimes. On notera que les violences qui ont commencé avant 25 ans se prolongent plus souvent à l'âge adulte pour les personnes LGBT.

*Source : Violences intrafamiliales : les filles et les jeunes LGBT plus touchés, Etudes et résultats-synthèse, INED, Christelle Hamel, Défenseur des droits (2020)*

## **LES VIOLENCES CONJUGALES SONT UNE VIOLENCE À L'ÉGARD DE L'ENFANT**

Les violences conjugales débordent généralement en violences intra familiales. Elles ont une influence sur le reste de la famille et sur les enfants. Ces derniers sont multi impactés en raison des effets de l'exposition au stress, aux violences et aux négligences.

Selon l'ONED<sup>4</sup>, 145 000<sup>5</sup> enfants vivent dans un ménage où des femmes adultes sont des victimes déclarées de violences, physiques ou sexuelles. 80% des enfants sont présents au moment des actes de violence. Ce sont des enfants jeunes : 42% de ces enfants ont moins de six ans. 40% des enfants exposés à des violences au sein du couple, sont eux-mêmes victimes de violences physiques. Enfin, près de 10% des meurtres de conjoint sont commis devant des enfants.

En France, en 2015, 36 enfants ont été tués par l'un de leurs parents dans un contexte de violences au sein du couple. 11 enfants sont décédés en même temps que leur mère et 25 ont été tués par le parent agresseur, sans que l'autre parent ne soit aussi tué.

Dans ce contexte, les enfants sont désormais reconnus comme des **victimes de violences à part entière**.

D'une part, leur environnement familial n'offre plus un contexte de vie, mais de survie. C'est un milieu permanent de peur, de stress, d'anxiété et d'insécurité importante pour l'enfant. L'énergie des parents est détournée des fonctions paternelles et maternelles vers d'autres objectifs plus vitaux et urgents. Leur sensibilité parentale est altérée par le poids des violences. La pratique quotidienne de la parentalité, ainsi que son expérience subjective sont les plus impactées<sup>6</sup>. Car, dans un contexte où la loi du plus fort s'instaure, tout tourne autour du couple conjugal dominé par l'idée de survie. Chaque membre doit tenir sa place afin de ne pas menacer le couple sous peine de violences. Les enfants sont alors chosifiés, instrumentalisés dans les conflits conjugaux. Plus grands, ils auront à choisir leur camp.

D'une part, ils peuvent être victimes eux-mêmes directement de violences (en voulant protéger leur parent victime par exemple et en s'interposant entre lui et l'agresseur).

---

4. Les enfants exposés à la violence conjugale, Recherches et pratiques, Paris, Observatoire national de l'enfance en danger - ONED, 2012

5. Pour la Fédération nationale solidarité femmes, c'est près de 4 millions d'enfants qui sont concernés par l'exposition aux violences conjugales en France.

6. Dans certains cas, un contexte de violences peut ne pas avoir de conséquences sur les facultés parentales, certaines victimes mettront en œuvre des pratiques de soins ou de protection à l'égard des enfants. Cependant, la cooccurrence de maltraitance de l'enfant dans un contexte de violences conjugales est estimée à 40%.

On notera qu'être témoin de violences n'implique pas forcément d'avoir été spectateur visuel direct. Les enfants peuvent avoir conscience et souffrir de violences conjugales sans être témoins. Absents, ils constatent les conséquences des violences sur leur environnement (désordres et bris), sur leur mère (blessures, hématomes, etc.) dont ils percevront la souffrance. Présents, ils peuvent entendre les coups et les cris, les pleurs, les objets lancés et brisés ; ils sentent la détresse psychologique d'un parent. Ils subissent également une violence morale et psychologique (ils participent malgré eux au fonctionnement violent de leurs parents, en tant que victimes, alliés, otages, etc.). Ils sont partie prenante du drame, en soignant les blessures, en accompagnant le parent victime chez le médecin, à la police ou à la gendarmerie.

Les conséquences générées par un milieu de vie violent sont importantes. Les enfants peuvent présenter des signes de dépression et connaître des difficultés à gérer leurs émotions. En particulier, on note chez les enfants témoins de violences conjugales :

- Des difficultés à gérer les émotions : lorsque les violences ont commencé durant leur toute petite enfance, alors qu'ils ne parlaient pas encore, les enfants peuvent avoir intériorisé leurs troubles. N'ayant pas pu mettre des mots sur ces émotions, ne pouvant pas les contrôler, les enfants ont du mal à les gérer. Ces derniers reviennent sous forme de flash-back (images ou son, sentiments de peur ou de colère, etc.).
- Des dépressions : l'attachement à un parent que doivent nouer les enfants et les bébés pour se construire dans un besoin de sécurité ne peut pas se faire avec un parent violent. D'où des états dépressifs et d'anxiété liés à une perte de sécurité et de confiance.
- Des troubles de l'apprentissage : les enfants (entre 2 et 4 ans) exposés à des violences conjugales, connaissent des retards de langage et intellectuels. La plupart souffrent de troubles de la concentration et ont des difficultés à s'insérer dans le milieu scolaire ou ont des rapports compliqués aux autres enfants et aux adultes. Leur parcours académique est impacté par ces nombreux obstacles par rapport à leurs pairs. Les violences ont des effets donc leur future situation socio professionnelle et leur statut social.
- Des sentiments ambigus vis-à-vis de leurs parents : ils ressentent de l'angoisse à l'idée de perdre le parent violent en l'envoyant en prison, tout en voulant protéger le parent victime. Les situations dont ils sont témoins et qu'ils taisent souvent suscitent des contradictions. Ces dernières peuvent les poursuivre toute leur existence.

- Un stress post traumatique : ils présentent des signes d'hypervigilance, ont des cauchemars et ont des difficultés à être à l'aise dans certaines situations sociales.
- Des difficultés à nouer des amitiés : grandir dans la violence et dans un climat insécure ne permet pas de prendre confiance en soi, ni en autrui. Les enfants peuvent être agressifs et se replier sur eux-mêmes. Ils sont moins « disponibles » d'un point de vue social. En effet, ils ne peuvent pas inviter des amis chez eux, certains se sentent responsables du parent victime. Ils mûrissent plus vite.
- Des conduites à risques : les enfants témoins de violences ont tendance à avoir des conduites à risques : alcool, bagarres, drogues... Plus agressifs et violents, ils reproduisent le schéma de violences qu'ils ont connu. Ou repliés sur eux-mêmes, ils peuvent adopter le schéma de la victime.
- Un risque aggravé de reproduction des violences ou de victimisation : selon l'Enquête Nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF), les femmes qui avaient subi des violences dans leur enfance, pouvaient pour une adulte sur quatre se retrouver plus tard en situation de violences conjugales, en raison d'une vulnérabilité sociale et relationnelle qui graverait durablement sa trajectoire de vie.

Aujourd'hui, les textes internationaux, notamment la **Convention du Conseil de l'Europe dite Convention d'Istanbul**, entrée en vigueur en France le 1<sup>er</sup> novembre 2014, tiennent pour acquis que l'exposition à des violences de couple compte parmi les violences auxquelles sont confrontés les enfants. « *Les enfants sont des victimes de la violence domestique, y compris en tant que témoins de violence au sein de la famille.* » (article 26)

Le principe a été repris dans la législation française. La **loi n°2010-769 du 9 juillet 2010**, relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants (art.7, 8 et 9) exhorte à la nécessité de prendre en compte l'intérêt de l'enfant exposé.

Enfin, la **loi du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales** ajoute d'autres mesures à la protection des enfants comme la suspension du droit de visite et d'hébergement de l'enfant mineur au parent violent. Elle les décharge de leur obligation alimentaire vis-à-vis de la personne condamnée pour un crime ou un délit portant atteinte à l'intégrité de la personne commis par un parent sur l'autre parent.

En France, malgré quelques avancées législatives, les enfants ne sont pas suffisamment reconnus en tant que victimes par les dispositifs institutionnels. Il reste nécessaire d'améliorer leur protection (sont recommandées par exemple, une mise en retrait de la co parentalité pour une parentalité adaptée : monoparentalité ou parentalité en parallèle, une meilleure prise en charge -gratuité- psychologique de l'enfant, le développement d'expertises en terme d'accompagnement spécialisé d'enfants co victimes, une offre de soins psycho traumatiques à destination d'enfants, un renforcement de la formation des professionnels, la mise en place systématique d'ateliers mère-enfant pour aider le parent victime à reconstruire ses compétences parentales, etc.).

## Un fléau mondial mal mesuré (risque de sous-estimation)

Les études au niveau mondial estiment qu'un milliard d'enfants ont été confrontés à des violences physiques, sexuelles ou psychologiques, au cours d'une année, soit plus de la moitié de tous les enfants de 2 à 17 ans<sup>7</sup>. Ces violences sont souvent cachées, invisibles ou rarement signalées. Les abus sexuels dénoncés sont 30 fois plus élevés et les violences physiques 75 fois plus élevées que ne le laisse entendre la plupart des rapports.

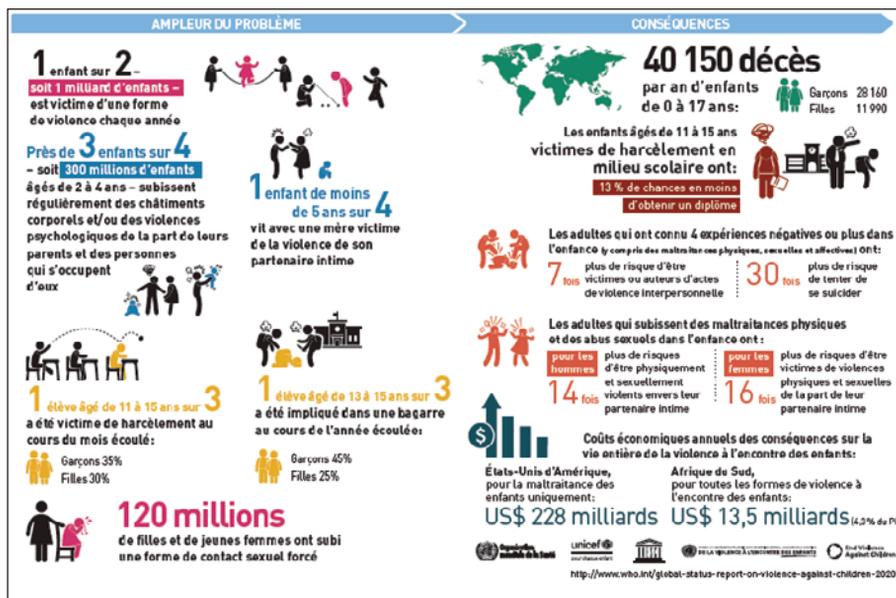
Les filles sont particulièrement exposées aux violences sexuelles, la prévalence au cours de la vie de sévices sexuels subis pendant l'enfance est de 18% pour les filles, contre 8% pour les garçons. De plus, Les filles courent le risque d'être victimes de violences de la part du partenaire intime, de viols par des personnes connues ou inconnues, de mariages forcés/précoces ou de mariages d'enfants, de traite à des fins d'exploitation sexuelle, de travail des enfants et de mutilations génitales.

Les garçons courent plus le risque d'être victimes ou auteurs d'homicides (recours à des armes à feu ou des armes blanches). L'homicide est une des cinq principales causes de décès chez les adolescents, les garçons représentant plus de 80% des victimes et des auteurs. Les garçons ont également plus de chance d'être les victimes et les auteurs de bagarres et d'agressions.

---

7. Rapport de situation 2020 sur la prévention de la violence à l'encontre des enfants dans le monde : résumé d'orientation [Global status report on preventing violence against children 2020 : executive summary]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO

## Rapport de situation 2020 sur la prévention de la violence à l'encontre des enfants dans le monde



Source : <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/violence-prevention/global-status-report-on-violence-against-children-2020>

Cette sous-estimation du problème est due au fait que les données recueillies par voie administrative, sont issues des systèmes de santé ou les systèmes judiciaires de protection de l'enfance, et non d'enquêtes nationales. Elle est due également au fait que la violence n'est pas bien définie de sorte qu'elle peut être une norme, plutôt qu'un problème à résoudre. De plus, les victimes sont souvent stigmatisées et les actes subis sont banalisés ou minimisés.

Or les conséquences des violences marquent durablement chaque génération et finissent par apparaître, coutant cher aux enfants et aux adultes et à la Société dans son ensemble.

## La maltraitance : une notion complexe

La notion de maltraitance intrafamiliale à l'égard des enfants est une notion complexe. Elle réunit une multitude d'actes (les insultes, les coups, les abus sexuels, les humiliations) ou d'absence d'actes (les carences affectives, les privations de nourriture, etc.). Les actes de maltraitance supposent **une régularité et une durée**. Ils supposent également une **relation dyssymétrique** caractérisée par la vulnérabilité et la dépendance des victimes qui subissent les violences de la part de l'adulte ou de l'institution sensée les prendre en charge.

Dans les pays à hauts revenus, on estime à 10% en moyenne la part des enfants maltraités<sup>8</sup>. Cependant du fait du manque de définition et de la nature protéiforme de la notion, des méthodes d'études employées<sup>9</sup>, on sait que ce chiffre est questionnable sur sa validité. Par ex. la Haute Autorité de Santé rapporte dans une revue de littérature, l'écart des résultats lors d'une recherche sur la prévalence mondiale de la violence physique chez les moins de 18 ans : de 0,3% pour les études dans lesquelles la violence était déclarée, à 22,6 % pour les études dans lesquelles la violence était documentée, sans différence apparente entre les filles et les garçons.

Selon l'**Organisation mondiale de la Santé** (OMS, 1999), la maltraitance envers les enfants désigne les violences et les négligences envers les enfants de moins de 18 ans. Il s'agit de « **toutes les formes de mauvais traitements physiques ou/et affectifs, de sévices sexuels, de négligences ou de traitements négligents, ou l'exploitation commerciale ou autre. Elles entraînent un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans un contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir**<sup>10</sup>».

---

8. Plus précisément en France, un homme sur huit et une femme sur cinq déclarent avoir été victimes de violences dans sa famille durant son enfance d'après l'étude Violences et rapports de genre (Virage) de l'INED en 2015.

9. L'autorisation parentale obligatoire pour questionner les enfants donne à l'enquête VIRAGE, en population générale, toute sa pertinence. « Violences et rapports de genre : contextes et conséquences des violences subies par les femmes et par les hommes », fait appel à la déclaration et à la mémorisation des femmes et des hommes interrogés. Or près d'une femme sur cinq (18 %) et un homme sur huit (13 %) déclarent avoir subi des violences dans l'entourage familial débutées avant l'âge de 18 ans. L'enquête VIRAGE, permet de mesurer le phénomène de maltraitance des mineurs au-delà du nombre d'enfants pris en charge par les services de protection de l'enfance et de s'intéresser aux situations non repérées par la police et par les services sociaux.

10 C'est-à-dire les parents, mais également les personnes qui ont la charge d'enfants et les autres personnes ayant l'autorité, à la maison, et dans les institutions comme les écoles ou les orphelins.

L'OMS a réactualisé sa définition et considère autant comme une forme de maltraitance le fait d'exposer un enfant à une scène de violences domestiques.

La définition de l'OMS classe quatre formes de maltraitements (les violences physiques, sexuelles, psychologiques et les négligences lourdes), qui sont les plus souvent citées dans les guides à l'attention des professionnels. En effet, à visée diagnostique, la définition de l'OMS relève d'une approche catégorielle<sup>11</sup>, visant à nommer, catégoriser, classer les faits de maltraitance, qui doivent être objectifs, constatés, décrits et potentiellement jugés, tels que les traces visibles, sur le corps de l'enfant, qui permettent de déduire les faits commis. Cette approche est qualifiée d'objective car elle propose des définitions et classifications concrètes et mobilisables pour les acteurs.

Cependant, on admet que les critères et les signes objectifs de la maltraitance ne sont pas les seuls à devoir être pris en compte. Il existe des maltraitements psychologiques, vécus ou des négligences qui sont plus difficiles à repérer et à caractériser, qui ne laissent pas de traces sur le corps.

- 
11. Une seconde approche dite compréhensive peut être mise en œuvre simultanément à l'approche catégorielle. Au croisement de plusieurs disciplines (sociologie, psychologie, sciences de l'éducation, etc.), l'approche compréhensive part d'une lecture relationnelle de la maltraitance. C'est-à-dire, elle analyse les relations au sein desquelles des situations de maltraitements peuvent émerger et perdurer. Elle s'attache à comprendre les faits et les effets présents et potentiels, le contexte de vie et les caractéristiques de l'enfant et de ses parents, dans leur environnement relationnel.

Le professionnel est amené à apprécier la situation globale de l'enfant et à mettre au jour les mécanismes à l'œuvre dans les relations familiales (confusion des places et des fonctions, écrasement des générations, répétitions transgénérationnelles, faiblesse des réseaux de relations et de soutien...). Ces mécanismes ont pour point commun la mise en œuvre d'une relation asymétrique et de domination dont la finalité serait d'empêcher l'enfant d'accéder à son autonomie ou de le détruire... Ces relations souvent se mettent en place lors des premiers liens qui se nouent entre les enfants et les parents, même si les comportements maltraitants se manifestent plus tard. La maltraitance ne se résume plus seulement à un ensemble de faits, mais s'ancre dans des systèmes relationnels complexes. On parle de familles « à transactions maltraitantes » ou d'« interactions familiales à risques » pour mettre l'accent sur les processus à l'œuvre dans les relations, et non plus seulement sur les caractéristiques des individus dans la famille. Le professionnel examinera autant de déterminants que sont les histoires personnelles des parents, leurs attentes, leurs rencontres avec l'enfant « réel », le contexte socio culturel de la famille, l'environnement familial élargi, la qualité des réseaux de solidarité de la famille, etc. C'est ainsi que l'on peut comprendre le changement lexical de la loi de 2007, qui est passé du terme de « maltraitance » aux termes de « en danger » ou/et « de mise en danger », qui permettent d'évaluer un contexte d'ensemble au-delà de la catégorisation des violences, et au-delà de l'enfant victime et du parent.

La modification sémantique intervenue dans le code des affaires sociales et familiales <sup>(CASF)<sup>12</sup></sup> montre la difficulté à saisir les contours de l'objet.

Souvent les maltraitements doivent être alors déduites à partir des effets qu'elles entraînent : des attitudes ou des comportements inhabituels qui isolément observés ne sont pas des éléments de diagnostic, mais qui seront autant de signaux d'alerte pour une prise en charge globale. Pour les professionnels de terrain en charge de l'enfance, ou qui sont amenés à rencontrer des enfants victimes, il faut envisager la notion de maltraitance dans sa globalité, intégrer les approches des différentes disciplines et être a fortiori plus vigilants dans le repérage.

Le professionnel sera cependant conscient que certains enfants résilients pourront ne pas manifester de symptômes et vivre cependant des situations de maltraitance.

