Espace de
Réflexion Éthique
Bourgogne — Franche-Comté

DOSSIER THEM' ETHIQUE

LA MALTRAITANCE INFANTILE :

Quels enjeux éthiques ?

Restitution des échanges des webinaires réalisés

TABLE DES MATIERES

Contexte **3**

LA MALTRAITANCE **4**

Rappel historique 4

Définition 4

Epidémiologie 5

COMMENT REPERER UNE SITUATION DE MALTRAITANCE POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE ? **6**

Les facteurs de risques pris en compte dans le domaine médical 6

Les facteurs de risque pris en compte à l'école 7

Ecouter l'enfant qui se raconte 8

QUE FAIRE UNE FOIS QU'UNE SITUATION DE MALTRAITANCE EST REPEREE ? **9**

L'information préoccupante 9

Les signalements auprès du Procureur de la République 11

LA REDACTION D'UNE INFORMATION PREOCCUPANTE DES SITUATIONS CHARGEES D'INCERTITUDE **12**

Secret médical et information ou signalement 13

Les situations complexes chargées d'incertitude 14

LES ENJEUX ETHIQUES DU PLACEMENT DE L'ENFANT **16**

Conclusion **17**

Bibliographie **18**

CONTEXTE

Une **série de 4 webinaires** relative à la maltraitance infantile a été réalisée en 2022 par l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne - Franche-Comté pour discuter des nombreux enjeux éthiques présents dans certaines situations souvent complexes et chargées d'incertitudes.

- Le **premier webinaire** (01/03/2022) a permis de définir la maltraitance infantile en pointant une sous-utilisation des dispositifs d'information des situations de maltraitance (informations préoccupantes et signalement). Lors de ce premier webinaire, la procédure de signalement, ses enjeux et ses freins ont été abordés.

  Intervenants :
  - Dr Bernardini : Pédiatre responsable de la Cellule d'Accueil Spécialisée de l'Enfance Maltraitée (CASEM), CHU de Dijon ;
  - Mme Carjaval : Substitute du procureur de la République, Tribunal de grande instance de Dijon ;
  - Dr Egea : Médecin à la Protection Maternelle et Infantile (PMI), Conseil départemental de la Côte-d'Or ;
  - Mme Geoffroy : Responsable de la Cellule Enfance en Danger et Urgences (CEDU), Conseil départemental de la Côte-d'Or.

- Le **deuxième webinaire** (28/03/2022) s'est intéressé aux situations complexes de maltraitance dans un contexte d'incertitudes prégnant, en explicitant les facteurs de risques permettant de les repérer.

  Intervenants :
  - Dr Berger : Pédiatre-néonatalogiste et réanimatrice, CHU de Besançon ;
  - Dr Bolopion: Pédopsychiatre de liaison de pédiatrie et d'obstétrique, CHU de Besançon;
  - Mme Maillot : Psychologue en oncologie pédiatrique, CHU de Besançon;
  - Yohann Macedo: Interne en néonatologie, CHU de Besançon.
  - Dr Martin : Pédopsychiatre à l'unité de médecine légale, CHU de Besançon ;
  - Dr Schiby : Pédiatre-réanimatrice à la CASEM, CHU de Besançon.

- Le **troisième webinaire** (06/10/2022) s'est intéressé aux enjeux du placement de l'enfant mettant en évidence un conflit de valeur entre une vision centrée sur l'enfant en tant que personne et une autre privilégiant la cellule familiale. En d'autres termes, il s'agit de maintenir les liens parents/enfants tout en protégeant l'enfant.

  Intervenants :
  - M. Salhi, Psychosociologue, ancien éducateur spécialisé, Seine et Marne ;
  - Mme Chatras, Travailleur social évaluation enfance, Centre Médico-Social de la Meinau, Strasbourg ;
  - Mme Werquin, Cheffe de service éducatif, La vie au grand Air, Lons le saunier ;
  - Mme Zimmermann, psychologue, service éducatif, La vie au Grand Air, Lons le Saunier ;
  - Mme Lecaplain : Psychologue/Psychothérapeute, CHU de Besançon.

- Le **dernier webinaire** (28/11/2022) s'est placé du point de vue de l'éducation nationale qui est la première institution à signaler les cas de maltraitance des enfants. L'objectif de ce webinaire était de questionner ces situations repérées et signalées par l'école.

  Intervenants :
  - Mme Balandier : Responsable du service social en faveur des élèves du Doubs ;
  - Dr Risold-Faivre : Médecin responsable du service médical scolaire du Doubs ;
  - M. Rivet : Responsable de la Cellule départementale du Recueil des Informations Préoccupantes du Doubs.

LA MALTRAITANCE

RAPPEL HISTORIQUE

Les violences et négligences envers l'enfant ont toujours existé sous des formes différentes en fonction des sociétés et de la place donnée à l'enfant. Jusqu'au XXème siècle, les enfants étaient la propriété exclusive des parents et soumis au droit illimité de la puissance paternelle, l'identification des violences était alors complexe.

A partir de 1862, des études médico-légales[1] sur les sévices et mauvais traitements exercés sur les enfants apparaissent. Mais, ce n'est qu'à partir des suites de la guerre franco-allemande que l'Etat a commencé à s'immiscer dans la vie de la famille avec une vraie vision centrée sur l'enfant en tant que futur citoyen de la nation. Aussi, l'apport de la radiologie a été essentiel à la reconnaissance des sévices et mauvais traitements avec la description du syndrome de l'enfant battu de Silverman et Caffey en 1940. Puis, les autres syndromes ont été décrits dans les années 1970 (bébé secoué et Münchhausen).

Enfin, la notion d'enfant maltraité n'apparait qu'en 1989 par la loi du 10 juillet 1989 qui marque une étape essentielle dans le renforcement de la politique de prévention des mauvais traitements, mais surtout par la convention internationale des droits de l'enfant. Cependant, la définition de la maltraitance est complexe comprenant divers registres sémantiques et sans véritable consensus.

DEFINITION

En France, la commission nationale de promotion de la bientraitance et de lutte contre les maltraitances a adopté en 2021 une nouvelle définition afin, d'une part, d'assurer la cohérence des données recueillies et des réponses apportées par les multiples acteurs confrontés aux situations de maltraitance. Et d'autre part, de distinguer les maltraitances d'autres situations, comme les violences, qui relèvent de réponses parfois différentes. Ainsi la maltraitance se définit comme suit :

« *Il y a maltraitance d'une personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action, compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux, et/ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non ; leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations* » [2].

