

**PRÉVENIR LA MALTRAITANCE DES ENFANTS PAR LE
RENFORCEMENT DU RÔLE DES MÉDECINS ET DE LA
COORDINATION ENTRE SECTEURS PROFESSIONNELS**

**RAPPORT DU COMITÉ DE SUIVI DU COLLOQUE NATIONAL SUR LES VIOLENCES
FAITES AUX ENFANTS (PARIS, SÉNAT, 14 JUIN 2013)**

*Rapport présenté à Madame Marisol Touraine,
ministre des Affaires sociales et de la Santé,
par le Docteur Anne Tursz, présidente du comité de suivi*

Octobre 2014

PRÉAMBULE	4
PROBLÉMATIQUE	7
Une définition de la maltraitance fondée sur le concept de besoins fondamentaux de l'enfant	8
La prévention	10
La place et le rôle des médecins face au danger et à la maltraitance	11
La formation	12
Que sait-on actuellement de la fréquence, des facteurs de risque et du coût de la maltraitance des enfants en France ?	12
Un outil statistique, véritable Observatoire de l'enfant en danger et maltraité ?	14
Un contexte pour ce rapport : la réforme territoriale	14
LES THÈMES PRIORITAIRES : ANALYSE ET PROPOSITIONS	15
La prévention précoce et le soutien à la parentalité	15
Le rôle des médecins	19
Le décloisonnement entre les secteurs professionnels	25
<i>Au niveau de la prévention précoce en période périnatale</i>	25
<i>Lors de l'accueil de l'enfant supposé en danger ou maltraité</i>	26
<i>Lors du signalement ou de la transmission d'une information préoccupante</i>	29
<i>Lors du suivi de l'enfant</i>	30
<i>Dans le cadre des investigations faisant suite à un décès d'enfant</i>	32
La formation	35
<i>État des lieux des obligations de formation</i>	35
<i>La formation des médecins (hors scolaires et de PMI)</i>	38
<i>Quelles priorités pour ces formations ?</i>	40
<i>Un lieu ou un pilote pour les formations pluri-professionnelles ?</i>	41
L'information	43
Réflexions en relation avec la réforme territoriale	44
<i>De nouvelles CRIPs ?</i>	45
<i>Une systématisation du travail en réseau</i>	45
<i>Des outils d'évaluation repensés au niveau national et local</i>	46
<i>Un outil statistique national</i>	47
<i>Le développement d'activités de recherche</i>	48
CONCLUSION	50
LES 44 PROPOSITIONS DU COMITÉ	54
LISTE DES ANNEXES	
LISTE DES SIGLES	

PRÉVENIR LA MALTRAITANCE DES ENFANTS PAR LE RENFORCEMENT DU RÔLE DES MÉDECINS ET DE LA COORDINATION ENTRE SECTEURS PROFESSIONNELS

RAPPORT DU COMITÉ DE SUIVI¹ DU COLLOQUE NATIONAL SUR LES VIOLENCES FAITES AUX
ENFANTS (PARIS, SÉNAT, 14 JUIN 2013)

*Rapport présenté à Madame Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé,
par le Docteur Anne Tursz, présidente du comité de suivi*

PRÉAMBULE

Le colloque national sur les violences faites aux enfants² a eu un très grand succès (comme l'ont attesté la presse écrite et audio-visuelle lors de sa tenue et ultérieurement, ainsi que le nombre considérable de demande d'inscriptions) car il répondait à une réelle attente des professionnels de tous les secteurs impliqués dans le développement et la santé des enfants (éducation, santé, secteur social, justice, police...). En effet la maltraitance est en France un phénomène dont l'ampleur reste méconnue, dont on parle dans les médias et le public essentiellement sous l'angle du fait divers et face auquel les professionnels sont mal armés pour résoudre des questions de fond telles que : comment définir et repérer la maltraitance ? Comment évaluer la gravité des situations rencontrées ? Qu'attendre de la famille d'un enfant soupçonné d'être victime de mauvais traitements ? Comment trouver de l'aide auprès de professionnels d'autres secteurs que le sien ? Comment suivre un enfant objet d'une mesure (et éventuellement séparé de sa famille) et évaluer les bénéfices ou inconvénients des actions entreprises ? Toutes ces questions ont été soulevées lors du colloque de juin 2013 et les débats fournis qui se sont engagés ont incité les organisateurs à mettre sur pied un Comité de suivi dont les réflexions constituent la matière de ce rapport.