Il a été constaté que lorsqu'on interroge **des professionnels sur une définition de la maltraitance**, leurs réponses se circonscrivent autour d'une vision restreinte (excluant l'enfant en risque et l'enfant en danger). Chargés pourtant du repérage, ils pourraient ne recenser que les enfants présentant des séquelles graves, immédiates, sur leur développement physique et psychologique et de ne pas prendre en compte les violences éducatives ordinaires physiques (fessée, gifle) ou psychologiques, plus insidieuses et aux conséquences néfastes sur le long terme.

On développe ci-après les 4 formes de maltraitements de l'OMS.

### La maltraitance physique

Elle est apparente sur le corps de l'enfant, en particulier lorsqu'ils sont en bas âge et nourrissons. Visible, elle est immédiatement détectée. La gravité des lésions physiques dépend de la brutalité des coups et également de l'âge de l'enfant. La maltraitance physique se définit par la violence des coups et leurs répétitions (même si un seul coup peut être punissable). Par exemple : les claques, les fessées, les coups de poing, un empoignement brutal, les coups de ceinture, un étranglement, les morsures, les griffures, tirer les cheveux...

---

12. La loi de 2007 relative à la protection de l'enfance avait modifié le terme « d'enfant maltraité » et « d'enfant victime de mauvais traitements » en « enfant en (risque de) danger », élargissant les cas aux situations où l'enfant n'est pas bien traité au regard de ses besoins fondamentaux. La loi de 2016 a réintroduit le terme de maltraitance.

Les signes physiques sont par exemple des ecchymoses, des plaies, des traces de blessures, des cicatrices, des plaques d'alopecie...

### La maltraitance psychologique

Associée aux autres formes de maltraitance, elle peut toutefois survenir de manière indépendante. Elle est difficile à détecter, alors que les conséquences sur le développement de l'enfant sont aussi graves que les maltraitements physiques. Elle peut prendre la forme d'insultes, de cris, d'humiliations...

On peut décrire 6 formes de maltraitance psychologique : le rejet actif, qui ne reconnaît pas les demandes légitimes de l'enfant ; le dénigrement, qui vise à déprécier et à dévaloriser l'enfant ; le terrorisme, lié à l'instauration d'un climat menaçant, hostile ou imprévisible ; l'isolement-confinement, qui coupe l'enfant de ses contacts sociaux habituels, qui l'isole face à ceux qui le maltraitent ; l'indifférence, face aux demandes affectives de l'enfant ; l'exploitation ou la corruption, valorisant les comportements anti-sociaux ou déviants chez l'enfant.

Les troubles évocateurs de maltraitance psychologique sont des troubles du comportement : tristesse, crainte, repli, ou une attitude provoquante, un désintérêt scolaire... la peur des adultes, les fugues, le refus de regagner le domicile, la boulimie, ou l'anorexie, etc.

### Les négligences lourdes

Les négligences lourdes résument les actes de privation de soins indispensables au développement de l'enfant et à son bien-être : nourriture, sommeil, attention, ...

Les négligences lourdes sont punies de sept ans d'emprisonnement.

Dans le cas de négligences lourdes, l'enfant est dénutri, il présente un aspect négligé, une mauvaise hygiène, un habillement mal adapté, un état de fatigue inexplicable, un retard dans le développement du poids et de la taille...

### Les violences sexuelles

Il s'agit de tous les actes sexuels commis avec violence, contrainte, menace ou surprise. Ces violences portent atteinte aux droits fondamentaux de la personne. Il y a deux natures de violences sexuelles : le viol et les agressions sexuelles.

**Le viol** consiste à imposer à autrui une relation sexuelle non consentie ou non comprise (cas des enfants en bas âge) et se caractérise par un acte de pénétration sexuelle (vaginale, anale, bucale) commis sur autrui. Lorsqu'il est commis sur un mineur de 15 ans ou /et s'il a été commis par un ascendant ou toute autre personne ayant autorité de droit ou de fait sur la victime, le viol est un crime passible de 15 à 20 ans de réclusion criminelle.

**Les autres agressions sexuelles** se distinguent du viol par l'absence de pénétration et peuvent consister en des attouchements, masturbation, etc. elles sont passibles de 5 ans d'emprisonnement et de 7 à 10 ans d'emprisonnement, lorsqu'elles ont été commises sur un mineur de 15 ans et/ou par un ascendant ou par une personne ayant autorité de droit ou de fait sur la victime.

**Les atteintes sexuelles** sont définies par « le fait pour un majeur d'exercer sans violence, contrainte, menace, ni surprise une atteinte sexuelle sur la personne d'un mineur de 15 ans ». L'atteinte est caractérisée dès que la victime a moins de 15 ans, même en l'absence de pression. Lorsque la victime est âgée entre 15 et 18 ans, il est nécessaire que l'infraction soit caractérisée par la violence, contrainte, menace ou surprise.

La personne qui commet une atteinte sexuelle sur un mineur de 15 ans est passible de 5 ans d'emprisonnement, ou 10 ans lorsque l'infraction est commise par un ascendant ou par tout autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait.

Les conséquences des violences sexuelles quelle qu'en soit la forme sont importantes, nombreuses et durables. Outre les conséquences physiques, des signes d'ordre psychologique peuvent alerter ; tels que les symptômes dépressifs, l'anxiété, la peur intense, l'isolement ou les conduites à risque, l'agressivité, les troubles du sommeil ou de l'alimentation (anorexie ou boulimie), le désinvestissement scolaire, etc.

## Le tabou des violences intrafamiliales

Le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants (2017-2019) notait en préambule, que la famille, souvent considérée comme une institution de protection et de socialisation des enfants, pouvait aussi être le premier lieu où s'exerçaient les violences.

Ces violences sont frappées d'un **tabou**. **Ce n'est qu'au 19<sup>e</sup> siècle, que le médecin légiste A. TARDIEU évoque la maltraitance infantile en fournissant des descriptions cliniques du syndrome des enfants « battus », sans que son travail ne provoque de prise de conscience dans la société.**

Elles sont taboues, car comprises dans un contexte de liberté éducative et d'intimité, et donc **invisibilisées** et tuées. Cette invisibilité relève du **déni collectif** d'autant que les victimes se taisent, soumises à un conflit intérieur et que les chiffres manquent. En effet, il est impossible d'un point de vue statistique de déterminer précisément le nombre d'enfants tués à la suite de violences familiales. Selon les experts, les chiffres disponibles sont probablement très sous-estimés. Les données précises manquent et sont insuffisantes, notamment pour les meurtres de nourrissons. Les violences sexuelles et l'inceste demeurent également tabous.

Le tabou autour de ces sévices repose sur de fausses idées : seuls les parents « fous » tuent leurs enfants, les maltraitements intrafamiliaux seraient le fruit uniquement des familles défavorisées. Ces fausses idées épargnent l'institution de la famille, pivot de l'ordre social.

## LES VIOLENCES ÉDUCATIVES

La loi n°2019-721 relative à l'interdiction des violences éducatives ordinaires a été adoptée le 10 juillet et publiée au JO le 11 juillet 2019. Elle précise dans le code civil que l'autorité parentale s'exerce sans violence physique et psychologique. Elle introduit la prévention des violences éducatives ordinaires dans le code de l'action sociale et des familles (CASF) en créant une obligation de formation pour les assistantes maternelles.

La violence éducative définit un mode éducatif alliant menaces, injures, sévices corporels et humiliations. Plus précisément, les violences éducatives ou punitions corporelles regroupent des actes comme : les tapes sur les mains, les fessées, le fait de pousser, ou de tirer ou de tordre les certaines parties du corps (les oreilles ou les cheveux, etc.) et de secouer un enfant de plus de 2 ans. En réalité, elles peuvent couvrir les autres types de violences comme les violences verbales (cris, hurlements, insultes, menaces etc.), les violences psychologiques (humiliations, chantages, dénigrement, moqueries, ou culpabilisation, menaces d'abandon, etc.), les négligences et les privations (nourriture, soins, sorties, communication, affection, etc.). Les violences éducatives sont difficiles à distinguer de la maltraitance, rendant le passage des unes à l'autre plus facile. En effet, des études ont montré que 75% des maltraitements se produisaient dans un contexte de punition.

La place des médecins dans le dépistage et la prise en charge de la violence éducative en France était inconnue jusqu'à une étude publiée en 2018, « La violence éducative : représentations des médecins généralistes en Île-de-France. Étude qualitative », C de Brie, E Piet, P Chariot - La Presse Médicale, 2018 – Elsevier. Réalisée sur une vingtaine de médecins généralistes exerçant en Ile-de-France, par le biais d'entretiens individuels semi dirigés, cette étude montre que bien, que ces professionnels soient conscients et concernés par les conséquences négatives des violences physiques, verbales ou psychologiques sur les enfants, ils manifestaient une certaine tolérance selon la nature de l'acte et le contexte. Leur propre éducation et leur vécu étaient perçus comme des obstacles d'intervention majeurs. Ils se considéraient en échec dans le dépistage ou la prise en charge de la violence éducative.

L'étude concluait sur le rôle que pouvaient avoir les médecins au soutien de parents dans la prévention des violences éducatives. Des formations médicales spécifiques (et un changement sociétal) seraient alors nécessaires.

## Les conséquences des violences contre les enfants

D'un point de vue individuel, les effets de la **maltraitance vont se répercuter sur le développement de la personne tout au long de sa vie**. Ils vont influencer son développement socio affectif et comportemental, sa santé physique, ses compétences neuro biologiques et cognitives.

A court terme, il est clair que le fait de secouer un bébé par exemple peut modifier la structure de son cerveau et causer des dommages permanents entraînant des retards et des déficits psychomoteurs, des difficultés d'apprentissage, des problèmes visuels ou auditifs, de la paralysie ou le décès (syndrome du bébé secoué).

Les enfants victimes plus âgés présenteront **des comportements** de retrait, d'évitement, des symptômes dépressifs, d'anxiété et une faible estime de soi. Ils manifesteront de l'agressivité, de la colère, de l'impulsivité et auront des comportements d'opposition, de délinquance, avec potentiellement des consommations de drogues ou d'alcool. Si la maltraitance intervient précocement, les enfants pourraient développer une qualité altérée de l'attache-

ment, ainsi que des difficultés à reconnaître et à comprendre les émotions d'autrui. Enfin, depuis les années 1990, plusieurs études ont montré que les enfants victimes sont sujets de stress post traumatique. A long terme, la maltraitance pourrait être plus souvent associée à la reproduction de la violence dans les relations intimes, à l'abus de substances et à l'apparition de divers problèmes mentaux (dépression, troubles alimentaires, etc.).

Au niveau **des conséquences physiques de long terme** causées par le vécu de la maltraitance, il n'y a pas de consensus clair d'une étude à l'autre et les évidences scientifiques sont encore considérées comme faibles. En effet, les mécanismes par lesquels la maltraitance peut avoir des impacts physiques à long terme sont mal connus<sup>13</sup>. Mais on peut penser que la maltraitance aggrave ou cause d'autres problèmes de santé, comme la malnutrition, les problèmes bucco dentaires ou certaines maladies chroniques comme l'asthme, qui peuvent perdurer jusqu'à l'âge adulte.

Enfin, concernant les **conséquences neuro biologiques et cognitives**, de nombreuses études rapportent que des problèmes d'attention, une dégradation de fonctions exécutives et des habilités cognitives plus faibles sont les conséquences d'abus et de négligences. Ces problèmes peuvent se manifester dès l'âge de 3 ans (ralentissement du développement de langage par exemple). Ils entraînent des retards scolaires et une moindre performance académique.

Finalement, on attirera l'attention sur le lien entre la gravité des suites de la maltraitance et son occurrence précoce et récurrente dans la vie des enfants. En effet, plus les enfants sont jeunes, plus ils sont vulnérables au niveau de leurs structures cérébrales. De plus, c'est lors de ses premiers mois que les liens entre parents et enfants se mettent en place : pendant cette période les enfants sont totalement dépendants des adultes qui prennent soin d'eux au niveau de leurs besoins de base, mais aussi de leurs besoins relevant de leur sécurité affective et relationnelle. La concomitance avec d'autres formes soit d'abus (poly victimisation<sup>14</sup>), soit d'accidents de la vie (décès, hospitalisation d'un parent, etc.) aggrave les difficultés socio affectives et les comportements.

---

13. Cependant, l'exploration de certaines pistes montre que l'exposition précoce et chronique à des expériences de maltraitance peut influencer le système de réponse au stress ou l'expression de certains gènes (incorporation biologique de l'environnement).

14. Les enfants sont rarement victimes d'une seule forme de mauvais traitement dans la famille. Les violences inter parentales s'accompagnent souvent d'autres formes de violences physiques, psychologiques, voire sexuels...

Outre les effets graves des violences sur le développement individuel des enfants exposés, leur construction, leur santé, leur scolarité et apprentissage, leur vie sociale, **le risque plus global que court la société est celui de la reproduction de la violence par la génération suivante**. L'intégration par les enfants du modèle de communication violente est induite par l'apprentissage par imitation en qualité de l'agresseur et ou de victime est induite pour ces enfants. Vivre dans un climat de violence change la perception de la loi et du rapport au masculin et au féminin. Les enfants reproduisent la violence dans leurs rapports fille/garçon, en tant qu'enfants avec leur mère, en tant qu'adultes vis-à-vis de leur entourage, puis à l'intérieur du couple.

La relation à l'autre est altérée, puisque les violences vécues produisent un mode de résolution des conflits par la violence. En d'autres termes, la violence se pare de caractéristiques et d'une définition erronée, conduisant à un modèle de pensée, où elle est une manière de résoudre les conflits. Elle devient acceptable dans la relation entre un homme et une femme, elle fait partie de l'intimité, elle peut être minimisée ou niée, elle est une manière de réagir à la frustration, elle permet d'obtenir ce que l'on veut. C'est pourquoi les enfants développent une faible tolérance à la frustration.

En définitive, les violences contre enfants réduisent l'efficacité des investissements faits par les Etats dans l'éducation et la santé et le bien-être des enfants et de sa population. En outre, les coûts directs et indirects pris en charge par la société sont très importants. Si en France, les études sur les coûts de la maltraitance sont peu nombreuses<sup>15</sup>, au Canada, on évaluait à 15,7 milliards son coût annuel en 2003, aux Etats Unis, il s'agissait de 124 milliards de dollars en 2012, ce qui ramenait la prise en charge individuelle à une moyenne de 210 000 dollars<sup>16</sup>.

---

15. En France, une étude récente (2021) a évalué le coût annuel moyen par enfant à 52 265 en € de 2013, sur une cohorte d'enfants placés avant leur 4 ans et suivis jusqu'à la fin de leur placement, entre février 1994 et juin 2001. L'âge moyen d'admission était de 1,9 ans et la durée moyenne de placement était de 14,3 ans. Les coûts pris en charge par les services de protection de l'enfance comptaient pour 78 % des coûts totaux. 80% des coûts en santé relevaient des soins psychiatriques. Source: Prigent A, Vinet MA, Michel M, Rozé M, Riquin E, Duverger P, Rousseau D, Chevreur K. The cost of child abuse and neglect in France: The case of children in placement before their fourth birthday. Child Abuse Negl. 2021 Aug; 118 105129. doi:10.1016/j.chiabu.2021.105129. PMID: 34058479.

16. Source : Hélié S, Clément ME. Effets à court et à long terme de la maltraitance infantile sur le développement de la personne. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(26-27):520-5. [http://beh.sanrepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019\\_26-27\\_2.html](http://beh.sanrepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019_26-27_2.html)

## LE RÔLE DES PROFESSIONNELS (LIBÉRAUX)

La non détection des situations de maltraitance est causée par les comportements inadaptés des acteurs censés protéger l'enfant en danger ou en risque de l'être tout le long de la chaîne de protection : le non repérage par manque de formation, l'insuffisance des enquêtes médicales, sociales et/ou psychologiques, les diagnostics erronés, la non révélation des soupçons, la non communication des indices, etc.

Or la Haute autorité de santé (HAS) le rappelle, protéger un enfant maltraité fait partie des missions du médecin ou du professionnel de santé. **Tous les milieux sociaux**, tous les âges et tous les niveaux d'études et de culture **sont concernés**, par les situations de danger, les risques de danger et la maltraitance infantile, qui se manifestent par des formes diverses. On rappelle également que la **maltraitance est plus fréquente** qu'on ne le croit (cf. enquête virage).

Une consultation médicale ou pour des soins est l'occasion d'identifier une situation à risque<sup>17</sup> ou des signes de maltraitance. C'est pourquoi, lors de ces consultations, il est nécessaire d'être sensibilisé, c'est-à-dire en ayant conscience que la révélation des situations de maltraitance est le fait d'un faisceau d'éléments, et d'y penser même devant des signes non spécifiques.

Idéalement, face à des situations de maltraitance, les professionnels auraient pour mission de :

- connaître et comprendre les formes, les caractéristiques et les conséquences des violences intrafamiliales afin d'en faciliter le repérage ;
- déployer une intervention en direction des victimes (enfants victimes) en matière d'accueil, d'accompagnement et d'orientation qui tiendrait compte des spécificités de ces dernières ;
- coordonner et intervenir en complément d'actions avec l'ensemble des acteurs de la chaîne de protection.

---

17. Les facteurs de risque de maltraitance qu'il convient de prendre en compte : le jeune âge des parents lors de la première grossesse, l'immaturité des parents, le déni de grossesse ou la grossesse déclarée tardivement ou mal suivie, la prématurité de l'enfant, le handicap de l'enfant (moteur et/ou cérébral), les troubles de comportement de l'enfant, les difficultés d'apprentissage, les parents isolés, les parents inoccupés (chômage, invalidité, retraite...), les antécédents de maltraitance chez les parents...

## La difficulté du repérage, la difficulté de la décision

En France, les conditions de vie des mineurs sont très peu alimentées par la statistique. En effet, l'interdiction de leur adresser un questionnaire sans l'autorisation légale des parents exclut toute enquête sur la maltraitance parentale. En interrogeant plus de 25 000 adultes sur leur enfance, l'étude VIRAGE<sup>18</sup> produit des données inédites et indispensables pour éclairer et comprendre plus efficacement le fait des violences au sein des familles. En effet, les données administratives disponibles donnent un aperçu qui ne concerne que les situations les plus graves portées à la connaissance des services de l'État.

Si les professionnels de santé sont en première ligne pour détecter une situation de danger, **leur diagnostic est souvent défaillant.**

Certes, certaines situations de violences que peuvent subir les enfants sont facilement identifiables (notamment s'ils sont victimes de violences au sein du couple). Les traces de coups et de violences physiques constatés chez la mère, et/ou chez les enfants, les révélations spontanées des victimes (la mère ou l'enfant), ou les alertes émanant d'un autre professionnel, sont des indices faciles à interpréter, qui permettent d'évaluer la situation (de danger ou de mise en danger), et qui peuvent se transcrire dans **un constat médical.**

Mais dans la majorité des cas, ces signes de danger ou de maltraitements **sont isolés et ne sont pas nécessairement inquiétants ou révélateurs en eux-mêmes.** Par ailleurs, les types non visibles de violence sont plus difficiles à détecter (par exemple, les atteintes sexuelles seraient particulièrement ardues à déterminer). On notera que les signes d'alerte et les manifestations de souffrance varient selon l'âge de l'enfant. C'est leur concomitance et/ou leur répétition ou l'intensité, ou une rupture soudaine dans les comportements qui peuvent caractériser un danger ou une maltraitance.