Cette définition de la maltraitance, reprise par la loi du 7 février 2022 [3] du code de l'action sociale et des familles relative à la protection des enfants, est large et recouvre toutes les formes de violences (sexuelles, physiques, psychologiques, négligences graves, la traite ou l'exploitation…). Il est à noter que l'exposition à la violence conjugale des enfants est dorénavant reconnue comme un type de maltraitance compte tenu des conséquences importantes de ces violences sur le développement des enfants.

---

[1] Tardieu, A. « Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants », Enfances & Psy, vol. 39, no. 2, 2008, pp. 174-178.

[2] Commission de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance, *Démarche nationale de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance*, 2020.

[3] Loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants, LO 2022.

En outre, il convient de dissocier deux notions : l'enfant à risque et l'enfant maltraité. L'enfant à risque est un enfant qui connaît des conditions d'existence risquant de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité. En revanche, l'enfant maltraité est un enfant victime de violences physiques (claques, brûlures, fractures…) pouvant aller jusqu'à la mort de l'enfant, d'abus sexuels, d'actes de cruauté mentale, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique. La violence psychologique est extrêmement difficile à mettre en évidence (comportements humiliants, sadiques, manifestations de rejet…). D'autres violences sont à l'heure actuelle prises en compte comme la cyber violence ou la violence dans le cadre scolaire (exposition à des images violentes ou pornographiques, harcèlement). Enfin, la définition de la maltraitance regroupe aussi les sévices par omission comme les carences de soins, d'apport alimentaires, affectives, éducatives…

Les conséquences des traumatismes dans l'enfance sont importantes sur toutes les sphères du développement de l'enfant. Ces enfants présentent des risques élevés de problèmes comportementaux, affectifs et sociaux ultérieurs[4]. De plus, des études révèlent des problèmes de santé somatique (mauvais état général, hypertension artérielle...) et mentale (dépression, addictions, délinquance, tentatives de suicide) [5].

EPIDEMIOLOGIE

L'épidémiologie de la maltraitance est imprécise, entres autres, parce que les données ne sont pas mises en commun et les situations non détectées par les structures judicaires ou institutionnelles ne sont pas comptabilisées. La maltraitance concerne tous les milieux sociaux et il est parfois difficile de repérer la maltraitance dans son propre milieu social. Toutes les situations de maltraitance sont envisageables et certaines sont même tellement graves qu'il est difficile de les imaginer.

A priori, la maltraitance concernerait 10 % des enfants vivants dans les pays développés et 1 enfant mourrait tous les 5 jours en France du fait de la maltraitance. Les données concernant les violences sexuelles sont clairement sous-estimées et si on se rapproche des enquêtes de victimation[6] (permet de mesurer la prévalence et l'incidence de certaines atteintes aux personnes en les interrogeant), on s'aperçoit qu'une femme sur 5 dit avoir été victime d'un abus sexuel et 1 homme sur 13 dont 80 % précise avant leur majorité (18 ans). Enfin selon plusieurs sources[7], 10 % des mineurs sont victimes de violences psychologiques ou de négligence, 4 à 16 % des mineurs sont victimes de violences physiques, 5 à 30 % des filles et jusqu'à 15 % des garçons sont exposés à des violences sexuelles.

Cette estimation possiblement basse est également révélatrice de la difficulté à mettre en évidence une situation de maltraitance. Etre sensible et formé aux impacts et aux conséquences des traumatismes précoces sur le devenir de l'enfant dans les sphères psychologiques, cognitives, physiques et développementales est primordiale et pourrait renforcer le dépistage de ces situations.

---

[4] Cicchetti D, Manly JT. « Editorial: Operationalizing child maltreatment: Developmental processes and outcomes», *Developmental and Psychopathology* 2001;13(4), pp.755-757.

[5] Tursz, A. « Les conséquences de la maltraitance dans l'enfance sur la santé physique et mentale à l'âge adulte : approche épidémiologique de santé publique », *Revue française des affaires sociales*, 2013, pp.32-50.

[6] INSEE, Enquête de victimisation – cadre de vie et sécurité, INSEE [en ligne], 16 décembre 2022. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/serie/s1278

[7] Bulletin épidémiologique Hebdomadaire*, Santé Publique France*, oct. 2019.
OMS, INSPIRE: Sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants: résumé d'orientation, 2016.

COMMENT REPERER UNE SITUATION DE MALTRAITANCE POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE ?

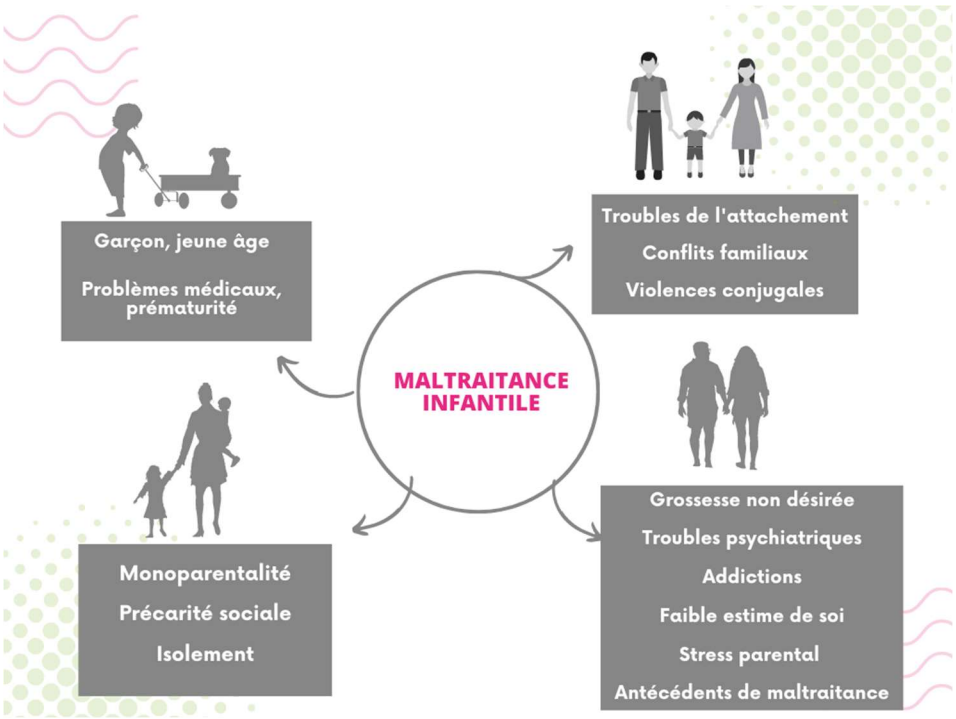
Plusieurs types de professionnels travaillant au contact de l'enfant, que ce soit dans le domaine médical ou scolaire, peuvent être amenés à repérer des situations de maltraitance. Or, repérer ce type de situation est ardu, et dans certaines situations complexes d'autant plus en raison de l'omniprésence du doute. Cependant, des facteurs de risques et des arguments peuvent être mis en avant.