Historiquement, le 20^{ème} siècle est marqué par un vif intérêt pour les enfants, leurs droits, leur développement personnel et leur apport aux sociétés futures. Les réflexions sur ces sujets ont

¹ Les listes des membres du Comité et des personnalités qu'il a auditionnées sont indiquées en annexes 1 et 2

² Programme en annexe 3, également disponible sur le site

<http://maltraitedesenfantsgrandcausenationale2014.wordpress.com/>

trouvé un aboutissement juridique dans la Convention internationale des Droits de l'Enfant (CIDE)³, adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies, le 20 novembre 1989 et ratifiée par la France en 1990. Il y est stipulé dans l'article 3 que : « *dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale* ». Cette formulation est reprise et même renforcée dans la loi du 5 mars 2007⁴ réformant la Protection de l'enfance qui dit que : « *L'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant* ». La place de l'enfant dans la famille (sujet qui est au cœur de la problématique de la maltraitance, les auteurs des mauvais traitements étant plus souvent les parents que d'autres personnes chargées de la garde de l'enfant) est définie par la CIDE : « *l'enfant, pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, doit grandir dans le milieu familial, dans un climat de bonheur, d'amour et de compréhension* » (préambule), « *les États parties veillent à ce que l'enfant ne soit pas séparé de ses parents contre leur gré, à moins que les autorités compétentes ne décident, sous réserve de révision judiciaire et conformément aux lois et procédures applicables, que cette séparation est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Une décision en ce sens peut être nécessaire dans certains cas particuliers, par exemple lorsque les parents maltraitent ou négligent l'enfant* » (article 9). Est enfin affirmée la notion d'égalité des droits de tous les membres de la « famille humaine » (préambule).

Dès le tout début du 20^{ème} siècle, on a souligné le rôle positif de l'épanouissement de l'enfant dans la construction de la société future. Ainsi, Maria Montessori, diplômée de médecine en Italie en 1896, estimait que l'enfant devait être considéré comme une personne non seulement digne d'intérêt mais surtout comme l'avenir de la société. Janusz Korczak, diplômé de médecine en Pologne en 1905, est aussi le précurseur de la mise en pratique des droits positifs de l'enfant (droits d'expression, de participation, d'association, etc.) et a largement inspiré les rédacteurs de la CIDE.

De même qu'on reconnaît l'impact positif d'une enfance heureuse sur la socialisation dès l'enfance et à l'âge adulte, on sait aussi combien sont délétères pour toute la société future les traumatismes vécus dans la petite enfance. Un numéro récent de la Revue française des affaires sociales, portant sur les « difficultés vécues dans l'enfance [et leurs] conséquences à

³ Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant adoptée le 20 novembre 1989, sur la recommandation de la Commission des Affaires sociales et humanitaires, l'Assemblée Générale des Nations Unies, New York

⁴ Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. <http://www.legifrance.gouv.fr/>

l'âge adulte »⁵, examine ces événements adverses, au premier rang desquels la maltraitance⁶, et leur liens avec des déviances ultérieures. Si les conséquences à long terme de la maltraitance dans l'enfance ont fait l'objet de très peu d'études en France, dans la littérature scientifique anglophone, de nombreuses études rétrospectives et surtout prospectives (menées à partir de cohortes de naissances) montrent que les adultes maltraités dans leur enfance ont, significativement plus que des sujets témoins, des problèmes de santé somatique (mauvais état général, hypertension artérielle...) et mentale (dépression, addictions, délinquance, tentatives de suicides..., ces dernières faisant plus particulièrement suite à des violences sexuelles).

Dans son ouvrage « C'est pour ton bien »⁷, Alice Miller affirme que « *la plus grande cruauté que l'on inflige aux enfants réside dans le fait qu'on leur interdit d'exprimer leur colère ou leur souffrance, sous peine de risquer de perdre l'amour et l'affection de leurs parents. Cette colère de la petite enfance s'accumule donc dans l'inconscient et, comme elle représente dans le fond un très sain potentiel d'énergie vitale, il faut que le sujet dépense une énergie égale pour le maintenir refoulé. Il n'est pas rare que l'éducation qui a réussi à refouler le vivant, pour épargner les parents, conduise au suicide ou à un degré de toxicomanie qui équivaut à un suicide* ». Et elle souligne, dans la préface de l'ouvrage que « *l'opinion publique est loin d'avoir pris conscience que ce qui arrivait à l'enfant dans les premières années de sa vie se répercutait inévitablement sur l'ensemble de la société, et que la psychose, la drogue et la criminalité étaient des expressions codées des expériences de la petite enfance* ».