Par exemple, on remarquera : le changement soudain du caractère ou du comportement, les attitudes craintives ou peureuses ou rigides, le mutisme, le repli sur soi, l'excitation, le comportement érotisé ou provocateur, les rituels excessifs (toc), les troubles de l'apprentissage, la chute brutale et injustifiée des résultats scolaires, les dépressions avec tentatives de suicide, les fugues, la toxicomanie, la prostitution, les troubles alimentaires (boulimie ou anorexie), les évanouissements, les malaises, l'agressivité envers l'entourage et envers soi-même.

---

18. « Violences et rapport de genre : contextes et conséquences des violences subies par les femmes et par les hommes », enquête réalisée en 2015, par l'INED, auprès d'un échantillon de 27 000 femmes et hommes, représentatifs de la population âgée de 20 à 69 ans, vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine.

Certaines demandes peuvent aussi alerter (demande d'aide à la personne, d'aide à la cantine, d'aide pour des activités périscolaires, demande de bourses, de soutien scolaire, demande liée à des comportements problématiques, comme des conduites suicidaires, et/ou agressives entre les parents et les autres enfants, ou addictives).

Le professionnel entre alors dans une **zone d'incertitude**. Face aux diagnostics difficiles<sup>19</sup>, **il craint surtout de se tromper**. Bien que la loi demande un signalement des sévices « dont on a eu connaissance » sans exiger que le professionnel soit témoin direct, ni qu'il ait une certitude de leur existence.

La crainte de se tromper est d'autant plus présente que les situations ne sont pas verbalisées par les victimes. Pour étayer son signalement, il ne peut s'appuyer que sur des propos vagues, des soupçons, des impressions, que laisse la victime qui in fine peut se rétracter. Il ne peut que relever des indices indirects comme un comportement anormal, les alertes de proches ou les confidences du mineur. Face aux déclarations de l'enfant ou de l'un de ses parents, comment réagir ? comment savoir si les soupçons sont fondés, comment interpréter les propos, comment recueillir la parole, sans déformer les propos... ? Le professionnel doit juger entre une certaine crédibilité des faits et l'attention à accorder aux déclarations d'un enfant qui enfin a parlé.

De plus, du côté des victimes, **les violences sont tuées ou banalisées et ne sont pas visibles**, en tant que telles. Car les mineurs ne dévoilent pas spontanément les sévices qu'ils endurent. En cause leur âge, les contraintes du secret, le chantage, les menaces ou la culpabilité, les manœuvres de séduction ou les conflits de loyauté, la sidération annihilant leurs capacités psychiques en tant que victimes.

Ainsi, la plupart des cas ne sont révélés à personne, ou seulement à l'âge adulte dans le cadre de révélations tardives. Les victimes expliquent alors ce décalage par le fait qu'elles n'ont pas réalisé que ce qui leur arrivait était répréhensible et qu'elles craignaient les conséquences de leur parole.

En même temps, quand les victimes arrivent à parler, leur parole est souvent inaudible, peu comprise, insuffisamment traitée et relayée, voire niée, générant une injustice et une perte de confiance envers l'institution ou le professionnel. Les mineurs développent alors des conduites à risques (suicides, mises en danger, alcoolisation, addictions, automutilations, dépressions, etc.) qui sont l'expression de cette parole non entendue.

---

19. Il est plus aisé pour lui de s'appuyer sur des signes visibles (mais ces derniers sont rares).

Ainsi, confronté à un phénomène qui n'est pas déterminé par une définition figée, une situation qui recouvre des réalités multiples, le professionnel devra faire le lien entre différentes demandes et contextes, et rechercher des violences, de couple ou intra familiales qui pourraient être à l'origine de troubles chez l'enfant. Il doit constamment adapter sa pratique professionnelle aux singularités et spécificités des situations rencontrées.

Dans cette exigence de repenser et d'adapter ses modalités d'intervention (diagnostic, repérage et prise en charge), en mobilisant les approches pluri factorielles et pluri disciplinaires, **il apparaît important pour l'ensemble des acteurs de travailler à plusieurs**, de faire appel à d'autres expertises (médicales, sociales, sociologiques, épidémiologiques, juridiques, psychologiques, etc.) pour décrire, comprendre et évaluer les cas.

C'est sur le processus complexe du repérage (idéalement collégial), que le professionnel pourra justifier un signalement judiciaire ou une information préoccupante (IP).

**On notera enfin, que le corps médical n'est à l'origine que d'un faible pourcentage de signalements.** Selon l'HAS, les professionnels hésitent à cause d'un manque de formation, de freins psychologiques, la crainte d'un signalement abusif, le manque de confiance dans les services sociaux, les complexités médicales des situations, le déni ou le refus de la situation, l'isolement de leur cadre de travail, la peur d'une détérioration des relations avec les parents, avec les patients.

## **VIOLENCES CONJUGALES, VIOLENCES INFANTILES**

Dans le cadre des violences faites aux enfants, victimes directes de violences conjugales, la lutte des professionnels comprend plusieurs enjeux : reconnaître la souffrance des enfants victimes, aider la mère à se protéger et l'encourager à recouvrer sa capacité à protéger ses enfants.

Les troubles détectés chez un enfant ne conduisent pas automatiquement le professionnel à les relier à un climat de violence conjugale, sauf si des traces physiques sont visibles. Ainsi ces violences non visibles sont tuées et ne font pas l'objet d'investigations. Or, **le professionnel doit systématique-**

ment envisager la possibilité de violences sans les confondre avec le conflit<sup>20</sup>.

Pour poser un diagnostic correct de la situation, identifier et hiérarchiser les besoins de l'enfant et de la mère, tous deux victimes, pour définir des actions prioritaires, pour construire un parcours personnalisé avec les victimes, pour bien orienter vers des partenaires internes ou externes et s'assurer de la prise en charge globale.

On rappellera que concernant les enfants subissant des violences dans un contexte de violences conjugales, il est **nécessaire d'intervenir aussi auprès de la mère victime**. Les besoins des deux victimes (mère et enfant) étant divers et multiples, il est indispensable d'inscrire les interventions dans le cadre d'un **réseau partenaire** (comprenant des psychologues, des psychiatres, des associations d'aide, la police ou la gendarmerie, procureur, ...) qui offrira une prise en charge adaptée (par exemple, une mise en œuvre commune des démarches ou des mesures de protection ou d'accompagnement) et permettra aux professionnels d'échanger les informations, d'évaluer plus justement une situation et de compléter si besoin des éléments communiqués par les victimes.

On notera en point de vigilance qu'associer systématiquement violences conjugales et transmission d'IP ou signalement au procureur pourrait susciter la méfiance des victimes qui dans la crainte d'être séparées préféreraient taire leur contexte familial.

Un entretien confidentiel avec l'enfant peut être nécessaire, précédé ou suivi par un entretien avec la mère. Il n'est pas rare que des réponses négatives surviennent. S'il a des doutes, le professionnel peut investiguer les indices non verbaux (gestes, regards, attitudes, pleurs, pâleurs, mimiques...), les indices consécutifs une exposition à des actes de violence (les problèmes de santé chroniques, la fréquence des blessures, les addictions, les tentatives de suicides, l'automutilation, les troubles alimentaires, les dépressions...) et doit contacter les autres professionnels pour discuter, confirmer ou infirmer ses préoccupations.

20. Le fait de confondre les violences et les conflits au sein d'un couple, peut amener le professionnel à ne pas mettre en œuvre des mesures adéquates et à sous-estimer le danger, laissant la mère et l'enfant vulnérables face à leur agresseur. Au lieu de protéger l'enfant, ses interventions non appropriées pourront mettre les victimes en danger et renforcer le silence imposé par le partenaire violent.

Face à l'enfant pris dans les violences conjugales de couple, le professionnel **doit mettre en œuvre une intervention<sup>21</sup> bienveillante** visant à répondre à ses besoins, sans forcément être dans la recherche de preuve. Ce dernier doit se sentir in fine écouté, sans être jugé : comprendre sa situation (donner la parole, l'écouter et le laisser parler et prendre sa parole en considération, évaluer le danger de sa situation, ne pas banaliser ni minimiser les faits, reconnaître ses émotions par rapport aux violences vécues), dévoiler les secrets (rompre le silence au sujet de la violence, rappeler que les violences sont interdites et punies par la loi), exprimer et accueillir ses émotions (affirmer que l'enfant n'est pas responsable, ni coupable de la violence dont il est victime), faire sentir que sa sécurité est assurée, faire sentir le soutien du professionnel sur les solutions envisagées (proposer de le revoir et montrer sa disponibilité, pour réduire les conséquences de l'exposition à la violence conjugale et favoriser sa reconstruction, pour apprendre à planifier sa sécurité en cas de reprise de la violence : établir le **scénario de protection de l'enfant**, simple et réaliste, adapté à l'âge de l'enfant, afin que ce dernier puisse prendre l'initiative en cas d'urgence. Il s'agit par exemple, d'identifier avec lui des personnes relais, le 17 (police secours) ou le 18 (pompiers), le 114 par sms (pour les personnes sourdes ou ayant des difficultés à l'oral), le 119 (allo enfance en danger), la recherche un soutien extérieur à la famille (voisin/voisine, amis/parents d'amis)<sup>22</sup>, faire savoir que des aides et des relais seront proposées à sa mère victime lors d'un autre entretien).

Les conditions d'accueil de l'enfant contribuent à créer un **climat de sécurité, de confiance et de confidentialité** (recevoir dans un endroit calme et confidentiel, parler d'un ton calme et rassurant) ; attitude et paroles du professionnel, lieu d'accueil facilitent la communication et la relation avec l'enfant. Elles font baisser le niveau d'anxiété et les agressions.

**Globalement, le professionnel reste vigilant sur la situation des enfants, et attentif à une évolution dégradée de leur situation.**

- 
21. Lors de ses interventions, le professionnel pourra aider l'enfant à travailler sur ses émotions (irritabilité, évitement des situations qui rappellent l'auteur des violences, éclats de colère, retrait, crainte, tension et souvenirs ...), en expliquant qu'il y a des alternatives à la violence dans les relations interpersonnelles (fratrie, violences verbales, physiques, etc.) : les violences étant inacceptables.
  22. Il est important de mettre à jour le réseau d'aide que l'enfant peut mobiliser (en identifiant les personnes à qui il pourrait faire confiance, et avec qui il pourrait parler de sa situation, à qui il pourrait téléphoner ou qui pourraient l'accueillir en cas d'urgence), au moins deux personnes extérieures à la famille.

Si une IP ou un signalement est fait par le professionnel, le document doit signaler l'existence de violences au sein du couple, sans pour autant que les parents mettent leur enfant en danger. Après la transmission, **le professionnel continuera de suivre la mère et l'enfant.**

**Pour en savoir plus :**

- Le site arrêtons les violences.gouv.fr/je suis un.e professionnel.le met en exergue des informations et des outils et les coordonnées des associations d'aide aux victimes ou d'aide aux femmes victimes localisées dans les départements
- Le professionnel peut contacter le 119 « Allo enfance en danger » pour parler à un spécialiste de l'enfance
- En outre, il peut appeler le 3919 – Violences femmes information pour obtenir des informations et des conseils

Lorsqu'ils sont confrontés à des situations d'enfants en danger, les **médecins libéraux sont particulièrement handicapés** par leur exercice solitaire et leur isolement (absence d'équipe pluridisciplinaire et d'une administration qui les soutiendraient). Ils redoutent fortement les poursuites judiciaires pour signalement abusif et dénonciation calomnieuse. Ils **ignorent les ressources du Conseil départemental** (en tant que chef de file de la protection de l'enfance), d'autant que ce dernier a privilégié des collaborations de travail avec les structures hospitalières ou l'éducation nationale en négligeant la médecine de ville et le secteur libéral. **Ils craignent de se tromper.**

Le professionnel craint également de **mettre en difficulté les personnes** qu'il connaît et **de perdre leur confiance**, en cas d'erreur. Il a toujours à l'esprit les conséquences d'un signalement : c'est-à-dire, l'adoption d'une mesure de protection de l'enfant en danger (par exemple un retrait de l'enfant de sa famille, ou une mesure d'aide éducative en milieu ouvert) et des poursuites judiciaires contre la personne soupçonnée d'être l'agresseur. L'excès de signalement peut se produire, causant à l'agresseur désigné par le signalement un préjudice important (convocations, mise en examen, garde à vue ou détention provisoire, etc.). Dans ce cadre, il peut en demander réparation et déposer une plainte en dénonciation calomnieuse. Si les faits ne sont pas avérés (le meilleur des cas), le processus d'évaluation par la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et/ou le retrait injustifié de l'enfant pourraient être traumatisants pour ce dernier et son entourage.

La rareté des signes visibles, l'obligation de se reposer sur des impressions peu significatives pour qui n'est pas formé, entraînent une **banalisation, une sous-estimation des troubles** de la maltraitance, peu reconnus comme tels. On peut pointer également **le manque d'implication** des professionnels, qui les amène à ne pas bien interpréter les signes et à mal les repérer ou à les confondre avec des manifestations psychiatriques (par exemple hyper activité, agressivité).

In fine, le professionnel peut **faire un déni** devant les actes commis par des personnes très éloignées de ses représentations personnelles de parents maltraitants.

A l'instar de la problématique de la lutte contre les violences faites aux femmes, il est nécessaire de développer **une culture commune de protection de l'enfance**, afin que les professionnels libéraux prennent légitimement leur place dans la chaîne de protection. La maltraitance est un phénomène complexe. Les situations rencontrées sont composites et mettent en jeu **l'obligation d'une évaluation pluridisciplinaire et pluri sectorielle**. C'est pourquoi, il est nécessaire que le professionnel ne reste pas seul devant une suspicion et qu'il puisse s'appuyer sur un réseau facilitant la collaboration de différents organismes concourant à la protection de l'enfance (hôpital, médecine libérale – praticiens et paramédicaux -, médecine scolaire, services sociaux, services départementaux ASE et PMI, éducation, justice...).

En effet, la suspicion de maltraitance, **le diagnostic et la prise de décision ne peuvent pas relever d'un professionnel exerçant seul.**

## L'indispensable formation des professionnels

Les professionnels de santé (médecins généralistes, médecins scolaires, infirmières scolaires, pédiatres, etc.) sont les interlocuteurs privilégiés des familles et éventuellement les témoins les plus proches des drames se déroulant à huis clos. En effet, tous les enfants sont en contact fréquent avec le système de santé qui programme des visites obligatoires. Ce dernier pourrait être particulièrement impliqué dans le repérage précoce de la maltraitance (débutant avec le suivi de la grossesse).

Or ils sont seulement les deuxièmes à l'origine des IP (information préoccupante), l'éducation nationale étant l'institution la plus active en matière de signalements. Selon l'Ordre des médecins (2002), leurs ressortissants sont à l'origine de 5 % seulement de l'ensemble des signalements. Pourtant, ils/elles voient les enfants dès leur naissance, missionnés.e.s pour des actions de pré-

vention (vaccins, surveillance du développement psychomoteur, croissance), qu'ils/elles soient en libéral ou travaillent en institutions (PMI, hôpitaux, santé scolaire).

Selon plusieurs rapports, le médecin face à la maltraitance éprouve une véritable difficulté au fait de signaler des situations de danger.

Les difficultés de repérage des situations de maltraitements chez les enfants viennent principalement du **manque de formation et d'expérience**<sup>23</sup> des professionnels. Ces derniers justifient ainsi leurs hésitations à intervenir et pour partie leur dilemme devant l'incertitude des suites de leur intervention.

La loi de 2007 (5 mars) réformant la protection de l'enfance a mis l'accent sur la prévention et le rôle des professionnels de santé (professions médicales principalement). Cette même loi de 2007 prévoit pour tous les professionnels travaillant dans le domaine de l'enfance **une obligation à se former** (loi du 14 mars 2016).

« La formation initiale et continue des intéressés dans le domaine de la protection de l'enfance en danger est mise en œuvre dans le cadre de programmes qui traitent des thèmes suivants :

1. l'évolution et la mise en perspective de la politique de protection de l'enfance en France ;
2. la connaissance du dispositif de protection de l'enfance ;
3. la connaissance de l'enfant et des situations familiales, notamment celles des étapes du développement de l'enfant et de ses troubles, de l'évolution des familles, des dysfonctionnements familiaux, des moyens de repérer et d'évaluer les situations d'enfants en danger ou risquant de l'être ;
4. le positionnement du professionnel, en particulier en matière d'éthique, de responsabilité, de secret professionnel et de partage d'information. [...]
5. la formation continue a plus particulièrement pour objectifs la sensibilisation au repérage des signaux d'alerte, la connaissance du fonctionnement des dispositifs départementaux de protection de l'enfance, ainsi que l'acquisition de compétences pour protéger les enfants en danger ou susceptibles de l'être ».

---

23. L'expérience, la durée d'exercice et le travail en réseau sont des déterminants importants qui influent sur la prise de décision d'un professionnel au signalement. Les jeunes professionnels, même s'ils ont reçu une formation initiale, éprouvent plus de difficultés, quand ils comptent peu d'années d'exercice. De même, si une structure commune (hospitalière ou autre) abrite les professionnels, ces derniers éprouvent moins de difficultés.

Idéalement, ces formations devraient être organisées lors de **sessions partagées** avec les différents professionnels intervenant, **notamment sur un même territoire**, afin de favoriser l'élaboration de connaissances mutuelles et leur coordination.

Malgré ce cadre, dans la réalité, on relève **des lacunes importantes dans les connaissances** des intervenants, qu'ils travaillent pour l'éducation nationale ou dans les hôpitaux, ou encore chez les professionnels libéraux.

En premier lieu, les formations actuelles s'avèrent peu effectives. Les formations initiales sont cloisonnées par corps de métier. Il est rare en effet de trouver des sessions interprofessionnelles et des formations partagées entre les centres de formation (facultés de médecine, écoles d'infirmières, d'orthophonistes, etc.). Il ressort par exemple que parmi les professionnels, les mieux formés seraient les médecins généralistes et les pédopsychiatres (ces derniers dans leur domaine de compétence : la maltraitance envers les enfants), ainsi que les sage-femmes (la lutte contre les violences faites aux femmes). D'autres professionnels, particulièrement appelés à travailler dans le domaine de l'enfance et de la rééducation, et à être des relais dans le repérage comme les orthophonistes, sont peu formés. Les psychologues pourraient avoir de sérieuses lacunes également.

Les formations sont également très variables en qualité et en temps consacré. Cette variabilité dépend souvent de la personne en charge de l'enseignement. Il arrive que le module soit court et trop théorique (2h pour les futurs pédiatres)<sup>24</sup>, quelque fois optionnel et peu pratique<sup>25</sup>.