LES FACTEURS DE RISQUES PRIS EN COMPTE DANS LE DOMAINE MEDICAL

Dans le domaine médical deux questions se posent souvent : *est-ce accidentel ou infligé ? Comment peut-on étayer la suspicion clinique ?*

Désormais, il est possible de repérer des situations à risque de maltraitance à l'aide de facteurs bien identifiés[8]. Certains sont liés à l'enfant, comme un enfant non désiré, un enfant de « remplacement », une prématurité, des jumeaux, une séparation précoce Mère Enfant (en raison d'un placement ou d'une hospitalisation), un enfant agité, des troubles du sommeil, des pleurs fréquents, une pathologie chronique, un handicap…
Et d'autres sont liés à la famille : carences éducative parentale (53 %), conflit de couples, séparation (22 %), violences conjugales (11 %), problèmes psychopathologiques des parents (11 %), addictions (drogues, alcool) (11%), jeunes âges des parents, maladie ou décès d'un parent, chômage, précarité, difficultés financières, environnement, habitat, errance, marginalité…[8]

On peut retrouver tous ces facteurs de risque dans ce schéma et souligner que la multiplicité de ces facteurs augmente le risque de maltraitance :



[8] Mason S.M. et al. « Risk factors for maltreatment-related infant hospitalizations in New York City, 1995–2004.», *Annals of epidemiology* 28.9, 2018, pp. 590-596.
Haute Autorité de santé, *Maltraitance chez l'enfant, repérage et conduite à tenir*, Novembre 2014.

En revanche, la bonne relation parent –bébé[9] est un facteur protecteur de la maltraitance. En effet, il y a une forte influence de la qualité de la relation parent-enfant sur le développement psycho-affectif de l'enfant. Les enjeux de cette relation sont majeurs car il s'agit, pour le bébé de faire naitre le sentiment de continuité d'être, de construire la sécurité interne essentielle à la personne qu'il deviendra et, pour le parent d'acquérir le sentiment d'être parent (c'est-à-dire d'être reconnu en tant que parent par son propre enfant).

Pour repérer une situation de maltraitance, il est important de bien connaitre les facteurs de risque, qui peuvent être multiples dans une même situation. Ensuite il faut analyser la situation globale en s'appuyant sur la présence parentale et leur comportement, leur implication dans les soins, la qualité du lien d'attachement, et la sécurité psychique et psychologique du nouveau-né ou de l'enfant.

LES FACTEURS DE RISQUE PRIS EN COMPTE A L'ECOLE

L'école, de par son statut, accueille les enfants et est propice à une relation de confiance : ainsi, de nombreuses situations d'enfants en risque de danger ou d'enfants en danger sont découvertes en milieu scolaire (20 à 25 % des Informations Préoccupantes émanent de l'éducation nationale).

Les acteurs en milieu scolaire possèdent une place centrale et privilégiée pour repérer des situations de maltraitance et les signes d'alerte peuvent être nombreux. Ces professionnels peuvent recevoir des confidences et/ ou être alertés par des signes de mal-être de l'enfant comme des signes physiques ou par des difficultés comportementales (changement de comportement, agressivité, absentéisme, désinvestissement scolaire…).

	Indicateurs	Détail
Liés à l'enfant	Des signes extérieurs	Aspect négligé, vêtements inadaptés Mise en danger par ses comportements (fugue, automutilation, prise de risques excessifs, conduites délictueuses)
	Des marques ou symptômes possibles	Ecchymoses, plaies, brûlures, griffures, chute de cheveux Plaintes organiques multiples : maux de tête, de ventre… Troubles alimentaires (anorexie, boulimies, vomissement) Trouble du développement psychomoteur ou psychoaffectif : énurésie, encoprésie, manque de repères TS, manque d'autonomie (régression) Poly addiction (alcool, tabac, cannabis) consommation de médicaments psychotropes
	Troubles du comportement	Triste, replié sur lui-même, indifférent, passif, craintif, agressif, fatigué. Hyperactivité récente. Trouble du sommeil ou alimentaire Baisse des performances scolaires, échec scolaire non expliqué Préoccupations sexuelles inadaptées à l'âge de l'enfant s'exprimant dans les jeux, le dessin, la parole Agression à connotation sexuelle d'autres enfants
	Troubles psychiques	Signes de dépression : hyperémotivité, angoisse, dépréciation de soi, idée de mort, perte du sens de l'existence, risques accidentels répétés : appel au secours Signes plus spécifiques liés à l'agression : représentation agressive du monde, manifestation phobique, peur de l'autre et notamment d'individus proches modèles de l'agresseur, culpabilité, honte et dégoût de soi Tentative(s) de suicide

[9] Bowlby, J. « La théorie de l'attachement », *Psychopathologie du bébé*, 1989, pp.165-1970.
Winnicott, D, W. « La théorie de la relation parent-nourrisson », *Revue française de psychanalyse* 25.1, 1961, pp. 7-26.

D'autre part, ils peuvent être alertés par des signes chez les adultes entourant l'enfant : attitudes éducatives inadaptées, comportement des adultes eux-mêmes. Par ailleurs, la répétition et la discordance dans les discours parentaux ou de l'enfant pour un même fait doit alerter.

	Indicateurs	Détail
Liés aux parents	Au niveau du lien avec l'enfant	Indifférence pour l'enfant (oubli répété à l'école centre aéré…) absence de stimulation, de projet pour l'enfant. Violences verbales et insultes à son égard Attitude fusionnelle Aucune participation aux activités de la famille(refus) Différence affective très nette entre les membres de la fratrie
	Au niveau des attitudes éducatives	Exigences excessives (exigences de réussite dans les domaines scolaires sportifs), punitions inadaptées Besoins de sécurité de l'enfant non assurés: manque d'hygiène, de nourriture, répétitions d'accidents domestiques Absence de suivi médical ou médicalisation à outrance Discours négatif, dévalorisation de l'enfant, humiliation Absence ou excès de limites, ordre et contre-ordre dans un même discours Enfant ayant des responsabilités au-dessus de son âge

ECOUTER L'ENFANT QUI SE RACONTE

Outre le repérage de facteurs cliniques, l'enfant peut lui-même révéler les sévices qu'il subit. Il peut parler spontanément. Un enfant ne se confiera en général qu'une fois à un adulte dans lequel il a confiance. A ce moment-là, il est préférable de recueillir la parole brute en notant ses termes, sans le faire répéter à une autre personne, notamment lorsqu'il s'agit de violences sexuelles. Il est également important de le rassurer et de lui dire que ses informations seront transférées à d'autres qui sauront l'aider pour arrêter cette situation. Le rôle de l'adulte ayant été dépositaire de la confidence, étant de protéger l'enfant, le fait de confier sa parole à un autre rassure l'enfant car on prend en compte sa parole, on ne met pas en doute sa parole.