« Les conséquences de la maltraitance sont d'autant plus fréquentes et d'autant plus redoutables qu'il existe une fragilité spécifique de l'enfant. Contrairement à l'adulte, qui est capable de relativiser et de comparer, donc de reconnaître d'autres personnes ayant subi les mêmes sévices que lui (torture, incarcération arbitraire...), le petit enfant n'a aucun point de référence et aucune possibilité de partager son sentiment de révolte. Il est triplement livré à sa famille maltraitante : par les mauvais traitements eux-mêmes, par l'impossibilité d'en identifier le caractère anormal et par celle d'accuser les coupables. La situation est particulièrement aiguë chez le nourrisson, qui ne parle pas et se trouve généralement confiné

⁵ Difficultés vécues dans l'enfance, conséquences à l'âge adulte. P Boisard et B Galtier, Eds. Revue française des affaires sociales, n° 1-2, janvier-juin 2013.

⁶ Tursz A. Les conséquences de la maltraitance dans l'enfance sur la santé physique et mentale à l'âge adulte : approche épidémiologique de santé publique. In : Difficultés vécues dans l'enfance, conséquences à l'âge adulte. Revue française des affaires sociales, n° 1-2, janvier-juin 2013, p 32-50.

⁷ Alice Miller. C'est pour ton bien. Racines de la violence dans l'éducation de l'enfant. Traduction Jeanne Étoré. Éditions Aubier (réédition), 2008.

au domicile. Exposé à un milieu familial nocif, il va développer de graves troubles dès ses premiers mois, troubles qui, sans intervention salvatrice, se répercuteront sur toute sa vie »⁸.

La maltraitance a en effet généralement un début très précoce, d'où l'importance de comprendre comment se structurent (ou non) les relations du bébé avec ses parents. Tout au long du 20^{ème} siècle, s'est construite progressivement une image du nourrisson comme un être humain à part entière, capable d'intelligence et d'émotions, et les travaux fondateurs du psychiatre britannique John Bowlby ont révélé le rôle de l'attachement précoce. En 1969, il publie un ouvrage majeur : « Attachement et perte »⁹, dans lequel il développe sa théorie de l'attachement. Pour lui, « l'attachement » fait partie des besoins primaires : de même qu'il doit s'alimenter pour grandir, le bébé doit aussi, pour se développer et explorer le monde, pouvoir trouver sécurité et réconfort par un lien privilégié avec l'adulte. J. Bowlby s'appuie sur ses observations de jeunes enfants et de familles, tout en utilisant les apports de l'éthologie et de la psychologie cognitive. Selon lui, les bébés développent des stratégies adaptatives différentes selon la manière dont on en prend soin. L'attachement est sédatif et tranquillisant, la figure maternelle offrant à l'enfant un contenant psychique qui compense son immaturité. Plus les interactions précoces entre le bébé et sa mère et/ou son père sont de bonne qualité, meilleure sera la régulation émotionnelle, et plus rares de possibles troubles ultérieurs du comportement chez l'enfant, puis l'adolescent. Il est important de comprendre « l'attachement comme processus » et non comme instinct¹⁰ et d'appréhender les liens étroits qui peuvent exister entre non-attachement et maltraitance¹¹. La maltraitance est en effet une véritable pathologie de l'attachement.

PROBLÉMATIQUE

Les choix faits dans le fonctionnement du comité de suivi, quant aux auditions et à l'élaboration de la réflexion puis de propositions, reposent sur les idées exposées ci-dessus : la maltraitance est mal définie et mal connue en France (comme dans beaucoup de pays), le jeune âge des enfants touchés justifie qu'on réfléchisse en terme de prévention et de soutien à la parentalité et qu'œuvrent, dans cette optique, les professionnels qui interviennent auprès

⁸ A Tursz. Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France. Paris, 2010. Seuil.

⁹ J. Bowlby. Attachement et perte. T. I : L'Attachement. T. II : Séparation, angoisse et colère. T. III : La Perte, tristesse et séparation, 1969. London, Hogarth. Traduction française, Paris, 1978-1984, Editions PUF.