Au-delà de la formation initiale, la formation continue peine pallier les carences en compétences. Ce thème n'est pas obligatoire dans leur formation. Faute de temps, les professionnels ne se forment pas volontairement. Il est à craindre que sans astreinte, la conduite des professionnels vis-à-vis de cette problématique n'évolue pas.

**En conclusion, les professionnels ne sont pas préparés à la réalité des situations et des pratiques.** La plupart des médecins estime n'avoir pas acquis suffisamment de compétences en la matière. Ils n'ont ni les moyens, ni le

---

24. Les médecins recevant moins de 10 heures de formation sur la maltraitance déclarent significativement moins les situations que leurs confrères ayant bénéficié de plus de 10 heures.

25. Le constat semble être plus préoccupant concernant la maltraitance des autres personnes vulnérables comme les personnes âgées, ou les personnes handicapées, etc.

temps pour évaluer les situations correctement et pour réfléchir aux conduites à prendre. Sans formation adéquate, il n'y a pas de repérage possible des situations. Confronté à ces cas, le professionnel ne pourra pas les diagnostiquer, les révéler, ou par crainte de se tromper, il préférera se taire ou banaliser les troubles.

La multiplication des textes ajoutée à la crainte d'être poursuivi par les proches en cas d'erreur et à l'isolement qui touche en particulier les professionnels libéraux exacerbent les difficultés. Comment, dès lors qu'ils ne possèdent pas les outils leur permettant de faire face aux situations de terrain, espérer une meilleure participation dans la lutte contre la maltraitance, dans la détection des situations, la prise en charge et l'aide aux victimes ?

Dans leur majorité, les violences ne laissent pas de traces visibles (en particulier les violences psychologiques et les violences sexuelles). D'un côté les victimes ne parlent pas, d'un autre côté, le professionnel n'est pas prêt à envisager de telles situations. **Être formé au repérage de tous les troubles et manifestations** causés par les violences et aux suites qui seront données à son intervention permet d'aborder la question avec les victimes, d'avoir un comportement approprié et d'agir avec plus de légitimité.

De plus, la formation permet de lutter contre ses propres préjugés. Les violences intra familiales, comme les violences conjugales, sont méconnues et portent nombre d'idées reçues et de stéréotypes. Par exemple, les professionnels sont conduits à penser des contextes plus fréquents dans les milieux défavorisés. Or cette affirmation est liée à un biais : les travailleurs sociaux n'entrent jamais dans les logements des classes favorisées. En réalité, la maltraitance est commune à toutes les classes sociales, car les facteurs psycho affectifs sont plus prédictifs que les facteurs socioéconomiques.

La formation (continue et initiale) devrait être pluri professionnelle, la méthodologie devrait favoriser l'aspect pratique et la mise en situation (études de cas, jeux de rôle, analyses de pratiques, etc.), pour éviter l'effacement des savoirs. Si les formations traitant des aspects juridiques<sup>26</sup> de la lutte contre la maltraitance semblent mieux intégrées par les professionnels que lorsque le sujet porte sur la pratique clinique, des lacunes existent sur l'appréhension des codes et des lois et sur leur application à des cas pratiques. Par exemple, sur les modalités des signalements (administratif ou judiciaire ?), sur les mises en situation (comment rédiger un signalement ? comment alerter, quelle est l'autorité compétente, etc.), et sur l'évolution législative.

---

26. Informations sur la loi et les obligations légales en matière de maltraitements de l'enfant.

Outre la formation des professionnels concernés, on note le bénéfice des campagnes d'information grand public (comme lors du confinement), qui peuvent attirer l'attention sur les besoins fondamentaux des enfants, les facteurs de risques de maltraitance, les dispositifs de prévention existants, les notions de droits et intérêt supérieur de l'enfant, la parentalité et l'autorité parentale.

## **LE TRAUMATISME VARICANT OU L'USURE PAR COMPASSION**

Il s'agit des effets que peut connaître le professionnel qui travaille dans la relation d'aide aux victimes (thérapeutes, travailleurs sociaux, avocats, psychologues et autres professionnels du soin, etc.). L'écoute des victimes et leur accompagnement ont un effet perturbant. Les contrecoups varient selon le degré d'exposition, le milieu professionnel ou l'histoire personnelle de l'écouter. Sans en être conscient, il est envahi d'émotions fortes qui à la longue peuvent altérer son comportement et ses jugements. Il ne voit plus les situations de la même manière, influencé par les témoignages/récits des victimes. Il peut perdre son estime de soi, acquérir une vision négative du monde.

« Les schémas cognitifs de base du professionnel sont ébranlés au point de remettre en question ses cadres de référence existentiels... ». « Le processus de traumatisme varicant touche l'identité, la vision du monde, la spiritualité ».

Souvent confondu avec le burn-out ou épuisement professionnel, le traumatisme varicant s'en distingue par ses causes. Le premier syndrome est causé par la charge de travail ou par le stress lié à l'organisation du travail, le second est provoqué par le contact répété et de longue durée avec du matériel traumatique.

Pour empêcher la crise, des stratégies existent qui consistent pour l'essentiel à repérer le phénomène et parfois à accepter son inéluctabilité. Le travail d'équipe, la supervision et le soutien par les pairs, les rencontres professionnelles, la présence d'alliés tant dans l'environnement professionnel que personnel, un agenda allégé pour limiter l'exposition, contribuent à ne pas faire abstraction des émotions causées par certaines prises en charge et permet de prévenir des comportements d'évitement, des ruptures avec l'entourage notamment avec les collègues ou confrères ne travaillant pas avec le trauma. Aucun professionnel ne devrait gérer seul des situations familiales chargées.

Notons le soutien en première ligne que peuvent apporter les psychologues, tant en termes de formation, qu'en terme d'accompagnement (travail indirect supposant une formation de base pluridisciplinaire). Selon les retours de responsables, l'aide qu'apportent les psychologues peuvent en fine améliorer l'écoute des intervenants face aux demandes des familles.

## Le travail en réseau et secret partagé

L'intervention individuelle d'un professionnel est un facteur d'échec dans le repérage des situations de violences envers les enfants. Institutionnellement cloisonné, ce dernier ne peut confronter ses points de vue à d'autres professionnels de mêmes compétences ou de compétences complémentaires. Il ne peut échanger sur ses doutes et améliorer son raisonnement. Il est l'objet de ses propres préjugés. **Et souvent, il peut ne pas prendre la décision de signaler.**

De plus, les victimes ont des besoins multiples et variés (information, soutien psychologique, accès aux conseils juridiques, aux soins, à la prise en charge des enfants, hébergement, etc.). Leur parcours est jalonné d'interventions de nombreux acteurs, selon leurs ressources. C'est pourquoi, **la mise en réseau de l'établissement libéral avec toutes les ressources du territoire** améliore les repérages des violences et la cohérence des réponses apportées aux victimes. Se pose alors la question du secret professionnel. La nécessité du travail en réseau est-elle contradictoire avec l'obligation du secret ?

## Le secret professionnel

Le secret professionnel est l'interdiction imposée à celui en est soumis de divulguer les informations dont il s'avère dépositaire (art 226-13 du code pénal). Ce secret professionnel est une obligation à laquelle est soumis le professionnel et non un droit. La soumission au secret professionnel dont la violation est un délit, protège juridiquement ce dernier qui est dispensé de dénoncer des faits (délictuels ou criminels) aux autorités administratives et judiciaires. L'exercice efficace de certaines fonctions, missions ou professions explique, dans l'intérêt général, que les confidences reçues ne puissent en aucun cas être divulguées. Elles sont couvertes par le secret professionnel.

Pour les professions de santé, la notion de secret professionnel se justifie aussi par la nécessité du lien de confiance entre un soignant et un patient. C'est depuis 1994, que l'obligation du secret professionnel s'applique aux soignants autres que les médecins et qu'il prévoit des sanctions pénales en cas de violation.

Chaque profession tenue au secret (magistrats, avocats, etc.) doit, pour l'appliquer, se référer aux dispositions légales et réglementaires les organisant. Il s'agit alors de se référer aux différents codes professionnels. Sous condition que ces professions participent à la mission, quel que soit leur poste, elles sont concernées par le secret professionnel (psychologues, éducateurs, assistantes maternelles de la PMI, enseignants, salariés des services des affaires sanitaires et sociales, intervenants du 119, etc.).

A contrario, il existe un devoir d'alerter les autorités judiciaires (procureur de la République, police ou gendarmerie) et/ou administratives (président du Conseil départemental) qui s'impose à toute personne qui aurait la connaissance de certains faits d'une particulière gravité (crime et mauvais traitements), ou en aurait été témoin (art. 434-3 du code pénal). C'est cette contraction qui peut rendre le signalement particulièrement difficile pour un professionnel.

Pourtant, certaines professions sont tenues d'agir. Par exemple, les fonctionnaires qui ont connaissance de crimes ou de délits dans l'exercice de leurs fonctions ou les personnels des services départementaux de la PMI, qui doivent alerter le médecin de la PMI, lequel prend toutes les mesures nécessaires et en rend compte au médecin responsable de service.

En ce qui concerne le médecin libéral, le code de déontologie médicale, prévoit que ce dernier, s'il est soumis par principe et avant tout au secret médical, **est autorisé à avertir l'autorité judiciaire s'il constate des sévices ou des mauvais traitements infligés à une personne**, sous réserve de son accord.

En effet, il ne faut pas que le strict respect du secret qui a été institué dans l'intérêt du patient soit source de dommage pour ce dernier, privé de la protection dont il aurait pu bénéficier. **La vulnérabilité d'un sujet** (un mineur, une personne âgée, une personne handicapée...) est un des motifs de dérogation du secret professionnel des professions de santé.

**S'agissant d'un mineur, l'accord de l'intéressé n'est pas nécessaire.** Si un mineur est en cause, l'art 43 (art. 4127-43 du CSP), stipule que « le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage ».

La protection des victimes de maltraitance, notamment les plus vulnérables (les enfants, les personnes âgées ou handicapées) doit l'emporter sur le respect du secret, **pour prévenir d'autres actes de maltraitance** et non pour dénoncer.

« 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, en faisant preuve de prudence et de circonspection. Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il alerte les autorités judiciaires ou administratives sauf circonstance particulière **qu'il apprécie en conscience.** » art 44 (art. 4122-44 du CSP).

L'article 226-14 du CP a par ailleurs été rédigé ainsi « l'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

- A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;
- Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ; [...]
- Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire. »

Cette exception s'appliquant aux infirmières, aux auxiliaires, puéricultrices, assistances maternelles, les institut.eurs.rices...

En effet, si le principe du secret est absolu pour les soignants, il comporte des exceptions, quand la protection des victimes, notamment les plus vulnérables, doit l'emporter sur le respect du secret. Dans certains cas, prévus par la loi, **le secret peut ou doit être levé ou partagé.**

---

27. Art. 226-13 du code pénal (CP), « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état, soit par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende ». L'atteinte au secret professionnel est un délit.

## La levée du secret professionnel ...

Le **secret professionnel peut être levé**, quand la loi impose ou autorise sa levée, notamment, « il n'est pas applicable à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives, de privations ou de sévices, y compris quand il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à **un mineur** ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique. », article 226-14 du CP.

En d'autres termes, les professionnels tenus au secret ont l'obligation d'intervenir :

1/ en cas de péril imminent c'est-à-dire quand l'inaction engage un risque vital présent ou un danger majeur pour le développement du mineur ou lorsqu'il a la possibilité d'empêcher sans courir de risque, un crime ou un délit contre l'intégrité corporelle de la personne. Si le professionnel s'abstient de lever le secret et de réagir, il peut être poursuivi pour non-assistance à personne en danger. La notion de péril correspond aux situations de danger absolu, nécessitant une intervention immédiate.

Les demandes d'hospitalisation sont faites sous ce couvert, une première intention pour protéger l'enfant. Le professionnel établit également comme le demande la loi une information préoccupante au CRIP (ou un signalement judiciaire).

2/ dans les cas où un mineur de moins de 15 ans est impliqué, le secret professionnel ne tient plus. Entre 15 et 18 ans, le professionnel n'a plus l'obligation, mais la possibilité du signalement, il doit juger en conscience et le danger imminent que court le mineur. Face à **des situations de maltraitance sur mineurs de moins de 15 ans**, le professionnel doit lever le secret professionnel sans encourir de poursuites au niveau de sa responsabilité (civile, pénale ou disciplinaire) du seul fait du signalement (sauf cas de mauvaise foi).

3/ dans les autres situations, le professionnel a la possibilité (et non plus l'obligation) de lever le secret professionnel, par un signalement. Il s'agit alors de bien évaluer la situation. Cette possibilité participe aux hésitations du professionnel, elle laisse intervenir dans sa décision des déterminants comme son histoire personnelle, son expérience professionnelle, etc.

Le médecin ou les autres professionnels de santé peuvent avec l'accord de la victime porter à la connaissance du procureur de la République ou de la

CRIP<sup>28</sup>, les sévices ou privations qu'ils ont constatés sur le plan physique ou psychique dans l'exercice de leur profession et qui leur permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque **la victime est mineure** ou lorsqu'il s'agit d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger, son accord n'est pas nécessaire. Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues (art. 226-14 du code pénal), ne peut engager la responsabilité civile ou disciplinaire de ses auteurs, sauf s'il est établi qu'ils n'ont pas agi de bonne foi.

En offrant la possibilité de ne pas signaler (art 226-13), le texte laisse aux professionnels une « **option de conscience** ». Cependant, ils courent le risque d'être poursuivis pour défaut de signalement dans le cas où n'ayant rien fait, tout en ayant connaissance des faits, ils seraient en porte à faux avec d'autres professionnels ayant réagi...

On notera que le défaut de signalement est fréquemment rencontré et constitue la situation la plus grave de non-assistance à personne en danger sanctionnée par l'article 223-6 (CP) « sera puni des mêmes peines (5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende) quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que sans risque pour lui ou pour les siens, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. »

Dans le dernier cas (3), concernant les mineurs, le médecin est considéré apte à prendre ou non la décision de divulguer les situations, c'est un arbitrage personnel, « rendre en conscience ». Cela conduit à une certaine variété des décisions dans la pratique, car dépendante des subjectivités du professionnel.

On notera que dans le cas de mineurs, et dans l'exigence de leur intérêt (art. 226-2-2 du CASF) permet aux professionnels (pas forcément de santé) de procéder à une IP sans informer les détenteurs de l'autorité parentale, tuteur ou mineur lui-même. Cet article trouve sa traduction dans le code de santé publique à l'art R4127-44 dans le cas où le médecin constate sur le corps de la victime des traces de mauvais traitements, ou apprend de la victime les maltraitances subies.

---

28. Cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être.

### ... dans le cadre du secret partagé

La loi du 5 mars 2007 a instauré la possibilité d'échanger entre professionnels des informations à caractère secret afin d'assurer **une meilleure prise en charge des soins**. Elle entérine le caractère collégial et interdisciplinaire et la prise en charge des personnes vulnérables victimes de maltraitance et évite l'isolement des professionnels.

L'art. L226-2 du code de l'action sociale et des familles stipule « par exception à l'art. 226-13 du code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de la protection de l'enfance définie à l'art. L112-3 CASF, **ou qui lui apportent leur concours**, sont **autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret** afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre des actions de protection et d'aide dont les mineurs et leurs familles peuvent bénéficier. Le partage d'informations préoccupantes (IP) relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est **nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance**. Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité, sont préalablement informés selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant ».

Le professionnel est ainsi incité à partager le secret professionnel, dans le cas où il apporte son concours à la politique de protection de l'enfance, qu'il se trouve bien dans cette mission et qu'il est prêt à accepter les conditions des art. L226-2 du CASF<sup>29</sup>.

---

29. Art. L226-2-1 « Sans préjudice des dispositions du II de l'article L. 226-4, les personnes qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ainsi que celles qui lui apportent leur concours transmettent sans délai au président du Conseil départemental ou au responsable désigné par lui, conformément à l'article L. 226-3, toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être, au sens de l'article 375 du code civil. Lorsque cette information est couverte par le secret professionnel, sa transmission est assurée dans le respect de l'article L. 226-2-2 du présent code. Cette transmission a pour but de permettre d'évaluer la situation du mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier. Sauf intérêt contraire de l'enfant, le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale ou le tuteur sont préalablement informés de cette transmission, selon des modalités adaptées. »

Art. L226-2-2 « Par exception à l'article 226-13 du code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant. »

La loi du 27 janvier 2016 de modernisation du système de santé, complétée par deux décrets 2016-994 et 2016-996, permet aux professionnels de santé et à d'autres professionnels de partager les informations couvertes par le secret médical sous certaines conditions.

Ainsi des professions peuvent échanger des informations uniquement dans le cas où ils participent tous à la prise en charge d'une même personne. Les informations échangées doivent être nécessaires à la coordination et à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social. Elles doivent entrer dans le périmètre des missions des professions concernées (R1110-1 du CSP).

L'article R1110-2 du code de la santé publique complète le dispositif en élargissant le périmètre des professions concernées par le secret partagé aux professionnels de santé et/ou du secteur médico-social ou social.

Cette disposition oblige les professionnels à connaître les domaines de chacun pour éviter une transmission inappropriée des informations.

Décloisonner les disciplines et les institutions repose sur le concept de **secret partagé**. Le secret partagé est mobilisable quand le professionnel effectue un travail en interdisciplinarité autour de pathologies ou de missions comme par exemple la périnatalité. Il favorise une information commune sur des sujets communs afin de développer une **culture commune de la problématique** (réunions avec la PMI, avec les libéraux de santé (sage-femmes, médecins, pédiatres, auxiliaires médicaux), avec les psychologues, etc.)

Pour les services départementaux, il permet d'effectuer une évaluation pluridisciplinaire de la situation de l'enfant. Chaque professionnel impliqué aura une connaissance plus précise de la situation et pourra mettre en œuvre la procédure appropriée. De plus, cette mise en partage permet de mieux expliquer aux familles les orientations proposées.

L'information est partagée dans quels cas ? quatre conditions doivent être réunies.

- Le partage se fait uniquement entre les personnes, participant ou offrant leur concours à la même mission de protection de l'enfance (services de l'ASE, de la PMI, services hospitaliers, associations habilitées...);
- L'objectif doit être l'évaluation d'une situation individuelle et la mise en œuvre d'actions de protection et d'aide ;
- Le partage doit être limité aux informations strictement nécessaires à la mission ;

- Les représentants légaux de l'enfant doivent être informés sauf intérêt contraire de l'enfant.<sup>30</sup>

On notera toutefois que le **partage du secret professionnel élargi n'est pas imposé aux professionnels**. Il leur est laissé l'opportunité de refuser de transmettre des informations, sauf si leur refus porte atteinte à leur obligation de continuité des soins. Outre les professionnels de santé mentionnés dans la quatrième partie du code de la santé publique (médecins, chirurgiens-dentistes, sages femmes, etc. d'autres professions sont concernées :

Les assistants sociaux, ostéopathes, psychologues, chiropracteurs, psychothérapeutes, aides médico psychologiques, assistants maternels et assistants familiaux, éducateurs et aides familiales, personnels pédagogiques occasionnels des accueils collectifs des mineurs, etc...