Lorsqu'on est confronté à la révélation d'un enfant, la difficulté est d'être prêt à entendre qu'il puisse s'agir de maltraitance. Soutenir la subjectivité des enfants peut être éprouvant et susciter des émotions insoutenables pour l'adulte qui reçoit la parole de l'enfant. Il est nécessaire de ne pas rester seul et d'en parler aux autres professionnels afin de ne pas éluder ces paroles, ce qui nuirait à la protection de l'enfant. La formation et la sensibilisation des professionnels sont alors primordiales pour accueillir cette confidence et agir de manière adéquate.

QUE FAIRE UNE FOIS QU'UNE SITUATION DE MALTRAITANCE EST REPEREE ?

La protection de l'enfance est apparue dans les années 1990 avec la ratification par la France de la convention des droits de l'enfant[10]. Aujourd'hui, la notion de protection de l'enfance prend en compte une multitude de dimensions. Selon le code de l'action sociale et des familles[11] : « *la protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité sa moralité et son éducation dans le respect de ses droits* ».

En France deux systèmes de protection de l'enfance coexistent et sont en lien:

- Une protection administrative pilotée par le Président du Conseil départemental, la procédure permettant d'activer celle-ci est l'Information Préoccupante (IP), en général pour les enfants suspects de subir une ou plusieurs formes de maltraitance ;

- Une protection judiciaire assurée par le Procureur de la république et le juge des enfants, la procédure permettant de l'activer est le « signalement » pour des situations de danger avéré.

L'INFORMATION PREOCCUPANTE

En sus des actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents, la protection de l'enfance prévoit l'organisation du repérage et le traitement des situations de danger ou risque de danger pour l'enfant : il s'agit des « Informations préoccupantes (IP) ». Elle s'intéresse également à toutes les décisions administratives ou judiciaires qui concernent la protection de l'enfance (placement, interventions à domicile, délaissement de l'enfant, adoption). Ainsi, si le premier objectif de la protection de l'enfance est la prévention pour répondre à la demande d'aide des parents, l'objectif secondaire est centré sur le repérage et le traitement des situations de danger ou à risque pour l'enfant.

FOCUS SUR LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Il s'agit en réalité, non pas de Protection mais de Prévention depuis 2007. Ce service a été instauré en 1945 et est placé sous l'Autorité du Conseil départemental. Il doit assurer des mesures de prévention médicales, psychologiques et sociales et des actions d'éducation pour la santé, au bénéfice des enfants, des futurs enfants et des parents avec leur accord.

Ce service, dirigé par un médecin, est pluridisciplinaire avec la présence de de Sages-femmes, de puéricultrices, de médecins et de travailleurs sociaux. Il s'intéresse à l'enfant depuis la période périnatale jusqu'à l'âge de 6 ans pour prendre en compte sa santé globale et son environnement.

Tous les citoyens parents ont la possibilité de se saisir de ce service même s'il porte une attention particulière au public vulnérable (prématurité, handicap, troubles comportementaux, etc.).

Dans le cadre de la protection de l'enfance, un des objectifs de la PMI est alors d'éviter toute situation de maltraitance en accompagnant la parentalité.

[10] Assemblée générale des Nations Unies, Convention internationale des droits de l'enfant, 20 novembre 1989.
[11] Article L112-3 du Code de l'action sociale et des familles, modifié par la loi 2022-140 du 7 février 2022.

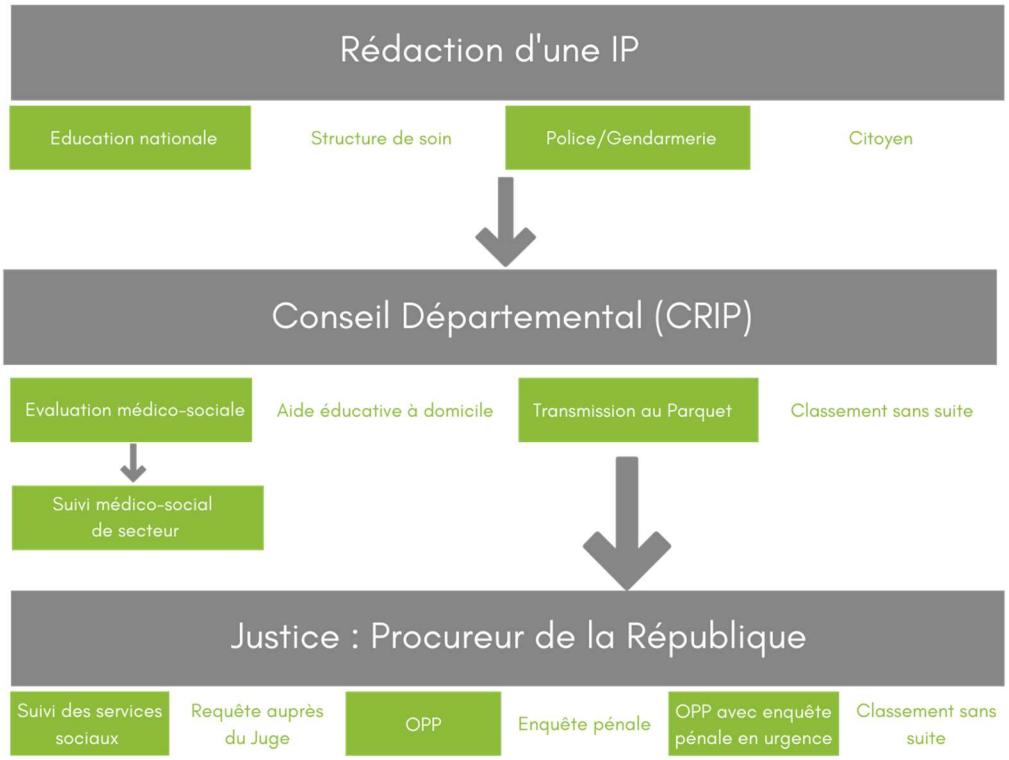
L'intervention de l'Etat dans la cellule familiale constitue une atteinte à l'intimité de la vie privée. Cette intrusion doit donc être justifiée et nécessite pour cela une évaluation quand des doutes sont présents dans une situation.

L'information préoccupante est une note rédigée par une personne ayant été au contact d'un enfant en danger ou à risque de l'être selon elle. Cette personne, si elle doit amener des faits, ne doit pas être certaine du danger ou du risque pour l'enfant : le doute suffit et doit bénéficier à l'enfant. En effet, cette information est transmise à la Cellule départementale pour alerter son Président sur la situation d'un mineur pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être. Tout citoyen peut donc rédiger une IP, même si celles-ci émanent très majoritairement (90 %) des professionnels (éducation nationale, police, justice, service de soins, associations, institution médico-sociale). Cette information peut être transmise par différents moyens de communication (oral, mail, courrier, certificat médical…), il n'y a pas d'obligation de forme à l'IP.

Il faut souligner qu'il n'y a pas d'obligation à apporter une preuve que l'enfant est réellement en danger, il faut que certains éléments objectifs laissent penser que l'on peut s'inquiéter pour la sécurité de l'enfant, de l'attitude des parents ou d'un autre adulte responsable de l'enfant quant à la prise en charge ou la protection de cet enfant.

Dans tous les départements de France, il existe une Cellule de Recueil, de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes (CRIP). L'information transmise sera appréciée par cette cellule qui peut disposer de plusieurs sources d'informations et faire le lien avec d'autres institutions. Cette évaluation de la part de la CRIP, nécessaire pour affirmer ou infirmer les doutes transmis, permet d'intervenir dans des proportions mesurées eu égard au respect des droits fondamentaux relatifs à la liberté des individus. La véracité des faits est opérée dans environ 80 % des IP reçues. Enfin, la CRIP peut également conseiller les individus qui hésitent à faire une IP.

L'évaluation réalisée par la CRIP est très lourde et impacte la vie privée de la famille pendant 3 mois : intervention des professionnels pluridisciplinaires, visite du logement et rencontre de l'enfant ainsi que de tous les enfants qui transitent par le domicile, analyse de l'environnement de l'enfant, rencontres avec la famille, l'école et le médecin traitant. Une fois finalisée, une réponse de protection est proposée à l'enfant et à sa famille. Il est à noter que pendant l'évaluation, plus de la moitié des évaluations s'arrête car cette dernière permet à la famille d'appréhender son dysfonctionnement et de trouver des solutions adaptées. Dans les autres cas, un signalement auprès du Procureur de la République est transmis.



LES SIGNALEMENTS AUPRES DU PROCUREUR DE LA REPUBLIQUE

Un signalement est un document formel écrit par les professionnels et transmis au procureur de la République dans des situations de maltraitance graves supposées (sévices sexuelles et/ou physiques importantes, etc.). Lors de la réception d'un signalement, il peut y avoir diverses orientations en fonction de la gravité de la situation :

- ***Transmission à un partenaire compétent dans différents cas :***

Tout d'abord, si le niveau de préoccupation n'est pas suffisamment grave ou si l'on ne dispose pas d'assez d'informations, le Parquet s'adresse à la CRIP.
S'il semble nécessaire d'ouvrir une procédure d'assistance éducative, le juge des enfants est saisi. L'intervention judicaire est toujours subsidiaire à une famille adhérente à un suivi éducatif proposé par la CRIP. Si une procédure éducative est déjà ouverte par le juge des enfants, le parquet transmet ce signalement en vue d'une procédure de placement.

- ***Protection immédiate de l'enfant avec une ordonnance de placement provisoire***

S'il existe un danger grave pour la sécurité, la moralité, l'éducation du mineur et que l'on est dans une situation d'urgence absolue, une ordonnance de placement provisoire est délivrée. Dans ces situations, les professionnels notamment de santé ou du milieu scolaire, n'ont pas cherché au préalable à obtenir l'adhésion des parents ou des titulaires de l'autorité parentale. Sur le terrain, la difficulté du Parquet lorsqu'il reçoit un signalement sera d'apprécier la réalité de cette notion d'urgence. Le parquet peut alors saisir le juge des enfants dans les huit jours pour déterminer les suites à donner en menant une enquête mais, dans le cas contraire cette mesure de placement provisoire devient caduque. Cette ordonnance de placement provisoire est une décision très lourde de conséquences avec une possibilité de recourir à la force publique pour l'exécution de cette mesure et une coordination des services d'accueil (car l'application de l'ordonnance de placement peut être faite à tout moment).

- ***L'enquête pénale***

Elle dure généralement plusieurs mois, c'est pourquoi il faut dans un premier temps déterminer un niveau d'urgence de la situation. Une situation d'urgence se définit sur le plan judiciaire quand le maintien de l'enfant dans son environnement dépend de l'issue de cette enquête pénale ou si le risque de déperdition de preuve est très important en fonction du temps. Dans ces situations-là, l'enquête pénale sera traitée entre 1 semaine et 1 mois. Le Parquet doit aussi arbitrer les directions de l'enquête selon le type d'infraction et l'ancienneté des faits dénoncés.

- ***L'ordonnance de placement provisoire avec une enquête pénale en urgence***

Il s'agit de cas de maltraitance grave intra-familiale lorsque l'enfant est en danger chez lui et qu'une enquête pénale est diligentée à l'encontre d'une personne qui réside avec lui. La difficulté sera de conjuguer l'intérêt de l'enquête pénale, la préservation des preuves et la sécurité de l'enfant avec extraction de son milieu familial et mise à l'abri.

Le signalement peut être lourd de conséquences, c'est pourquoi afin que le traitement soit le plus pertinent possible, il est nécessaire que le signalement soit écrit en détaillant les informations (identité de l'enfant, révélation spontanée ou déduite…). Des pièces peuvent accompagner le signalement comme des certificats médicaux. Le temps d'évaluation doit être court pour ne pas laisser l'enfant en danger, la notion des délais est très importante et incite à faire des choix.

LA REDACTION D'UNE INFORMATION PREOCCUPANTE DES SITUATIONS CHARGEES D'INCERTITUDE

La maltraitance peut se manifester de façon brutale avec des abus, de la violence physique, « facilement » visible et parfois sans équivoque. Mais parfois, il peut s'agir de situations plus complexes avec des actes discrets, moins visibles, de dévalorisation, de disqualification, d'humiliation. Soit le parent est conscient de ses actes, soit le parent ne perçoit pas la portée de ses comportements, et au milieu de ces deux extrêmes, tous les cas de figures existent.

Dans un contexte d'incertitude prégnant, le risque est de ne pas rédiger une IP. En effet, on constate un sous-signalement de ces situations de maltraitance.