Toute transmission d'information entre un professionnel de santé et un autre professionnel ne faisant pas partie de la liste pourrait être considérée comme une violation du secret professionnel.

---

30. Quand le professionnel n'est pas partie prenante d'une équipe de soins et qu'il souhaite échanger des informations dans le cadre d'un suivi d'un patient, ce dernier ou son représentant légal doit en être informé au préalable (consentement écrit sauf en cas d'impossibilité ou d'urgence). Le document se présenter sous une forme dématérialisée et doit indiquer les modalités effectives d'exercice des droits du patients, ainsi que ceux qui s'attachent aux traitements opérés sur l'information recueillie. Le patient doit connaître : la nature et la catégorie des informations qui doivent être échangées ; l'identité du destinataire (sa catégorie, sa qualité au sein de sa structure précisément définie) ; la nature des supports utilisés pour le partage et les mesures prises pour préserver leur sécurité, notamment les restrictions d'accès.



Vos partenaires pour vos formations en création d'entreprise  
Fondé en 1998, le réseau des **ORIFF-PL** et l'**ONIFF-PL**  
vous offrent des formations à la création,  
gestion et développement d'une entreprise libérale.

Envie de créer une entreprise libérale ? Nouvelles professions sous le statut libéral ?  
Créez.

Que vous soyez en phase de réflexion, en cours de rédaction de votre business plan ou en développement, le réseau des ORIFF-PL et de l'ONIFF-PL vous aide à réaliser votre projet en partenariat avec le fonds interprofessionnel de formation des professions libérales (FIF PL) et avec les instances régionales du développement économique (selon les régions).

**Pour les formations avant la création d'entreprise, la prise en charge est de maximum 5 jours par an sur un plafond de 250 € par jour de formation.** Exemple de formations pour les porteurs de projets : « 5 jours pour entreprendre en libéral » ou « L'auto-entrepreneuriat / droits, obligations et opportunités de passage en micro ou réel ».

**Pour les formations après la création d'entreprise, la prise en charge est de maximum 2 jours par an sur un plafond de 250 € par jour de formation.** Exemple de formation pour les professionnels libéraux installés : « La comptabilité de A à Z pour les professionnels libéraux assujettis et non assujettis à la TVA » ou « Comment estimer ses prestations / Valoriser et justifier ses honoraires », etc.

**oniffpl**  
OFFICE NATIONAL D'INFORMATION, DE FORMATION  
ET DE FORMALITÉS DES PROFESSIONS LIBÉRALES

N'hésitez pas à contacter les Maisons des professions libérales  
en régions et départements. Toutes les coordonnées sur [oniffpl.fr](http://oniffpl.fr)

## LE SYSTÈME DE PROTECTION DE L'ENFANCE EN FRANCE

Les chiffres des services de protection de l'enfance relèvent fin 2018, **355 000 mesures mises en œuvre en cours**, soit une augmentation de 35% depuis 1996. La France est en tête des pays européens en termes de nombre de mesures de protection des mineurs. Elles se partagent entre :

- les placements (53 % soit plus de 170 000 mesures de placement). Les placements concernent les enfants qui ont en moyenne 12 ans, principalement des enfants âgés de 11 à 17 ans, soit 55% d'entre eux. Alors que les enfants de moins de 10 ans représentent 14% de cette population, 12% des enfants placés sont majeurs. Les garçons sont plus nombreux que les filles. Ils représentent 61% des enfants confiés (alors qu'ils sont 51% de la population générale), et pour la classe d'âge 16-17 ans, ils ont une part égale à 72%. Cette part s'est accrue ces dernières années en raison de l'accroissement des mineurs non accompagnés, des garçons de cette classe d'âge précisément.
- et les mesures d'actions éducatives, pour 47% (action éducative à domicile ou action éducative en milieu ouvert). De même que les placements, les mesure d'actions éducatives concernent plutôt les garçons (57%), avec une prééminence des actions éducatives à domicile (59%). La moitié des bénéficiaires d'actions éducatives ont entre 11 et 17 ans, 30% sont âgés de 6 à 10 ans. Les actions éducatives concernent moins les enfants de moins de 5 ans et de moins de 3 ans.

Selon le 15ième rapport de l'ONPE, au 31 décembre 2019, le nombre de jeunes majeurs relevant d'un suivi de protection de l'enfance est estimé à 24 700, soit 10,2% des jeunes de 18 à 21 ans, une hausse de 15% entre 2018 et 2019.

Les dépenses de l'ASE s'élèvent en 2019 à 8,56 Mds d'€ (métropole et DOM hors Mayotte), en croissance de 3,1% par rapport à 2018.

### Un système intégré...

Le système de protection de l'enfance s'appuie sur des documents juridiques internationaux et européens relatifs aux Droits de l'Homme. On peut citer, la

Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies (art. 13 et 19)<sup>31</sup> et la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (art. 24<sup>32</sup>).

L'UNICEF définit un système de protection de l'enfance comme étant : « *l'ensemble des lois, politiques, règlements et services qui, dans tous les secteurs sociaux, en particulier la protection sociale, l'enseignement, la santé, la sécurité et la justice, permettent de soutenir la prévention et l'action à mener face aux risques posés. Ils font partie de la protection sociale, mais dépassent le cadre de celle-ci. [...] Les responsabilités sont souvent réparties entre plusieurs organismes publics, les services étant fournis par les pouvoirs locaux, des agents non étatiques et des associations locales, qui permettent d'assurer la coordination entre les différents secteurs et à différents niveaux, notamment grâce aux systèmes d'orientation, composante cruciale un système de protection efficace.* »

En France, la protection de l'enfance est organisée **comme un système intégré** qui place l'enfant au cœur de ses préoccupations. En effet, une protection qui ne traiterait que des questions particulières ou des groupes spécifiques d'enfants vulnérables comporterait des limites. Des réponses fragmentées ne sont pas considérées comme une solution durable et efficace, car l'enfant a des besoins multiples et variés. Ainsi, l'Etat doit intégrer un cadre diversifié et systématique permettant de répondre à toutes les situations de violences auxquelles un enfant pourrait faire face.

Plus concrètement, l'Etat doit veiller à ce que **tous les acteurs et systèmes** (éducation, santé, protection sociale, justice, société civile, communauté et famille) **œuvrent de concert pour prévenir et aider** contre la maltraitance, l'exploitation, la négligence et d'autres formes de violence faites aux enfants et pour **protéger** les enfants.

31. <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>

32. Article 24 - Droits de l'enfant : 1- Les enfants ont droit à la protection et aux soins nécessaires à leur bien-être. Ils peuvent exprimer leur opinion librement. Celle-ci est prise en considération pour les sujets qui les concernent, en fonction de leur âge et de leur maturité. 2 -Dans tous les actes relatifs aux enfants, qu'ils soient accomplis par les autorités publiques ou des institutions privées, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale. 3- Tout enfant a le droit d'entretenir régulièrement des relations personnelles et des contacts directs avec ses deux parents, sauf si cela est contraire à son intérêt.

Les principaux éléments des systèmes de protection de l'enfance se concentrent sur les domaines suivants :

1. Un cadre législatif et réglementaire national, y compris les politiques de protection de l'enfance ;
2. Des autorités nationales responsables de la protection de l'enfance et des prestataires de services ;
3. Des ressources humaines et financières, notamment les qualifications et la formation du personnel ;
4. Des procédures permettant d'identifier et de signaler les enfants qui ont besoin d'une protection et des procédures permettant de confier les enfants à des structures alternatives de placement ;
5. Des systèmes de responsabilisation et de contrôle, notamment la surveillance et le développement d'indicateurs de qualité communs.

### ... qui a peu évolué avec les besoins

Décentralisé depuis 1983 et confié aux départements, le système de protection en France montre une inéquité territoriale préoccupante. Car entre temps, si les budgets n'ont pas baissé, ils ne se sont pas adaptés au nombre croissant des mineurs suivis en protection de l'enfance (selon les chiffres de la justice), ni à la complexité des situations, ni même aux difficultés socio-économiques des familles. Trois raisons expliquent la situation : la raréfaction des ressources des départements finançant les politiques sociales (les jeunes majeurs seraient « sacrifiés » quand les départements doivent arbitrer dans leurs dépenses), la forte hausse des MNA (Mineurs non accompagnés) et le peu de priorité accordé à l'éducation dans la prise en charge des enfants en danger. Par ex. peu de suivis psychiatriques ou psychologiques pour les enfants ayant vécu ou ayant été témoins de violences, alors que sont connues l'ampleur des séquelles (handicaps sociaux).

#### **L'AIDE SOCIALE À L'ENFANCE (ASE) PENDANT LA COVID 19**

Comme dans tous les services publics liés au social et à la solidarité, le fonctionnement des services de l'ASE a durement été perturbé par les épisodes de la crise sanitaire. Le secteur de l'ASE comprend aussi bien les pouponnières, que les foyers gérés par les associations, les familles d'accueil, les éducateurs, les assistantes sociales dont certaines se déplacent à domicile.

L'ASE accueille 175 000 enfants et jeunes majeurs (60 000 d'entre eux sont placés sur décision de justice, ou par la volonté des parents dans des foyers gérés par des associations, ou dans des familles d'accueil agréées). Les conditions de travail se sont dégradées, pour les salariés et nombre de professionnels et associations en relation avec la protection de l'enfance, les réunions d'équipe et moments d'échanges collectifs entre professionnels et jeunes ont été suspendus.

Surcharges administratives, turnover dans les structures, fermetures de places et augmentation des mesures de placement, saturation des foyers d'urgence, qui d'accueils provisoires s'installent dans la durée faute de placements pérennes, sur effectifs dans les familles d'accueil... ces difficultés datent d'avant la crise. Cependant la crise sociale qui a suivi la crise sanitaire les a exacerbées, avec la multiplication des fragilités familiales et des remontées d'informations préoccupantes.

Cependant, comme le montre le 15<sup>ème</sup> rapport de l'ONPE au gouvernement et au parlement (septembre 2021), tout en soulignant le caractère exceptionnel de l'année 2020, les services et les pratiques professionnelles ont su s'adapter d'un modèle à l'autre. Dans les dispositifs d'accueil, une attention particulière a été portée aux enfants avec un recentrage sur les rythmes et les activités, allégés des contraintes extérieures. Pour ce qui concerne les interventions à domicile, bien que bouleversées par les restrictions, elles ont su développer d'autres modalités d'actions. De plus, des bénévoles, des volontaires et d'autres associations se sont manifestés et ont montré par leur contribution les préoccupations de la société civile à l'égard de la mission de protection de l'enfance pendant la période.

**Pour en savoir plus :** quinzième rapport de l'ONPE au gouvernement et au parlement, année 2020, ONPE, septembre 2021.

Plusieurs instances indépendantes ont alerté sur le sous dimensionnement du système vis-à-vis des nouveaux besoins et enjeux de la protection des mineurs.

Pour la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), ce n'est pas moins de 29 recommandations qu'il s'agit de mettre en œuvre, ainsi qu'une réflexion urgente à porter vis-à-vis de l'organisation des politiques publiques protection.

Car bien que l'intérêt de l'enfant préside aux dispositifs le concernant, il subsiste encore de nombreux dysfonctionnements selon l'analyse de la CNCDH. Sont pointés, **l'insuffisance de la formation** des acteurs aux règles juridiques applicables, ou des délais d'exécution des décisions de justice trop longs, l'hétérogénéité de la prise en charge selon les départements (la compétence sur ces questions est confiée au Conseil départemental), le manque de coordination entre les acteurs dans le suivi des situations et l'absence d'un référent stable. L'absence de moyens humains et financiers handicape terriblement les acteurs. Enfin, un fonctionnement des institutions peu communiquant entre tous les acteurs de la chaîne, y compris avec les familles, mettent en péril le respect des droits fondamentaux des enfants.

Il en résulte que toutes les décisions de justice sont souvent guidées par des considérations matérielles ou dans l'urgence, pour répondre au besoin immédiat de protection, et non dans l'intérêt supérieur de l'enfant, dont les besoins ne sont pas évalués dans leur globalité (notamment en termes de maintien de ses liens affectifs, de santé et d'éducation).

Deux points très préoccupants sont le **droit à la santé des mineurs** qui doit être renforcé (avec des professionnels dédiés et spécifiquement formés) pour des mineurs polytraumatisés, ou quelques fois en situation de handicap (pour 5% d'entre eux), et le **droit à l'éducation** qui pâtit d'un manque de personnels dédiés et dotés de formations spécifiques.

Enfin, à la majorité, les enfants suivis sortent du système de l'ASE car il n'est pas prévu une prolongation automatique du soutien. Nombre de jeunes majeurs sont alors précarisés.

## L'INTÉRÊT DE L'ENFANT

Le souci porté à l'intérêt de l'enfant est très récent. Ce n'est qu'au XXe siècle par la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE)<sup>33</sup>, proclamée par l'ONU le 20 novembre 1989 et ratifiée par la France en 1990 que la notion se précise et qu'elle essaime de nombreux textes en droit français.

---

33. L'article 3 de la CIDE pose « dans toutes les décisions concernant 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 ».

La difficulté pour les professionnels devant l'appliquer, est que cette notion est mal définie. L'absence de définition ou de critères précis permet la justification de décisions prises au cas par cas.

Elles sont en effet entachées de subjectivité, celle de celui qui prend la décision. Dans la pratique, l'intervenant prend une mesure concernant l'enfant en fonction de son évaluation, comme étant dans l'intérêt de l'enfant à l'instant et dans une perspective future.

Autrement dit, le preneur de décision adapte le concept de « l'intérêt de l'enfant » aux situations rencontrées, mais il risque également, étant donné la marge de manœuvre laissée par la plasticité de la justification, d'imposer sa propre conception du principe « d'intérêt supérieur » au vue de son appréciation générale du contexte familial au détriment de l'enfant.

Ainsi l'intérêt supérieur de l'enfant, est moins un concept juridique qu'un principe général dans lequel l'appréciation du tiers preneur de décision, considéré comme expert (travailleur social, juge, institution...) est déterminante.

Au regard de la situation, la CIDE a précisé les facteurs qui sont à prendre en compte, tels que les conditions d'un développement harmonieux de l'enfant, tel que le droit de vivre avec ses parents mais aussi bien d'être protégé du danger qu'ils peuvent représenter pour lui. L'intérêt de l'enfant doit conduire à son bon développement physique et intellectuel, à son épanouissement, son équilibre, sa sécurité, et sa santé.

On notera qu'à la notion d'intérêt de l'enfant, s'est ajoutée celle du danger (loi de 2007) comme fondement de l'assistance éducative, qui détermine les actions de l'ASE.

## Les dispositifs législatifs

La protection de l'enfance en France, telle que définie par l'art. L.112-3 du code de l'action sociale et des familles « vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits ».

Les dispositifs législatifs chercheront à couvrir de nombreux aspects allant de la prévention au repérage des situations de danger ou des risques de danger, jusqu'à la mise en œuvre de mesures de protection administrative ou judiciaire des mineurs et des majeurs de moins de 21 ans. **Les mesures administratives et les mesures judiciaires sont au cœur du dispositif.** Elles répondent à des besoins complémentaires et différents.

## Quelques dates marquantes de la protection de l'enfance

(en vert, les évènements de portée internationale)

**1924 : l'adoption de la Déclaration de Genève** par la Société des Nations reconnaît et affirme pour la première fois des droits spécifiques aux enfants et la responsabilité des adultes à leur égard. Bien que juridiquement non contraignant pour les Etats, ce texte fonde les politiques de la reconnaissance des droits de l'enfant.

**2 février 1945 : l'ordonnance relative à l'enfance délinquante** considère les mineurs délinquants comme des êtres vulnérables qu'il convient de protéger. Elle consacre la primauté de l'éducatif sur le répressif en prévoyant que « les mineurs reconnus coupables d'infractions pénales font l'objet de mesures de protection, d'assistance, de surveillance et d'éducation [...] ».

**20 novembre 1959 : la Déclaration des droits des enfants** est approuvée par l'Assemblée générale de l'ONU. Les droits de l'enfants sont reconnus fondamentaux et universels, par des pays de cultures différentes.

**10 juillet 1989 : la loi relative à la protection des mineurs et à la prévention des mauvais traitements** voit le jour. Cette loi organise au niveau départemental le signalement des enfants en danger et donne au président du Conseil Général (conseil départemental) la mission d'animer le système centralisé de recueil des informations concernant les enfants maltraités en lien avec l'Etat et les autorités judiciaires.

**20 novembre 1989** : l'Assemblée générale des Nations Unies adopte **la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE)**, qui est le premier texte contraignant les pays signataires. Il consacre l'enfant comme une personne à part entière, acteur et sujet de droits propres.

**20 novembre 1990** : la Convention internationale des droits de l'enfant est ratifiée par la France.

**4 avril 2006 : la loi n° 2006-399** renforce la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs.

**5 mars 2007 : la loi n°2007-293 réformant la protection de l'enfance** permet de définir clairement les objectifs et le champ de la politique de protection. Elle renforce la prévention par une détection précoce des situations à risque, réorganise les procédures de signalement, diversifie les modes de prise en charge des enfants et s'adresse à l'ensemble des enfants et parents (article L 112-3 du Code de l'action sociale et des familles). C'est désormais le Conseil départemental et son Président<sup>34</sup> qui ont la responsabilité d'assurer le recueil, le traitement et l'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger (via les CRIP). Le texte instaure la primauté de la protection administrative sur la protection judiciaire, en clarifiant le partage de compétences entre autorité administrative - i.e. les services de protection de l'enfance des départements- et judiciaire - i.e. le Procureur de la République. La confusion entre signalement judiciaire et signalement administratif disparaît.

**9 juillet 2010 : la loi n°2010-769** se place au cœur des préoccupations relatives à l'exercice du droit de visite, notamment au sein de lieux neutres (articles 373-2-1 et 373-2-9 du Code civil).

**29 mars 2011** : sur la recommandation du comité des droits de l'enfant de l'ONU, la France installe un **défenseur des droits**. Le défenseur des droits est une autorité administrative indépendante, compétente pour traiter les réclamations d'accès des enfants à leurs droits<sup>35</sup>. Le défenseur est saisi<sup>36</sup>, ou peut se saisir d'office, lorsque les droits d'un enfant ne sont pas reconnus ou que son intérêt est remis en cause. Vis-à-vis des enfants, le défenseur intervient dans de nombreux domaines comme la protection de l'enfance, la santé, le handicap, la justice pénale, la scolarisation, les mineurs étrangers<sup>37</sup>, l'adoption...

34. Le président du Conseil général est le personnage central de la protection de l'enfance.

35. Article 4 de la loi organique du 29 mars 2011, relative au Défenseur des droits.

36. Le défenseur des droits peut être saisi par un mineur, par l'entourage du mineur (famille), par une association dont les statuts lui permettent de défendre les droits des enfants, par des services sociaux et médicaux, etc. sur [www.defenseurdesdroits.fr](http://www.defenseurdesdroits.fr) rubrique "saisir" ; par un courrier gratuit et sans affranchissement (à Défenseur des droits, Libre réponse 71120, 75342 Paris CEDEX 07), ou au 09 69 39 00 00.

37. Le défenseur des droits est compétent pour les droits des enfants français et étrangers vivant en France et pour les droits des enfants français vivant à l'étranger.

Le défenseur des droits s'assure du respect de ces droits notamment au respect de « l'intérêt supérieur de l'enfant »<sup>38</sup>, qui doit être primordial et prioritaire sur tout autre droit. Il appuie son action sur les droits fondamentaux des enfants définis par la Convention internationale des droits de l'enfant et reconnus par la loi.

**Quelques chiffres (2018) :**

- 1 500 enfants en situation de handicap en attente d'auxiliaires de vie scolaire ;
- 3 millions d'enfants en situation de pauvreté ;
- 1 enfant sur 3, privé de vacances ;
- 275 enfants placés en centre de rétention administrative en 2017 ;
- 22 100 mineurs non accompagnés en 2017 ;
- 20% de mineurs parmi les personnes sans domicile ;
- 1 personne sur 2 ne peut citer aucun droit de l'enfant ;
- ABSENCE DE DONNEES sur les décès d'enfants victimes de maltraitements.

Source : <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/a-la-une/2018/11/droits-de-lenfant-les-grandes-dates>

**4 août 2014 : la loi n° 2014-873 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes** renforce la protection de l'enfant et consolide les dispositifs de protection des victimes (articles 221-5-5 et 222-48-2 du Code pénal et articles 378 et 379-1 du Code civil)<sup>39</sup>.

---

38. L'intérêt de l'enfant apparaît dans la loi du 5 mars 2007, relative à la protection de l'enfance, qui introduit dans le code de l'aide sociale familiale (CASF). L'article L112-4 transcrit : « 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 les décisions le concernant. ».

39. Sur l'autorité parentale : les articles 221-5-5 et 222-48-2 du code pénal obligent la juridiction à se prononcer sur le retrait total ou partiel de l'autorité parentale ou de l'exercice de l'autorité parentale, en application des articles 378 et 379-1 du code civil, lorsqu'elle condamne pour un crime ou un délit d'atteinte volontaire à la vie, d'atteinte volontaire à l'intégrité de la personne, de viol et d'agression sexuelle ou de harcèlement commis par le père ou la mère sur la personne de son enfant ou de l'autre parent.

L'article 378-1 du code civil prévoit que les pères et mères peuvent se voir retirer totalement l'autorité parentale, en dehors de toute condamnation pénale, notamment lorsque l'enfant est témoin de pressions ou de violences, à caractère physique ou psychologique, exercées par l'un des parents sur la personne de l'autre, mettant manifestement en danger la sécurité, la santé ou la moralité de l'enfant.

L'article 378-2 du C. Civil prévoit que l'exercice de l'autorité parentale et les droits de visite et d'hébergement sont suspendus de plein droit jusqu'à la décision du juge et pour une durée maximale de 6 mois en cas de crime commis sur la personne de l'autre parent.

**1<sup>er</sup> novembre 2014 : la Convention sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique du Conseil de l'Europe**, signée par la France le 11 mai 2011, entre en vigueur en France.

**14 mars 2016 : la loi n° 2016-297** relative à la protection de l'enfant complète la loi de 2007, en mettant l'accent sur la place centrale de l'enfant<sup>40</sup> dans le dispositif de protection. Il est demandé aux institutions de repérer plus tôt les jeunes en danger (par la notion de repérage et de traitement des situations préoccupantes et par la mise en œuvre de protocoles de prévention entre le Président du département et les responsables institutionnels et associatifs en charge des actions de prévention), de stabiliser leur parcours lorsqu'ils bénéficient d'un placement, de mettre en œuvre des outils d'évaluation de l'offre de prise en charge et d'assurer une égalité de traitement des enfants et de leur famille sur tout le territoire. Dans la foulée, la loi de 2016 donne lieu à :

1. Un plan ministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019 promouvant notamment la sensibilisation, la formation, le repérage des enfants victimes de violences au sein du couple ;
2. En juillet 2021, un projet de loi sur la protection de l'enfance est déposé à l'Assemblée nationale par Adrien TAQUET, Secrétaire d'Etat chargé de l'enfance (suite à un long cycle de consultations et de divers dispositifs partenariaux sous l'égide du gouvernement). Le texte a été présenté au Conseil des ministres du 16 juin 2021. Le gouvernement a engagé la procédure accélérée sur ce texte. Cf. encadré : Projet de loi relatif à la protection des enfants.

**2021** : projet de loi relatif à la protection des enfants (en préparation).

---

40. L'enfant est associé aux décisions qui le concernent selon son degré de maturité. Quelques années plus tard, dans son rapport annuel de novembre 2020, la défenseuse des droits, Claire HEDON et le défenseur des enfants, Éric DELEMAR « Prendre en compte la parole de l'enfant : un droit pour l'enfant, un devoir pour l'adulte », souligne la nécessaire participation, individuelle ou collective de l'enfant dans les procédures qui le concernent. En effet, sans cette participation, y compris des plus vulnérables, les institutions risquent de produire une réponse inadaptée ou tardive aux besoins des enfants, et risquent d'accroître leur mal être et leur sentiment de ne pas être écoutés, crus ou soutenus. Dans le contexte actuel, le rapport pointe le manque de formation et de sensibilisation de la société et des professionnels en charge de leur protection à ces aspects, auxquels s'ajoute le manque de considération à l'égard des enfants et de leur opinion.

## PROJET DE LOI RELATIF À LA PROTECTION DES ENFANTS

Ce projet de loi s'inscrit dans la nouvelle stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance (O. VERAN/A. TAQUET) pour Garantir à chaque enfant les mêmes chances et les mêmes droits.

Le ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier VERAN, et le secrétaire d'État auprès du ministre des Solidarités et de la Santé, chargé de l'Enfance et des Familles, Adrien TAQUET, ont présenté un projet de loi relatif à la protection des enfants.

Depuis 2017, le Gouvernement a engagé une action volontariste en faveur de l'enfance, incarnée en 2019 par la création d'un secrétariat d'État dédié à la protection de l'enfance. La stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 annoncée dès octobre 2019 a pour ambition de garantir à chaque enfant les mêmes chances et les mêmes droits. Cette stratégie a été complétée par la politique des 1 000 premiers jours, avec pour objectif dans les deux cas de faire de la prévention un véritable pilier de l'action du Gouvernement et de lutter contre les inégalités de destin en agissant à la racine de ces inégalités. La politique menée par le Gouvernement allie depuis 2017 renforcement de la prévention et de la protection, que ce soit en accompagnant davantage les services de protection maternelle et infantile (PMI), en développant les structures accueillant les fratries, en accueillant mieux les enfants présentant des vulnérabilités spécifiques liées au handicap ou en luttant contre les sorties sèches de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Le projet de loi vient compléter et amplifier la dynamique ainsi engagée. La protection de l'enfance doit franchir une étape supplémentaire pour garantir aux enfants un cadre de vie sécurisant et serein, une véritable sécurité affective, et aux professionnels, un exercice amélioré de leurs missions. C'est l'objet de ce projet, préparé avec les départements, les acteurs de la société civile et les associations.

**1. Améliorer le quotidien des enfants protégés** Le projet de loi interdit l'hébergement des mineurs à l'hôtel afin de leur assurer des conditions de logement décentes et adaptées. Le projet de loi renforce également la sécurité affective des enfants confiés, que ce soit en rendant systématique la recherche de la possibilité de confier l'enfant à une personne de son entourage (famille ou amis connus), en faisant évoluer les règles de délégation parentale ou encore en informant systématiquement le juge des enfants en cas de changement de lieu de placement, afin de vérifier que celui-ci est bien dans l'intérêt du mineur.

**2. Mieux protéger les enfants contre les violences** Le texte systématise les contrôles de toutes les personnes intervenant auprès des enfants de l'ASE afin qu'aucune personne ayant été condamnée pour infractions sexuelles ne puisse travailler à leur contact. Afin de renforcer la qualité de l'accueil, une politique de lutte contre la maltraitance devra être formalisée dans tous les établissements, tandis que les signalements des faits de violences se feront désormais sur la base d'un référentiel unique partagé, pour s'assurer d'une plus grande qualité des signalements.

**3. Améliorer l'exercice du métier d'assistant familial** Afin de sécuriser les familles d'accueil qui accompagnent au quotidien plus de la moitié des enfants de l'ASE, le projet de loi prévoit la fixation d'une rémunération minimale de l'assistant familial pour l'accueil d'un seul enfant, mais aussi la possibilité, pour les professionnels qui le souhaitent, de poursuivre leur activité au-delà de 67 ans afin de poursuivre la prise en charge des enfants qui leur sont déjà confiés. Une base nationale des agréments est enfin créée afin de protéger les enfants en contrôlant mieux les professionnels qui exercent dans plusieurs départements, ou qui seraient susceptibles de changer de département à la suite d'un retrait d'agrément.

**4. Mieux piloter la politique de prévention et de protection de l'enfance** Le projet de loi réforme la gouvernance nationale de la protection de l'enfance en améliorant la coordination des instances nationales existantes et renforce les services de PMI dans leur rôle d'acteur pivot en matière de santé publique.

**5. Mieux protéger les mineurs non accompagnés** Le projet de loi rend plus équitable la répartition des mineurs non-accompagnés (MNA) sur le territoire, en prenant en considération les spécificités socio-économiques des départements, en particulier leur niveau de pauvreté, et en valorisant ceux accompagnant les MNA lors de leur passage de la majorité. Il rend enfin obligatoire pour tous les départements le recours au fichier d'aide à l'évaluation de la minorité (AEM), pour éviter le nomadisme administratif.

Ce projet de loi complète les actions déployées ces deux dernières années avec la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance pour donner toutes leurs chances à ceux dont les parcours de vie sont les plus compliqués.

Source : <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000043668561/>



# CPR-PL

COMMISSION PARITAIRE RÉGIONALE  
DES PROFESSIONS LIBÉRALES

UNAPL-CFDT-CFE-CGC-CFTC-CGT-CGT-FO



## SIGNALER UN CAS DE MALTRAITANCE

### Le 119 « Allo Enfance en danger »

C'est en 1989, lors du vote de la loi relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance que le service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée (« Allo, enfance maltraitée ») a vu le jour, sur le modèle italien du « Il telefono azzuro ». Le service bénéficie d'un numéro à trois chiffres : 119.

Son affichage est obligatoire dans tous les lieux recevant des mineurs (établissements scolaires, centres de loisirs et jeunesses, cabinets médicaux, services pédiatriques, PMI, etc.). C'est un numéro d'urgence, c'est-à-dire accessible gratuitement, y compris depuis les téléphones mobiles.

Le nom du service a suivi la loi de 2007 en élargissant la maltraitance aux situations de danger<sup>41</sup>.

**Le 119 s'adresse à tous les citoyens<sup>42</sup> de France métropolitaine et des départements d'Outre-Mer** en leur permettant d'évoquer une situation de mise en danger, de mauvais traitements auprès de professionnels de l'écoute et de la protection de l'enfance. L'appel est gratuit et accessible 24h/24h, il n'apparaît pas sur les factures détaillées dans le but de protéger les appelants. Le 119 travaille avec les départements, en charge de la prévention et de la protection de l'enfance.

Ses missions sont l'écoute, l'orientation, la transmission des informations (IP) aux départements (CRIP) pour une prise en charge.

---

41. La notion de maltraitance de mineurs apparaissait dans le code de l'action sociale et des familles. Le code civil (art. 375) parlait plutôt de mineurs en danger. La loi de 2007 a harmonisé les termes en reprenant la notion de « mineurs en danger », plus large. Elle a rendu les relations entre l'administratif et le judiciaire plus cohérentes et elle a renforcé la notion de prévention. Cependant pour les professionnels en charge, les notions de danger et de mise en danger restent subjectives et ambiguës. Apprécier une situation de mise en danger de façon trop rigide comporte des risques de mal interprétation des situations.

42. Ainsi, les enfants et les adolescents et jeunes majeurs confrontés à une situation de danger pour eux-mêmes ou une connaissance, autant que les adultes (famille proche ou élargie, voisins, enseignants, etc.) préoccupés ou confrontés à une situation d'enfant en danger, ou en risque de l'être.

Les problématiques évoquées au 119 sont variées. Si une majorité des appels concerne les violences subies par les enfants (psychologiques, physiques ou sexuelles), notamment au sein de la famille ou en institution, une autre partie regarde d'autres dangers, conflits parentaux, contenus choquants en ligne, fugues de mineurs, jeux dangereux, harcèlement en ligne, délaissement, violences conjugales, racket, etc.

On notera que le 119 est accessible aux sourds et malentendants, du lundi au vendredi de 8h30 à 19h00 et le samedi de 9h00 à 12h00.

**La plateforme [www.allo119.gouv.fr](http://www.allo119.gouv.fr)** est également disponible pour :

- tchater en temps réel (destiné aux moins de 21 ans) ;
- obtenir une aide en langue des signes pour les personnes sourdes et malentendantes ;
- déposer en ligne une situation à partir du formulaire « besoin d'aide ? ».

#### **Quelques chiffres du 119 :**

- 250 000 appels en 2019 soit 700 par jour ;
- Les dangers évoqués se répartissent selon les violences psychologiques, 28,2%, les négligences, 23,5%, les violences physiques, 19,3%, les violences conjugales, 8,6%, les conditions d'éducation compromises, 9,7%, les mineurs se mettant en danger, 6,2% et les violences sexuelle ;
- 49 469 enfants concernés dont 35 160 sont en danger ou en risque de l'être ;
- Plus de 9 auteurs sur 10 appartiennent au premier cercle familial (parents, beaux-parents, grands-parents, fratrie).

*En savoir plus : [www.allo119.gouv.fr/communication-documentation](http://www.allo119.gouv.fr/communication-documentation)*

## **Le schéma d'alerte**

Parmi les connaissances indispensables pour protéger les personnes vulnérables, il y a les démarches pour alerter ou mettre en œuvre une démarche d'alerte (prévenir et protéger). À la disposition du professionnel, **les plateformes d'alerte sont anonymes** et financées par l'Etat. Le professionnel peut appeler le 119 « **Allo, enfance en danger** »<sup>43</sup> **sans forcément décliner son**

---

43. Le 08 842 846 37 : 08Victimes, permet d'écouter, d'aider 7 jours sur 7 de 9h à 21h, toutes les victimes d'infractions pénales et/ou leurs proches, de faire émerger une demande ou un besoin et d'envisager des solutions, de proposer des pistes et de réorienter vers l'association, le service compétent ou les partenaires spécialisés.

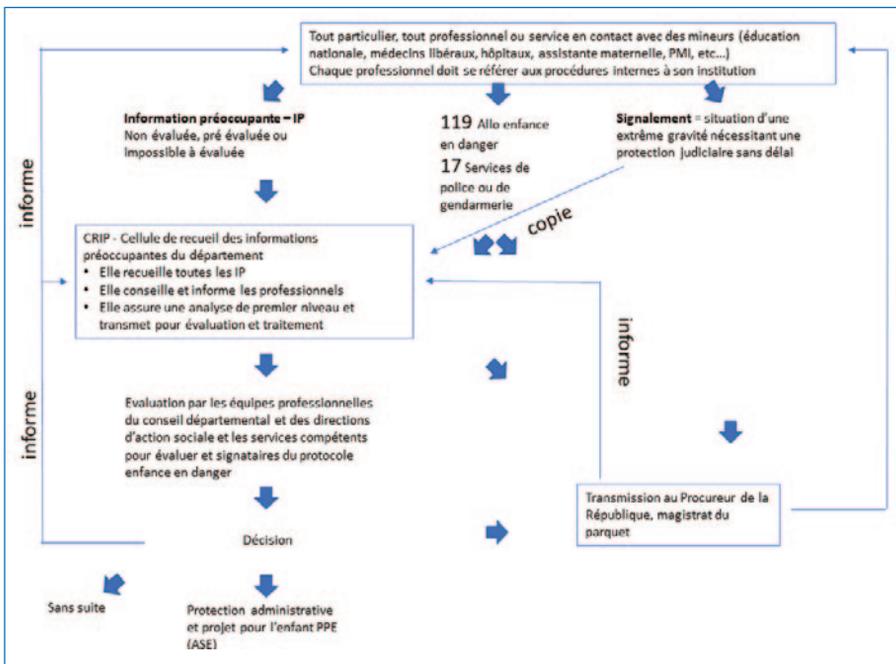
identité, le 17, le numéro d'appel d'urgence, ou établir un écrit (IP ou signalement) à l'adresse des institutions, des magistrats de la CRIP.

Pour **signaler un enfant maltraité** ou en risque de l'être le professionnel peut, en fonction des situations, s'adresser :

- soit à l'autorité administrative. Dans ce cas, il s'agit du Conseil départemental. Le professionnel transmet **une IP (Information préoccupante) à la CRIP** (Cellule de recueil des informations préoccupantes) du département ;
- soit à l'autorité judiciaire. S'il s'adresse à l'autorité judiciaire, c'est-à-dire **au Procureur de la République (ou au Parquet)**, il transmet un **signalement**. NB : s'il est jugé nécessaire de faire un signalement au Procureur de la République, en raison de la gravité des faits, **le professionnel doit adresser une copie de ce signalement à la CRIP**.

Pour rappel, le dispositif départemental de l'enfance en danger, destiné à recueillir, traiter et évaluer les informations préoccupantes est organisé selon le schéma ci-dessous :

### *Schéma de recueil, d'évaluation, de traitement des informations concernant les mineurs en danger ou en risque de l'être.*



## La transmission d'une information préoccupante (IP) à la CRIP

### Les informations préoccupantes (IP)

Une information préoccupante (IP) est tout élément d'information y compris médicale susceptible de révéler qu'un enfant se trouve en situation de danger ou en risque de danger et qu'il puisse avoir besoin d'aide.

L'information préoccupante est définie comme étant « *une information transmise à la cellule départementale mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 pour alerter le président du conseil départemental sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement :*

- *pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être*
- *ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être* » (art. R226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles).

Les informations à transmettre dans le cadre d'une IP sont :

- tous les éléments qui peuvent constituer une présomption ou une constatation de mise en danger (violences, privations ou de délaissement) ;
- les renseignements utiles pour identifier l'enfant (identité, lieu de résidence, école fréquentée par exemple).

Les informations sont strictement limitées à celles nécessaires à l'évaluation qui permettra de mettre en œuvre cette protection. Les représentants de l'enfant doivent être avertis de cette transmission, sauf si l'intérêt de l'enfant s'y oppose.

L'IP correspond aux **situations de risque sans urgence absolue**, mais qui nécessitent une intervention pour mieux évaluer le contexte et éviter une dégradation des situations et que l'enfant ne se trouve en situation de danger. Ce sont des informations attestant que la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur sont en danger ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises.