La réflexion sur la rédaction d'une IP doit alors se faire, si possible, à plusieurs lors d'une décision partagée afin de gérer au mieux l'incertitude, et de limiter l'impact de ses propres convictions/ croyances en tant que professionnel de l'enfance. Les temps d'élaboration et de partage d'observations pluridisciplinaires sont absolument nécessaires pour pouvoir soutenir ces questions de protection de l'enfance.

Pour rédiger une IP ou un signalement, il s'agit de collecter un faisceau d'arguments. En effet, dans certaines situations, les signes pris isolément, ne suffisent pas pour parler de maltraitance comme un fait certain et agir. C'est la conjonction, la répétition et l'intensité de ces signes qui doivent alerter. Ce qui est important est de ne pas rester seul et de prendre le temps d'évaluer car c'est la pluralité des éclairages des collègues qui va aider à prendre une décision. Certains professionnels ont des connaissances et des compétences spécifiques et peuvent aider à évaluer une situation particulière, comme le médecin scolaire, l'infirmière, la psychologue scolaire, ou l'assistance sociale. Bien qu'il y ait autant de modes éducatifs que de parents, ceux-ci doivent néanmoins correspondre aux besoins de l'enfant et à son développement. Le dialogue avec les parents peut expliquer certains faits, certaines carences, voire l'absence de la prise en compte de certains besoins fondamentaux. Suite à cet échange avec les parents, il est néanmoins nécessaire de vérifier que les conseils éducatifs partagés aient été suivis, et que la réponse parentale se soit adaptée concrètement aux besoins fondamentaux de l'enfant. Ainsi, la présence de facteurs de risque multiples de maltraitance comme des troubles de l'attachement, une consommation persistante de toxiques, une pathologie psychiatrique ou non équilibrée, le refus d'aides ou de dialogue, une grande précarité ou un isolement seront de nature à favoriser la rédaction d'une IP ou d'un signalement. En revanche, il existe des facteurs dits « rassurants », c'est-à-dire en défaveur de la rédaction d'une IP, comme les efforts importants des parents pour être présents malgré leur difficulté, un lien d'attachement de bonne qualité, l'acceptation des aides et des suivis proposés le soutien familial ou environnemental.

La préservation du secret et surtout du secret médical est souvent avancée comme un frein à la rédaction d'une IP ou d'un signalement, cependant la loi a bien défini les droits et les devoirs des professionnels.

SECRET MEDICAL ET INFORMATION OU SIGNALEMENT

Le secret médical est explicité dans le code de la santé publique : il couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans le cadre de l'exercice de sa profession, tout ce qui lui a été confié mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. La violation de ce secret professionnel peut être une infraction pénale punie par la loi (Article 226-13 du Code Pénal).

Il existe des exceptions à la violation du secret médical permettant de porter à la connaissance du Procureur de la République ou à la CRIP des faits de violences physiques ou psychiques : la victime doit donner son accord sauf si la victime est mineure ou qu'elle n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, de son incapacité physique ou psychique. Ainsi, un professionnel ne pourra jamais être poursuivi pour violation du secret médical dans le cadre d'une suspicion de maltraitance infantile.

De surcroît, dans le Code pénal, il existe un délit de non dénonciation aux autorités judicaires de privations, mauvais traitements ou agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur, et ce délit est puni par la loi. Cependant, il existe une réticence jurisprudentielle à condamner les médecins sur cette infraction car lors de l'entrée en vigueur du code pénal une circulaire précisait que les médecins ne doivent pas être obligés de dénoncer afin que les auteurs de ces sévices infantiles n'hésitent pas à faire prodiguer les soins médicaux nécessaires par crainte d'être dénoncés. Toutefois, si en raison de l'absence de signalement ou d'IP, les maltraitances se sont poursuivies et l'enfant est resté en situation de péril, il y aura poursuite du professionnel dans le cadre d'une infraction de « non empêchement de crime » ou délit de « non-assistance à personne en péril ».

LES SITUATIONS COMPLEXES CHARGEES D'INCERTITUDE

A partir de quand rédige-t-on une IP dans une situation complexe et chargée d'incertitude ?

Afin de bien mettre en lumière la difficulté que représente la rédaction d'une IP ou d'un signalement, une vignette clinique fictive est proposée.

Un garçon est né prématurément à 34 semaines d'aménorrhée lors d'une césarienne déclenchée à cause d'une infection par un Cytomégalovirus (CMV) pendant la grossesse. Il a été hospitalisé un mois en néonatalogie et a été traité à domicile pendant 6 mois pour cette infection. Le développement psychomoteur de l'enfant était bon avec une croissance staturo-pondéral à 10 mois et un bon lien d'attachement avec les parents. A 18 mois, est diagnostiquée une leucémie aigüe lymphoblastique avec une phase lourde de traitement de chimiothérapie et des hospitalisations pendant 6 mois puis un traitement d'entretien de 18 mois, le traitement aura donc duré 2 ans au total. Pendant les 6 premiers mois de traitement, des mesures d'isolement sont préconisées pour diminuer le risque infectieux lié à l'effet immunosuppresseur de la chimiothérapie : restrictions concernant la fréquentation des lieux publics, le contact avec les animaux et les jeunes enfants. Ces mesures sont généralement levées dès le début du traitement d'entretien.

Les parents sont bouleversés par l'annonce et dévastés par le chagrin. L'ensemble de l'équipe ressent beaucoup d'empathie et de compassion pour cette famille, un lien de confiance s'instaure entre l'équipe et la famille. Dès la première hospitalisation après le diagnostic initial, il est constaté un temps de stimulation par écran très important et non adapté à l'âge de l'enfant le privant de tout contact visuel et d'interaction avec l'adulte. On s'aperçoit quelques mois plus tard que l'enfant présente des retards globaux : il ne communique pas et marche avec beaucoup de difficulté. La mère présente des angoisses majeures autour de la contamination de son fils et souhaite le protéger de tout risque infectieux. Pour cela, elle a développé un comportement hyper hygiéniste, l'accès à l'enfant devient difficile (pas ou peu de portage, pas de contact physique, visite de la famille interdite par la mère) et les réponses aux pleurs de l'enfant sont de plus en plus longues du fait du protocole méticuleux de nettoyage des objets, des jeux qui sont donnés à l'enfant. L'enfant est privé des stimulations sensorielles et de jeux habituelles pour son âge (câlins dans les bras, lecture d'histoire, tapis de jeux ou d'éveil…). A cela s'ajoute des conflits conjugaux importants et à domicile l'enfant est a priori témoin d'agressions verbales et des crises d'angoisse de la mère qui raconte ces scènes spontanément aux professionnels de santé. L'environnement global est insécurisant et non adapté à l'enfant.