L'IP initie un travail de réseau, avec les professionnels à l'origine de l'IP, avec le médecin référent<sup>44</sup> du département, avec les parents et les enfants, et avec les services départementaux de protection de l'enfance.

L'IP n'a « **pas pour objet de déterminer la véracité des faits allégués** » (article 1 du Décret n° 2016-1476 du 28 octobre 2016).

L'évaluation est faite par la CRIP par les services du département, sous la responsabilité du Président du département.

## La cellule de recueil d'IP au sein de chaque Conseil départemental

La loi du 5 mars 2007, réformant la protection de l'enfance, a fait du **conseil départemental le pivot du dispositif de protection de l'enfance**, en le chargeant de recueillir, d'évaluer et de traiter les IP révélant des mineurs en danger ou susceptibles de l'être. Ainsi la loi a amené dans chaque département, la création d'une cellule de recueil des informations préoccupantes, chargée du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes (IP) relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être. Elle est composée d'une équipe pluridisciplinaire :

- des gestionnaires qui s'occupent de l'enregistrement, la traçabilité et la conservation sécurisée de l'information. Ils veillent aux délais d'évaluation et aux relances. Ils communiquent sur les étapes de la procédure ;
- des travailleurs sociaux qui analysent le contenu de chaque information préoccupante, conseillent et orientent ;
- un médecin référent « protection de l'enfance » qui conseille les professionnels de santé dans le respect des règles du secret médical.

---

44. Le médecin référent est l'interlocuteur départemental des médecins libéraux, hospitaliers ou de santé scolaire, missionné par la loi du 4 mars 2016 relative à la protection de l'enfant (art. L.221-2 du CASF). Ses mandats sont de trois ordres : 1 - contribuer au repérage des enfants en danger ou en risque de l'être, à l'information sur les conduites à tenir dans ces situations, ainsi qu'à une meilleure prise en compte de la santé physique et psychique des enfants accompagnés par l'Aide sociale à l'enfance ; 2 - contribuer à l'articulation entre les services départementaux intervenant dans le dispositif de protection de l'enfance, notamment le service de la PMI et la CRIP, ainsi qu'entre les services départementaux et les médecins libéraux, hospitaliers et de santé scolaire du département ; 3 - contribuer à l'acquisition de connaissances partagées sur la protection de l'enfance entre les acteurs concernés.

Ses missions sont de trois ordres :

**L'information et le conseil** : sur la pertinence de formaliser une IP et sur sa rédaction (certaines IP mal définies peuvent empêcher une bonne compréhension de la situation), sur le cadre de la confidentialité, les règles du secret professionnel et quand il peut être levé. Sur l'information qui doit être faite aux parents ou détenteurs de l'autorité parentale, sur les règles de l'anonymat, sur le traitement de l'IP et sur la suite qui serait donnée. Vis-à-vis des professionnels, la CRIP doit être un espace de ressources à solliciter en cas de doute. La qualité de l'échange peut dépendre des territoires et du travail interinstitutionnel et pluridisciplinaire qui est fait au sein de cette administration.

**L'évaluation et l'orientation** : dans un délai de 3 mois maximum, la cellule évalue le degré d'urgence et de gravité de l'information préoccupante. L'évaluation<sup>45</sup> est effectuée au regard de l'état de santé, des conditions d'éducation du développement, du bien-être et des signes de souffrance éventuels de l'enfant faisant l'objet de l'information préoccupante et de celles des autres mineurs présents au domicile. Elle permet de :

- caractériser le danger ou le risque de danger ;
- déterminer les réponses adaptées d'accompagnement de la famille ou de protection dont le mineur a besoin ;
- de mettre en évidence les capacités des parents à se mobiliser pour la protection du mineur ou des mineurs, leurs ressources et celles de leur environnement.

---

45. La première étape consiste à rencontrer la famille et l'enfant concerné. Cette rencontre a pour but d'informer le plus clairement possible les personnes concernées du cadre légal dans lequel se déroule l'intervention, des éléments qui suscitent l'inquiétude pour le mineur et la nature des informations parvenues à la CRIP. Elle peut dérouler les modalités envisagées pour la réalisation de l'évaluation. En effet, les informations sur l'enfant seront également recoupées avec le service social ou de santé scolaire, la PMI, le service social départemental polyvalent et les autres services amenés à connaître l'enfant. Un dialogue avec les parents et l'enfant est privilégié autant que possible. La seconde étape cherche à approfondir la situation de l'enfant, des membres de la famille, de l'entourage et des personnes en contact avec lui. L'évaluation est réalisée par une équipe pluri disciplinaire de professionnels formés à cet effet. A cette occasion, la situation des autres mineurs présents au domicile est également évaluée. Un rapport sera ensuite établi comportant les éléments éclairant la situation en vue d'une décision. Les éléments du rapport sont rapportés à la famille, ainsi que les décisions qui en découlent. .

Elle décide soit une orientation vers l'aide sociale à l'enfance (ASE) pour un accompagnement administratif<sup>46</sup> servant un projet pour l'enfant (PPE) avec le consentement de la famille, soit vers une saisine de la justice<sup>47</sup> en l'absence de consentement ou en cas de danger avéré, soit vers un classement sans suite, si l'évaluation réalisée ne fait état d'aucun danger, ni risque de danger pour l'enfant.

Toutes les personnes ayant connaissance de situations d'enfants en danger doivent donc transmettre ces informations à la CRIP.

Les CRIP ont un rôle central puisque vers elles convergent toutes les IP avec un minimum de déperdition d'information. Elles travaillent avec tous les professionnels et sont en lien direct avec le 119. Les CRIP sont ensuite l'interface avec les autres services de protection du département et les tribunaux.

De même, la CRIP peut saisir les autorités judiciaires en cas de situations de danger grave et immédiat, en cas d'absence d'accord des parents dans le cadre d'une protection ou d'un accompagnement administratif, en cas de persistance de danger malgré un accompagnement (en d'autres termes, la protection administrative est insuffisante), d'impossibilité d'évaluation d'une situation alors que le mineur est présumé en danger au sens de l'article 375 du code civil, en cas de faits relevant d'une qualification pénale (notamment en cas de violences physiques ou sexuelles).

---

46. Un accompagnement social peut être mise en œuvre avec l'accord des parents (actions ouvertes, comme une inscription en crèche, en halte-garderie ou en centres de loisirs, etc., des aides financières, des actions éducatives à domicile (AED)). Plus concrètement, il peut aussi consister en un suivi effectué par la protection maternelle et infantile (PMI) ou une orientation vers une prise en charge thérapeutique ; des aides à domicile : une aide éducative, des interventions de techniciens d'intervention sociale et familiale (TISF), des prestations d'accompagnement en économie sociale et familiale (logement, gestion du budget), des aides financières... ; un accueil provisoire ou modulable de l'enfant en établissement ou en famille.

47. Les procédures judiciaires prennent la forme d'une procédure pénale, en cas de constatation et sanction d'une infraction, ou d'une procédure civile, avec une évaluation d'une situation de danger grave et de défaillances de l'autorité parentale ou de carence des tuteurs, menant à une saisine du juge des enfants pour l'ouverture d'un dossier d'assistance éducative. Le juge des enfants peut ordonner un non-lieu, une mesure judiciaire d'investigation éducative, une mesure d'assistance éducative en milieu ouvert (AEMO), une ordonnance de placement...

## Le signalement au Procureur de la République

Le signalement est un terme juridique qui permet aux médecins et à tous les professionnels de porter à la connaissance des autorités compétentes des faits graves nécessitant des mesures dans le but de protéger un mineur ou un majeur, qui en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ne peut pas se protéger.

On notera que le recours au signalement est utilisé dans des cas spécifiques :

- **Les cas d'urgence** : s'il apparaît que la situation du mineur est telle qu'une décision de protection judiciaire ou une mise à l'abri immédiate devrait être prononcée. Le procureur de la République est en effet seul compétent pour décider d'une ordonnance de placement provisoire de l'enfant.
- **Les cas de suspicion d'infraction à caractère sexuel ou de violences** particulièrement caractérisées : ces faits sont constitutifs d'une infraction pénale pouvant donner lieu à des poursuites.
- **Le signalement peut également être transmis par le président du conseil départemental** après qu'il ait lui-même été saisi par une IP via la CRIP de son département après évaluation lorsqu'un mineur est en danger au sens de l'article 375 du code civil et que ce mineur a déjà fait l'objet d'une ou plusieurs actions et que ces dernières n'ont pas permis de rétablir sa situation, ou que des mesures ne peuvent pas être mises en place en raison du refus de sa famille d'accepter l'intervention du service d'aide sociale à l'enfance ou de l'impossibilité dans laquelle elle se trouve de collaborer avec ce service, ou qu'il est impossible d'évaluer la situation.

Le signalement est à adresser au Procureur de la République<sup>48</sup> (joignable 24h/24h) du tribunal de Grande instance du lieu des faits. Il peut être transmis par téléphone ou par télécopie en cas d'urgence. Le professionnel doit faire suivre son signalement d'un courrier, doublé à la CRIP, quand il estime que les faits et dont il est témoin (ou qui lui ont été rapportés) revêtent un caractère de gravité en utilisant « **le signalement type** »<sup>49</sup>. Attention ! le signalement doit respecter certaines règles de conformité à la loi quant à sa rédaction. Ainsi, il ne pourra pas faire l'objet d'une poursuite ou d'une sanction disciplinaire.

---

48. Magistrat à la tête du parquet (ou ministère public). Il est destinataire des plaintes et signalements. Il dirige les enquêtes, décide des poursuites et veille à l'application de la loi.

49. <https://www.conseil-national.medecin.fr/documents-types-demarches/documents-types-medecins/pratique/modele-signalement-sevices-mineur>

Les personnes travaillant dans les services publics<sup>50</sup>, dans les établissements publics ou privés susceptibles de connaître des situations de mineurs en danger ou qui risquent de l'être (art. L226-3 Code de l'action sociale et des familles) peuvent saisir directement le procureur de la République en cas de situations graves. Elles informent également le Président du Conseil départemental de la démarche.

C'est la loi 2015-1402 du 5 novembre 2015 qui clarifie la procédure du signalement. **Le terme « signalement » est désormais réservé à la saisine de l'autorité judiciaire.**

Le procureur à qui a été signalé le cas peut le renvoyer au président du conseil départemental, si les éléments sont insuffisants ou saisir le juge des enfants pour les suites à donner.

**Rappel sur le secret professionnel des professionnels de santé :** La loi du 5 mars 2007 sur la protection de l'enfance donne un cadre légal au partage d'informations concernant les mineurs en danger ou risquant de l'être. Le secret professionnel est ainsi aménagé et peut être partagé dans des conditions strictement définies. La dérogation légale au respect du secret médical met le professionnel à l'abri de toute poursuite pour violation du secret à la condition expresse de ne dénoncer que les faits et non leurs auteurs allégués. Les informations à caractère médical restent soumises au secret professionnel, mais elles peuvent être transmises à un médecin nommé désigné dans le but de protéger le mineur.

Le professionnel qui fait un signalement de maltraitance ou transmet une information préoccupante au CRIP de bonne foi, c'est-à-dire dans la croyance juste de se trouver dans une situation conforme au droit, n'engage pas sa responsabilité devant la juridiction disciplinaire, la juridiction civile ou pénale. Art 226-14 du CP.

---

50. Dans les cas où la gravité de la situation le justifie, tout personnel de l'Éducation nationale peut aviser directement le procureur de la République en tant que personne travaillant dans un service public susceptible de connaître des situations de danger (article L 226-4 du code l'action sociale et des familles) sous réserve d'adresser une copie de cette transmission au président du conseil départemental.

Cependant, on notera la **difficulté de reconnaître une situation grave** qui nécessiterait un signalement judiciaire direct, sans passer par le filtre du conseil général. Ces situations sont particulièrement difficiles à cerner.

**NB** : Les signalements pour des faits de violences pourraient se faire désormais (cf. loi protection de l'enfance 2021 en discussion) sur la base d'un référentiel unique partagé. L'emploi du référentiel mis en place par la Haute Autorité de santé est ainsi généralisé afin de faciliter l'action des départements.

## La prise en charge par les autorités judiciaires

Le procureur de la République est un magistrat du Parquet auprès du Tribunal de Grande instance. Sa mission est de défendre les intérêts de la société. Lorsqu'il est saisi par des faits relevant de maltraitements. Il peut soit ouvrir une procédure pénale pour poursuivre l'auteur des faits en faisant appel à la brigade des mineurs et/ou une procédure civile pour faire cesser le danger en saisissant le juge des enfants.

**Dans le cadre d'une procédure civile** et dans le but de protéger le mineur, le procureur peut demander une évaluation de la situation via le service éducatif du tribunal afin d'obtenir un complément d'informations d'ordre socio éducatif. Il peut saisir le juge des enfants pour ouvrir un dossier d'assistance éducative ou ordonner le placement provisoire du mineur en cas d'urgence et de danger immédiat pour l'enfant. L'ordonnance de placement provisoire (OPP) doit s'accompagner d'une saisine du juge des enfants dans les 8 jours.

Le juge des enfants, un magistrat spécialisé, en charge des mineurs en danger et des mineurs délinquants, peut, dans le cadre de sa mission, décider de mettre en œuvre une procédure d'assistance éducative et/ou une mesure du lieu de résidence à l'égard du mineur. Outre le saisissement par le procureur de la République, le juge des enfants peut être saisi par les parents ou l'un d'entre eux, par le tuteur, ou le mineur lui-même ou la personne ou le service auquel l'enfant a été confié. Il informe ces derniers de l'ouverture de la procédure d'assistance éducative.

Après les avoir informées des motifs de la saisine, le juge des enfants auditionne les parties concernées, ainsi que l'enfant capable de discernement. Après audition, le juge des enfants prend une décision :

- une mesure d'investigation, portant sur les conditions de vie et la personnalité des parents et de l'enfant ;

- un maintien de l'enfant dans sa famille, avec un accompagnement éducatif (AEMO) et/ou des obligations particulières ;
- une mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial ;
- un retrait de l'enfant de son milieu familial pour le confier à une famille d'accueil ou une institution chargée de son quotidien. L'enfant est placé ;
- un non-lieu en assistance éducative, si le juge des enfants estime que le mineur n'est pas en danger. Le dossier est clôturé.

**La procédure pénale** intervient lorsque les faits signalés sont susceptibles de constituer une infraction. Le procureur de la République qui dispose d'une compétence pénale, peut alors ordonner une enquête complémentaire via une enquête de police ou de gendarmerie (brigade des mineurs, chargée de la répression des infractions à l'encontre des mineurs ainsi que de la prévention et la protection de l'enfance et de l'adolescence). A l'issue de l'enquête pénale, le procureur dispose de 3 options :

- soit classer sans suite, en cas d'infraction insuffisamment caractérisée ;
- soit prendre des mesures alternatives aux poursuites : rappel à la loi, mesure d'aide et de réparation, médiation ;
- soit ordonner des poursuites. Dans ce cas, l'affaire est portée en procès et est jugée par un tribunal correctionnel ou Cour d'assises.

## Comment signaler ?

Il est demandé de **tenir compte du degré d'urgence de la situation dans le choix du destinataire du signalement**, à savoir le procureur si les sévices peuvent se renouveler très rapidement (en cas d'urgence, signaler par téléphone, puis confirmer par écrit) ou les services sociaux, si le risque est à moyen terme.

Qu'il s'agisse d'une information préoccupante ou d'un signalement au procureur de la République, la rédaction du document doit répondre à des règles précises. Certains Conseils départementaux ont établi des **formulaires supports à l'information préoccupante**. Sur la forme, le professionnel peut rédiger l'IP sur papier libre ; à transmettre par mail ou par courrier. Il peut également transmettre l'IP par entretien téléphonique.

Sur le fond, certaines informations doivent figurer, afin que les services puissent évaluer la situation et mettre en œuvre les mesures adéquates. De plus le signalement doit rester neutre et objectif. Il faut veiller dans la rédaction du

signalement à bien différencier les constatations personnelles (traces de coups, état de prostration, ...) des déclarations de la victime à reproduire avec des guillemets, en utilisant le conditionnel, en mentionnant l'auteur sans affaiblir le contenu. L'exercice est difficile.

Les renseignements à faire figurer :

- L'identité du professionnel signalant, sa situation ;
- La façon dont le signalant a eu connaissance des faits et son lien avec la victime ;
- L'identité du mineur concerné : nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse, établissement scolaire, etc. ;
- L'identité et l'adresse des parents ou titulaire de l'autorité parentale ;
- L'énoncé des faits motivant la transmission de l'information. L'énoncé des faits doit être le plus objectif possible, sans jugement de valeur :
  - éviter les questions fermées ou orientées qui pourraient hypothéquer l'issue d'une éventuelle enquête judiciaire ;
  - mentionner des faits précis : date des événements, faits isolés ou répétitifs, si l'enfant est déjà suivi par des professionnels, lesquels ?
  - décrire des lésions ou troubles du comportement constatés ;
  - utiliser des guillemets pour décrire les faits ou dires de l'enfant ou de son entourage ;
  - utiliser du conditionnel si la réalité des faits n'est pas établie.

Sauf intérêt contraire de l'enfant, les parents doivent être tenus informés par la personne qui émet l'information préoccupante.

## En cas d'urgence

Lorsque les faits constituent une infraction pénale (violences volontaires, agressions sexuelles, menaces de mort...), il est possible de se rendre à la **gendarmerie ou auprès de la Police** pour porter plainte. Il est possible **d'appeler le 17** qui renvoie vers un service de police ou de gendarmerie en fonction du lieu d'appel, afin de demander notamment **une intervention des forces de police sur place** en cas de besoin.

## Le retour d'information

Que ce soit dans le cadre d'une IP adressée à la CRIP ou dans le cadre d'un signalement au procureur, les personnes ayant transmis l'information ou le signalement sont destinataires en retour d'un accusé de réception attestant de leur prise en compte et de leur instruction. Elles sont par ailleurs informées de l'issue du traitement.

## La place de l'hôpital

Les services d'urgence des hôpitaux et les services pédiatriques sont des points d'entrée (urgences, consultations ou hospitalisation) pour les enfants victimes. L'hospitalisation peut être jugée par le professionnel comme la meilleure solution qui protège à la fois la victime et permet d'y voir plus clair. En cas de suspicion de viol, les services médico judiciaires sont particulièrement bien formés. Ils peuvent être considérés comme un lieu d'accueil préférentiel pour le dépistage des situations. Le médecin libéral, peut *in fine* avoir recours aux services pédiatriques pour le conforter dans ses soupçons.

Le médecin peut demander à hospitaliser le mineur pour examen complémentaire, après entretien avec le correspondant hospitalier pour le mettre au courant de ses interrogations et s'assurer que le mineur a été admis dans le service.

Le médecin peut demander à hospitaliser le mineur pour examen complémentaire, après entretien avec le correspondant hospitalier pour le mettre au courant de ses interrogations et s'assurer que le mineur a été admis dans le service.