Face à ces arguments, l'équipe , dans un premier temps, partage ses inquiétudes avec les deux parents en leur soumettant des propositions afin de les aider dans leur rôle parental et de corriger les troubles observés chez leur enfant. Les parents prennent conscience de l'excès hygiéniste qui se fait au détriment du développement de l'enfant, notamment Monsieur. Il leur est proposé un suivi par le Centre d'Action Médico-social Précoce (CAMSP) et un accompagnement par la PMI qu'ils acceptent. Par contre, le Suivi neuro sensoriel de l'enfant pour prévenir et traiter d''éventuels troubles visuels et auditifs ainsi que le suivi psychologique de Madame sont refusés par la famille. Malheureusement, bien qu'acceptés initialement, les différents rendez-vous au CAMPS ne sont pas honorés, ce qui conduit les professionnels de cette structure à rédiger une IP.

Dans le même temps, la « dérive hygiéniste » s'intensifie au point de « protéger » les mains de ce garçon de 18 mois avec des chaussettes afin qu'il ne touche rien.
Ainsi, face aux refus des propositions, des troubles de l'enfant qui se majoraient, la décision est prise, au sein de l'équipe, de rédiger une IP au neuvième mois de prise en charge. Trois mois plus tard soit 1 ans après le diagnostic, l'environnement familial est resté inchangé voire s'est aggravé et n'a pas permis un développement favorable pour l'enfant : un signalement au Procureur de la république est rédigé. Ce signalement débouchera sur une Ordonnance de Placement Provisoire afin de protéger l'enfant et lui permettre de se développer dans un environnement plus sécure. Les parents devront dans le même temps travailler leurs difficultés avec des aides éducatives renforcées et obligatoires.

L'analyse de cette vignette clinique montre bien la pluralité des arguments à prendre en compte dans la rédaction d'une IP ou d'un signalement.

Premièrement, l'hospitalisation initiale en néonatalogie[12] engendre un risque majeur de troubles de l'attachement (relation parent-bébé). En effet les nouveau-nés hospitalisés en néonatalogie sont soit nés prématurés soit nés à terme avec une pathologie particulière. Ces circonstances provoquent un stress parental majeur avec des angoisses de mort, de handicap, une atteinte narcissique parentale plus ou moins compliquée. Cette hospitalisation précoce dans la vie de l'enfant et souvent prolongée engendre une séparation rapide mère/père-enfant avec un éloignement géographique parfois important. L'environnement médicalisé est stressant du fait des nombreuses alarmes qui peuvent retentir, du matériel encombrant, des locaux aseptisés et des professionnels nombreux utilisant un jargon médical. Aussi, la présence d'autres facteurs de risque comme les violences conjugales et l'angoisse importante de la mère incite à la rédaction d'une IP. Cependant, rédiger un tel document pour une famille que l'on connait et qu'on suit peut-être compliqué car on craint de fragiliser voire de rompre le lien de confiance avec cette famille. La peur du professionnel de rompre ce lien établi avec les parents peut être un frein à la rédaction d'une IP ou d'un signalement. Il existe en effet beaucoup de craintes de la part des professionnels de santé de porter préjudice à l'enfant, à la famille. De fortes barrières psychologiques et relationnelles sont présentes. Néanmoins, il est primordial d'informer la famille des inquiétudes des professionnels quant au développement de leur enfant, et de les faire adhérer à cette IP ou ce signalement en tant que processus d'aide dans leur rôle parental. En pratique, la rédaction d'une IP se fera généralement quand l'équipe n'arrive plus à mobiliser les parents dans un processus d'aide au rôle parental devant soutenir le développement de leur enfant.

Dans cette vignette, la prise en considération des parents avec renforcement du rôle parental a permis de garder le lien de confiance avec les parents et de mettre du sens sur le placement de l'enfant. Entre le moment de l'IP et le signalement, les modalités éducatives renforcées obligatoires n'ont pas mené à une amélioration suffisante d'où le signalement. Parallèlement, la sécurité de l'enfant n'a pas été compromise, et son développement étroitement surveillé lors des hospitalisations rapprochées en rapport avec les traitements anti-leucémiques. Le dossier s'est étayé au fur à mesure du temps, avec des arguments de plus en plus solides. Un « simple » mécanisme de défense pour lutter contre des agents pathogènes susceptibles d'infecter un enfant avec une leucémie est devenu un trouble obsessionnel avec des répercussions importantes sur le développement d'un enfant.

« Il ne faut pas oublier que les bouleversements sont dus en premier lieu parce qu'il y a un danger, pas parce qu'il y a un signalement, et ce sont bien les actes commis qui engendrent un bouleversement familial ».

Dr BERNARDINI, Pédiatre responsable de la Cellule d'Accueil Spécialisée de l'Enfance Maltraitée (CASEM), CHU de Dijon

[12] Dans ces situations, le rôle du professionnel est primordial pour, d'une part accompagner les parents dans la compréhension du comportement de leur bébé afin d'appréhender ses besoins et pouvoir y répondre de manière adaptée tout en réduisant leur stress et en augmentant leur confiance en eux. Et d'autre part, aider à la proximité avec leur bébé dès que cela est possible pour favoriser l'attachement. Les soins sont centrés sur le nouveau-né et sa famille : soutien au développement du nouveau-né et au lien d'attachement.

LES ENJEUX ETHIQUES DU PLACEMENT DE L'ENFANT

Une fois le signalement effectué et la maltraitance avérée, l'enfant peut se voir placer : à domicile, en foyer ou en famille d'accueil. Dans la protection de l'enfance deux valeurs dominent, d'une part, l'intérêt de l'enfant et d'autre part, la prise en compte de la cellule familiale. L'assistance éducative doit affronter un dilemme éthique avec des injections contradictoires laissant aux professionnels une marge importante d'interprétation : maintenir les liens parents/enfants tout en protégeant l'enfant.

Historiquement, ce dilemme a toujours été présent dans la législation oscillant entre l'une et l'autre valeur au fil du temps instaurant des injonctions de protection de l'enfant en même temps que son maintien dans sa famille avec l'adhésion des parents aux mesures de protection judiciaire. Cependant, certaines situations sont tellement complexes qu'il est difficile pour les professionnels de concilier la protection de l'enfant et son maintien dans la cellule familiale. La notion de danger, pour décider d'un placement, est primordiale et le consensus reste compliqué à obtenir. L'évaluation des parents, leurs capacités à rebondir, à réagir, à évoluer dans leur situation et celle qui met l'enfant en danger sont décisifs.
Au-delà de la décision, la mise en œuvre pratique du placement n'est pas aisée car il faut en effet trouver une place dans un lieu adapté aux besoins de l'enfant pour qu'il puisse évoluer positivement.

Pour essayer de concilier ce dilemme éthique, il existe le Placement Educatif A Domicile (PEAD) qui est de plus en plus utilisé. Ce dispositif peut être mis en place lorsqu'il est possible de mobiliser les parents et que le développement de l'enfant n'est pas trop entravé. Concrètement, l'enfant est confié à l'aide sociale à l'enfance et un accompagnement se met en place tout en restant au domicile des parents leur permettant un droit de visite et d'hébergement. Ce droit est toutefois modulable avec la possibilité, si la situation se dégrade, d'effectuer un repli, une mise à l'abri de l'enfant le temps d'évaluer et d'apprécier la situation en envisageant un placement extérieur au domicile.
Le PEAD essaie de prendre soin de la cellule familiale et de construire une solution afin que les parents se rendent compte de leur dysfonctionnement et évoluent. Certains parents n'ont pas forcément les clés pour être parent, ne les ont pas eu durant leur enfance et l'accompagnement quotidien par des professionnels leur permet de réfléchir sur leur vécu. Parfois ce cheminement n'est pas possible et le placement extérieur au domicile semble inévitable et salutaire.
De manière générale, l'enjeu du PEAD est visible dans les questions que se posent en permanence les professionnels : à quel moment le danger est-il trop important pour le maintien de l'enfant à domicile ? Jusqu'où les parents peuvent-ils évoluer dans l'adéquation aux besoins de leur enfant ? Pour aider les professionnels, il existe un guide d'évaluation sur les capacités parentales qui donne des points de repères très pratico-pratiques [13].

Actuellement, pour essayer de concilier au mieux la protection de l'enfant et l'accompagnement à la parentalité, les mesures se multiplient pour être au plus près des besoins de l'enfant tout en évitant une rupture avec les parents. L'impact des mesures sur le développement de l'enfant est un indicateur qui est devenu central dans ces situations familiales. En outre, le lien d'attachement serait le besoin primordial pour assurer les autres besoins. En d'autres termes, la qualité relationnelle entre l'enfant et son parent semble fondamentale, c'est pourquoi il y a une volonté de le laisser dans sa famille tant que cela ne le met pas en danger.
L'adaptation des mesures de placement au cas par cas permet de mieux respecter les droits des parents et le la prise en compte des besoins de l'enfant pour son développement.

[13] Centre jeunesse de Montréal – Institut Universitaire. *Guide d'évaluation des capacités parentales au CJMIU : basé sur les grilles d'évaluation du Groupe du Toronto Parenting Capacity Assessment Project (Guide de Steinhauer 0 à 5 ans)*, Montréal, 4e éd., 2014.

CONCLUSION

La maltraitance infantile a toujours existé sous des formes différentes en fonction des sociétés et de la place donnée à l'enfant. Ce n'est que récemment (milieu du XXème siècle) qu'une volonté politique nait pour s'immiscer dans la sphère privée des individus et que la notion d'enfant maltraité apparait.

La maltraitance peut se manifester de façon brutale sans équivoque, mais parfois, il peut s'agir de situations plus complexes avec des actes discrets, moins visibles. Ainsi, repérer ce type de situation est ardu en raison de l'omniprésence du doute. Bien que des facteurs de risques et des arguments peuvent être mis en avant, ces signes, pris isolément, ne suffisent pas pour parler de maltraitance comme un fait certain et agir. C'est la conjonction, la répétition et l'intensité de ces signes qui doivent alerter. Aussi, une réflexion collective est fondamentale afin de gérer au mieux l'incertitude, et de limiter l'impact de ses propres convictions/ croyances. Les temps d'élaboration et de partage d'observations pluridisciplinaires sont absolument nécessaires pour pouvoir soutenir ces questions de protection de l'enfance.

Enfin, lors d'une situation de maltraitance infantile effective, l'assistance éducative doit affronter un véritable dilemme éthique mêlant des injonctions contradictoires laissant aux professionnels une marge importante d'interprétation : maintenir les liens parents/enfants tout en protégeant l'enfant. Ainsi, pour essayer de concilier au mieux la protection de l'enfant et l'accompagnement à la parentalité, les mesures judiciaires se multiplient afin d'être au plus près des besoins de l'enfant tout en évitant une rupture avec les parents.

BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES

Bowlby, J. « La théorie de l'attachement », *Psychopathologie du bébé*, 1989, pp.165-1970.

Cicchetti D, Manly JT. « Editorial: Operationalizing child maltreatment: Developmental processes and outcomes», *Developmental and Psychopathology* 2001;13(4), pp.755-757.

Mason S.M. et al. « Risk factors for maltreatment-related infant hospitalizations in New York City, 1995–2004.», *Annals of epidemiology* 28.9, 2018, pp. 590-596.

Tardieu, A. « Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants », Enfances & Psy, vol. 39, no. 2, 2008, pp. 174-178.

Tursz, A. « Les conséquences de la maltraitance dans l'enfance sur la santé physique et mentale à l'âge adulte : approche épidémiologique de santé publique », *Revue française des affaires sociales*, 2013, pp.32-50.

Winnicott, D, W. « La théorie de la relation parent-nourrisson », *Revue française de psychanalyse* 25.1, 1961, pp. 7-26.

REVUE

Bulletin épidémiologique Hebdomadaire, *Santé Publique France*, oct. 2019.

RAPPORTS & GUIDES

Centre jeunesse de Montréal – Institut Universitaire. *Guide d'évaluation des capacités parentales au CJMIU : basé sur les grilles d'évaluation du Groupe du Toronto Parenting Capacity Assessment Project (Guide de Steinhauer 0 à 5 ans)*, Montréal, 4e éd., 2014.

Commission de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance, *Démarche nationale de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance*, 2020.

Haute Autorité de santé, *Maltraitance chez l'enfant, repérage et conduite à tenir*, Novembre 2014.

OMS, INSPIRE: Sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants: résumé d'orientation, 2016.

TEXTES DE LOI

Article L112-3 du Code de l'action sociale et des familles, modifié par la loi 2022-140 du 7 février 2022.

Loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants, LO 2022.

Assemblée générale des Nations Unies, Convention internationale des droits de l'enfant, 20 novembre 1989.

SITOGRAPHIE

INSEE, Enquête de victimisation – cadre de vie et sécurité, INSEE [en ligne], 16 décembre 2022. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/serie/s1278

Retrouvez toutes les actualités
de l'EREBFC

www.erebfc.fr