### **L'hospitalisation est une autre démarche de protection et de mise à l'abri.**

Les modalités diffèrent selon la situation de la victime mineur (selon les parents, si la victime est placée ou non...). Car en effet la santé de l'enfant peut relever de plusieurs personnes.

Seule l'urgence vitale permet au médecin d'agir (art. R1112-34 et R 1112-35 du code de la santé publique), sans l'autorisation des parents qui partagent l'autorité parentale et d'effectuer des soins nécessaires.

Le code de déontologie médicale rappelle que le médecin doit s'efforcer de prévenir les parents ou le représentant légal est obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ces derniers ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans la mesure du possible.

En cas de désaccord, avec les parents, il revient au juge des affaires familiales (ou au parquet) de statuer (art. L3211-10 du CSP). C'est-à-dire, d'ordonne via un OP, une hospitalisation sous contrainte. Il revient alors de fournir le maximum d'éléments pour permettre au juge d'agir.

L'objectif de l'hospitalisation est de protéger le mineur en limitant son exposition aux maltraitements et en évitant les conséquences de cette exposition sur sa santé et son développement. Différents examens sont effectués dans le cadre d'un bilan médical général. La situation relationnelle du mineur (parents, fratrie, école, etc.) est également évaluée. A l'issue du processus, une décision collégiale est prise sur les suites de l'hospitalisation.

- Une déclaration d'IP à la CRIP pour des situations non urgentes mais comportant des inquiétudes ;
- Un suivi avec bilan (dans les 3 mois) pour une situation sans inquiétude ;
- Un suivi médical pour une pathologie diagnostiquée ;
- Un signalement judiciaire pour une situation d'urgence et inquiétude confirmée pour une situation de danger. L'hôpital peut choisir une SRDE (via le procureur de la République ou le juge des enfants), pour pouvoir effectuer des soins quant à la santé ou l'intégrité corporelle d'un mineur en danger. Dans ce dernier cadre, les titulaires de l'autorité parentale n'ont plus d'autorité concernant les soins effectués (sans annuler leurs autres domaines d'autorité).

La procédure de l'hospitalisation est une procédure délicate car elle entraîne une privation des libertés d'un mineur et questionne la place des représentants légaux. Se posent également les questions des conséquences d'un placement.

## Les unités d'accueil médico-judiciaires (UAMJ)

La parole de l'enfant victime doit être recueillie dans les meilleures conditions possibles et notamment dans un lieu sécurisant et aménagé à cet effet. Créées en application de la loi du 17 juin 1998, les permanences et les UAMJP sont des structures le plus souvent hébergées par les hôpitaux, qui reposent sur une articulation entre la recherche de la vérité judiciaire et la prise en charge médico-psycho-sociale de l'enfant.

Les UAMJ ont donc pour objectif de concilier la prise en compte de la souffrance de l'enfant sur le plan médical, psychologique et social, et les nécessités de l'enquête et/ou de l'instruction judiciaire ayant pour finalité de parvenir à la manifestation de la vérité.

## La police et la gendarmerie

Le 17 (ou le 112 numéro de téléphone européen) s'adresse aux victimes ou témoins d'une infraction, qui nécessite l'**intervention immédiate** de l'équipe de policiers ou de gendarmes la plus proche et la mieux adaptée à la situation, notamment en cas de violences.

On notera le rôle des services de police et de gendarmerie dans le repérage des enfants exposés aux violences intrafamiliales et leur orientation, avec leur mère, vers les lieux d'accueil et d'hébergement spécifique ou vers un professionnel de l'accompagnement.

Lors d'une prise en charge des victimes, peuvent intervenir des :

- intervenants sociaux en commissariat et en gendarmerie
- psychologues en commissariat
- brigades de protection de la famille (BPF) au sein des services de sécurité publique et de chaque groupement de gendarmerie départementale
- correspondants départementaux "aide aux victimes"
- brigades de prévention de la délinquance juvénile
- et la brigade de protection des mineurs de la préfecture de Police de Paris.

## GÉRER LES CAS DE MALTRAITANCE

Pour mémoire, la protection de l'enfance s'inscrit dans un triple cadre :

- International ; sur la base de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) ;
- National ; ce sont les ministères de la solidarité et de la santé, le ministère de la justice (pour la protection de l'enfance délinquante) et leurs administrations qui sont sollicités sur ces questions et qui mettent en œuvre les mesures de protection sur le territoire.
- Local ; dans les territoires, les compétences relèvent des départements. Les lois de décentralisation de 1983 et en 1989 ont confié la protection de l'enfance aux **présidents des Conseils départementaux** et à leurs services. Ils sont chefs de file des dispositifs de la lutte contre la maltraitance et gèrent dans la proximité la protection des enfants.

### L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)

Depuis 1983 (loi de la décentralisation), les services de l'aide sociale à l'enfance relèvent des départements. Ils mettent en œuvre en grande partie la politique de protection de l'enfance en lien avec d'autres services de l'aide sociale et de la PMI, placés également sous la responsabilité du président du département, ou en lien avec d'autres organismes publics ou privés habilités (secteurs associatifs).

En France, environ 330 000 enfants, adolescents et jeunes adultes, sont concernés par la protection de l'enfance. Ils font l'objet de mesures de prévention, de repérage de leurs situations de danger ou de risque de danger et de protection.

On notera que les **politiques de l'ASE dépendent autant des décisions administratives que judiciaires** :

- sensibilisation et information, et organisation des actions des personnes ou /et professionnels pouvant être concernés par les mineurs en danger ou en risque de l'être. Le président du Conseil départemental (concrètement la CRIP) est chargé de la centralisation de toutes les informations préoccupantes (IP) et de leurs traitements (évaluation de la situation du mineur, mise en œuvre d'action de protection – missions à portée préventive auprès des mineurs et de leurs familles- ou/et signalement à l'autorité judiciaire) ;

- fournitures de services répondant aux besoins des mineurs qui leur sont confiés, sur décision administratives et judiciaires ou en tant que pupille de l'Etat.

Leurs deux principaux modes d'action à disposition de l'ASE sont **l'aide à domicile** (qui couvre les interventions à domicile et les aides financières) et **les mesures de placements** hors du milieu familial.

## Les aides à domicile

Les interventions à domicile visent à maintenir l'enfant dans son environnement habituel (ou à faciliter le retour à domicile), en cas de difficultés importantes rencontrées par sa famille (situation de carence éducative, difficultés relationnelles, conditions de vie compromettant la santé de l'enfant...).

Elles prennent la forme d'actions comme des octrois d'aides financières (exceptionnelles ou allocations mensuelles), l'appel à une aide-ménagère ou l'appui d'un.e technicien.ne de l'intervention sociale et familiale (les missions du.de la TISF sont différentes des missions des assistantes sociales<sup>51</sup>), un accompagnement en économie sociale et familiale, ou l'intervention d'un service d'action éducative à domicile (AED).

Un service d'action éducative à domicile (AED) est une décision administrative prise par le conseil départemental avec l'accord des familles, en vue d'apporter un soutien matériel et éducatif à la famille, en proie à des difficultés éducatives importantes. L'objectif est d'améliorer les liens parents-enfants et de favoriser l'insertion sociale des jeunes notamment en soutenant le rapport aux institutions (l'école en particulier). Parfois les mineurs sont partiellement ou totalement pris en charge selon leurs besoins. Les relations entre la famille et les services de l'ASE sont formalisées dans **le cadre d'un contrat**. L'intervenant peut être soit un psychologue, soit un éducateur spécialisé, relevant des services départementaux de l'ASE ou du service public ou des services privés habilités.

---

51. Le.la technicien.ne de l'intervention sociale et familiale intervient dans des situations très précises : personne gravement malade, femme qui vient d'accoucher, parent isolé ou qui élève seul un enfant handicapé. Dans ces situations, il.elle apporte une aide précieuse (ménage, courses, éducation des enfants, etc.).

NB : l'action éducative en milieu ouvert (AEMO) vise les mêmes objectifs que l'AED, mais elle est mise en place sur décision du juge des enfants dans le cadre de l'assistance éducative. Elle est donc plus contraignante à l'égard des familles. Elle consiste en une intervention à domicile par un travailleur social pour une durée (de 6 mois à 2 ans renouvelables jusqu'à la majorité de l'enfant). Après un laps de temps, ce dernier fait un rapport au juge et à l'ASE pour indiquer l'évolution de la situation et formuler ses recommandations.

Dans le cadre de l'AED, l'intervention d'un TISF permet d'aider des familles rencontrant des difficultés éducatives et sociales perturbant la vie quotidienne. Les parents (ou les détenteurs de l'autorité parentale) sont accompagnés dans leurs fonctions parentales dans les domaines divers comme la santé, l'hygiène, l'alimentation, la sécurité, la scolarisation, l'éducation et les loisirs, ... jusqu'à retrouver leur autonomie.

L'accompagnement en économie sociale et familiale (créé par la loi du 5 mars 2007), aide les parents rencontrant des difficultés de gestion du budget familial affectant les conditions de vie de l'enfant. Sur décision administrative, il s'agit d'une MAAESF (mesure administrative d'accompagnement en économie sociale et familiale) ; sur décision judiciaire, c'est une MJAGBF (mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial).

## Les différentes mesures de placement

Quelques fois, un mineur<sup>52</sup> ne peut pas rester dans son milieu familial et nécessite un accueil spécialisé, qui vise à lui apporter un soutien éducatif et à accompagner sa famille dans son exercice parental. Il bénéficie alors d'une mesure de placement provisoire. Les mesures de placement provisoires sont de trois sortes :

**La mesure administrative de placement** a lieu si possible proche du domicile du mineur. Ce placement prend la forme, pendant toute ou partie de la journée, d'accueil par des assistants familiaux, d'hébergement en établissement d'éducation spéciale, en maison d'enfants à caractère spécial (MECS), en pouponnière ou en placement auprès de tiers digne de confiance, hébergement en internat ou en foyer d'étudiants ou de jeunes travailleurs...

---

52. Ou un jeune majeur ou un mineur émancipé, qui éprouverait des difficultés d'insertion sociale en l'absence de ressources ou de soutien familial. Il est alors éligible à l'accueil provisoire de jeune majeur.

**La mesure judiciaire de placement** est décidée par un juge des enfants. Ce dernier est confié à l'ASE qui détermine les modalités de son placement. Il relève de l'assistance éducative ou de la délégation de l'autorité parentale à l'ASE, du retrait partiel de l'autorité parentale, de la tutelle de l'Etat déléguée à l'ASE, etc.

**Les placements directs** sont effectués par le juge des enfants. Le service de l'ASE n'intervient qu'en tant que financeur de l'accueil du mineur. Il peut s'agir d'un placement dans un établissement ou auprès d'un tiers digne de confiance, ou d'une délégation de l'autorité parentale à un particulier ou un établissement.

### Les formes de prise en charge alternatives ou temporaires d'accueil

De nouveaux modes de prises en charge ont vu le jour au cours des années 2000 et sont organisés par l'ASE, afin de mieux prendre en compte des situations spécifiques. On cite l'accueil de jour, le placement à domicile permettant le retour du mineur dans sa famille, mais qui en cas de crise réserve une place dans un établissement ou en famille d'accueil ; l'accueil d'urgence (sous l'information du procureur de la République) ; l'accueil de 72 heures, qui est destiné aux mineurs en rupture familiale, ou en fugue pour un hébergement ponctuel, sans pour autant être admis à l'ASE. Une médiation familiale prépare le retour du mineur au domicile ou l'accueil prolongé de ce dernier par les services de l'ASE.

#### LES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS (MNA)

Ces mineurs, désignés comme mineurs isolés étrangers avant 2016, sont repérés et évalués par les services de l'ASE. Ils relèvent pleinement en tant que mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille du droit commun de la protection de l'enfance, sans condition de nationalité et des responsabilités du département. Ils font l'objet d'un suivi statistique par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES Ministère de la santé) depuis 2013. Fin 2013, ils étaient estimés à 10 000 mineurs<sup>53</sup> pour atteindre environ 35 800 mineurs fin 2018.

53. Le chiffre de 10 000 mineurs est un peu fragile, car ce n'est qu'en 2015 que les données d'enquête ont été mieux renseignées.

Un rapport de l'IGAS commandé à la suite d'une agression mortelle par un enfant d'un jeune homme confié à l'ASE des Hauts de Seine, montrait que les jeunes, à 95% des MNA, qui étaient souvent hébergés dans des hôtels sociaux (loin de leurs éducateurs, en proie à la violence, aux trafics, voire à la prostitution), vivaient en grande précarité et livrés à eux-mêmes. Or les arrivées de jeunes étrangers sont en croissance depuis ces dernières années. Les départements mobilisaient à grande échelle, ce type d'hébergement en raison de leur moindre coût. Le projet de loi TAQUET / VERAN (adopté par l'Assemblée nationale en première lecture le 8 juillet) a par ailleurs voté l'interdiction de l'hébergement en hôtel (sauf en cas de mise à l'abri et en cas d'urgence pour un maximum de deux mois et assorti d'un accompagnement minimal).

Une tribune dans Le Monde (en date du mardi 13 juillet 2021) notait la situation préoccupante des MNA, dès leur arrivée (rejet, suspicion, remise en cause de leur identité et de leur âge, ainsi que de leur histoire). Dans l'attente d'une décision judiciaire qui les reconnaît comme des mineurs en danger, ils sont livrés à eux-mêmes, sans accès à un hébergement, aux soins, à l'éducation, ou à la satisfaction de leurs besoins fondamentaux (nourriture, vêtements, hygiène...).

## La Protection Maternelle et Infantile (PMI)

Le service de protection maternelle et infantile (PMI) est un service placé sous l'autorité du président du conseil départemental. Régie par le code de la santé publique, la PMI mobilise des compétences pluridisciplinaires (médecins, infirmières, puéricultrices, sage-femmes, psychologues...). La proximité est déclinée au niveau géographique (5 000 établissements), au niveau financier (gratuité des services), au niveau administratif (absence de formalités administratives et accueil inconditionnel) et dans la capacité de la PMI à organiser des visites à domicile (VAD).

Chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant, le service de PMI organise des consultations et des actions médico-sociales de prévention et de suivi en faveur des femmes enceintes, des parents et des enfants de moins de 6 ans, ainsi que des activités de planification familiale et d'éducation familiale. Il joue également un rôle essentiel en matière d'accueil des jeunes enfants : instruction des demandes d'agrément des assistantes maternelles, réalisation d'actions de formation ; surveillance et contrôle des

assistantes maternelles ainsi que des établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans. **Il participe, enfin, aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger.** Notamment, il doit évaluer et surveiller tout signe éventuel de maltraitance infantile ou difficultés rencontrées au sein des familles.

Les personnels de la PMI sont également tenus de rendre compte sans délai, au médecin responsable des situations dans lesquelles la santé ou le développement de l'enfant est compromis ou menacé par des mauvais traitements, *« tout professionnel mettant en œuvre la politique de protection de l'enfance ou lui apportant son concours est tenu de signaler au conseil départemental toute information préoccupante sur un mineur ou risquant de l'être ».*

Le service de la PMI travaille en étroite collaboration avec les maternités, les services de néonatalogie et de pédiatrie, les médecins traitants et les pédiatres, les centres médico-psychologiques (CMP), les structures de garde ou encore les écoles.

Suite à un récent rapport « Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! » (2019), qui mettait en lumière des disparités départementales importantes, des politiques désengagées de la part de l'Etat et de l'assurance maladie et un financement local insuffisant de la part des départements, le projet de loi sur la protection de l'enfance porté par A. TAQUET, redéfinit les priorités de la PMI. Il propose une recentralisation des objectifs et des stratégies et principes de mise en œuvre des missions des PMI, via le ministère de la santé, chargé de fixer des priorités pluri annuelles d'action en matière de protection et de promotion de la santé infantile. Concrètement, les actions de la PMI seront structurées autour d'objectifs nationaux de santé publique et des modes d'actions plus efficaces seront promus. Dans le même temps, l'assurance maladie interviendra pour harmoniser le remboursement des prestations « hors les murs » effectuées par les professionnels de santé de la PMI.

**En savoir plus :** Pour sauver la PMI agissons maintenant ! Michèle Peyron, Bénédicte Jacquy, Pierre Louergue, Cécile Poissy, Premier ministre, Ministère des Solidarités et de la Santé, juin 2019

## GLOSSAIRE

**AS** : Assistante sociale

**AED** : Action éducative à domicile

**ASE** : Aide sociale à l'enfance

**CASF** : Code de l'action sociale et des familles

**CNCDH** : Commission nationale consultative des droits de l'homme

**CNPE** : Conseil national de la protection pour l'enfance

**CP** : Code pénal

**CRIP** : Cellule de recueil des informations préoccupantes

**CSP** : Code de la santé public

**DREES** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Ministère de la santé)

**HAS** : Haute autorité de la santé

**IP** : Information préoccupante

**MNA** : Mineurs non accompagnés

**ODPE** : Observatoire départemental de protection de l'enfance

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**ONPE** : Observatoire national de protection de l'enfance (onpe.gouv.fr), ex-ONED, Observatoire national de l'enfance en danger

**OPP** : Ordonnance de placement provisoire

**PJJ** : Protection judiciaire de la jeunesse

**PPE** : Projet pour l'enfant

**PMI** : Protection maternelle infantile

**SRDE** : Soins sur décision d'un représentant de l'Etat

**TISF** : Technicien de l'intervention sociale et familiale

**UAMJ** : Unités d'accueil médico-judiciaires

**VAD** : Visite à domicile

---

## ANNEXE

### La fiche mémo de l'HAS : maltraitance chez l'enfant, repérage et conduite à tenir

Page de l'HAS : Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir, RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE - Mis en ligne le 29 sept. 2017

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir)

Cette fiche a pour objectif d'aider les professionnels à repérer les signes de violence chez l'enfant et à les accompagner dans la conduite à tenir pour les protéger. Elle comprend une fiche mémo, un arbre décisionnel, des modèles de signalement, un modèle de certificat médical.

### La fiche de signalement du conseil de l'ordre des médecins

« L'article 44 du code de déontologie médicale impose au médecin de protéger le mineur et de signaler les sévices et maltraitance dont il est victime.

Afin d'aider le médecin dans cette démarche, un modèle de signalement judiciaire a été élaboré en concertation entre le ministère de la justice, le ministère de la santé, le conseil national de l'Ordre des médecins et les associations de protection de l'enfance. »

Source : <https://www.conseil-national.medecin.fr/documents-types-de-marches/documents-types-medecins/pratique/modele-signalement-sevices-mineur>

Fiche de signalement : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/modele\\_signalement\\_mineur.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/modele_signalement_mineur.pdf)

**unapl**  
**EDITIONS**

**Union Nationale des Professions Libérales**

46, boulevard de la Tour-Maubourg - 75 343 PARIS cedex 07

T. 01 44 11 31 50 / F. 01 44 11 31 51

e-mail : [info@unapl.fr](mailto:info@unapl.fr)

**[www.unapl.fr](http://www.unapl.fr)**