¹⁰ Guedeney N, Guedeney. A. « L'attachement : concepts et applications », Masson, Paris, 2002.

¹¹ Morton N, Browne KD. Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment. A review. Child Abuse Neglect 1998; 22 : 1093-1104.

des nourrissons (principalement les médecins) ; les concepts de parenté, parentalité, droits, besoins et intérêt de l'enfant méritent d'être clarifiés.

Il ne s'agit pas ici de redéfinir la Protection de l'enfance, ni de proposer une vision exhaustive du problème de la maltraitance et de sa prise en charge, mais de s'attacher à des aspects considérés comme prioritaires par le comité. De plus, des rapports récents^{12,13,14} ont largement contribué à une tentative de reconfiguration de la Protection de l'Enfance (globalement ou sous des aspects plus ou moins spécifiques).

Une définition de la maltraitance fondée sur le concept de besoins fondamentaux de l'enfant

Parle-t-on de danger (concept central dans la loi de 2007) ou de maltraitance ? On peut dire qu'il y a danger chaque fois que les besoins fondamentaux de l'enfant sont insatisfaits. Or, on l'a vu, l'enfant, dès la naissance, a besoin bien sûr de manger, de dormir, d'être lavé et soigné, mais il a un besoin tout aussi vital d'amour et de sentiment de sécurité. Et on sait que les jeunes enfants ne peuvent grandir, s'épanouir et devenir des adultes heureux, socialisés et responsables que si leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs sont pleinement satisfaits par les personnes qui s'en occupent, très généralement leurs parents.

Répondre à ces besoins fondamentaux, c'est bien traiter un enfant, ne pas le faire c'est mal le traiter (le maltraiter). Ce qui constitue le danger c'est l'ignorance ou la négligence de ces besoins. Bien sûr tout parent a un jour, excédé, donné une gifle ou dit quelque chose de blessant et n'est pas pour autant un parent maltraitant. Ce qui constitue la maltraitance c'est la répétition, la systématisation de la brutalité érigée en système pédagogique et le caractère excessif des actes par rapport à l'âge et aux capacités de l'enfant (on ne gifle pas un bébé), par rapport aux circonstances (on n'humilie pas un enfant), par rapport à la confiance et au besoin d'amour (on ne terrorise pas un enfant par un système sophistiqué de punitions répondant à chaque transgression ; on ne lui arrache pas son jouet favori)... En effet qu'apprend-on à un

¹² Démarche de réflexion et d'expertise en vue d'un consensus sur le périmètre de l'observation de la population prise en charge dans le dispositif de protection de l'enfance. Rapport remis le 2 juillet 2013 par le président du comité d'experts, Michel Legros, à Madame la ministre déléguée chargée de la Famille, Dominique Bertinotti.

¹³ Quarante propositions pour adapter la protection de l'enfance et l'adoption aux réalités d'aujourd'hui. Rapport du groupe de travail « Protection de l'enfance et adoption », présidé par A. Gouttenoire, remis à Madame Dominique Bertinotti. Ministère des affaires sociales et de la santé - Ministère délégué chargé de la famille. Février 2014.

¹⁴ Dini M, Meunier M, sénatrices. Rapport d'information sur « Protection de l'enfance : améliorer le dispositif dans l'intérêt de l'enfant ». Commission des affaires sociales du Sénat. N° 655. 2013-2014. www.senat.fr

enfant quand les arguments pédagogiques qu'on emploie avec lui sont la supériorité en termes de force physique et de vocabulaire insultant ? On le prive de repères moraux appropriés et on lui apprend que la violence est une forme de communication tout à fait acceptable, qu'il a, de ce fait, toute chance de reproduire une fois devenu adulte.

L'incohérence et l'imprévisibilité des attitudes parentales peuvent aussi constituer une forme de maltraitance : on peut envisager la protection et l'éducation de l'enfant comme étant constituées par la répétition et la stabilité dans la transmission des valeurs et des règles éducatives ; l'enfant doit pouvoir savoir qu'une bonne conduite de sa part suscite la satisfaction de ses parents et qu'au contraire une mauvaise conduite suscite leur mécontentement. L'imprévisibilité et l'incohérence, qui sont une forme d'emprise, mettent l'enfant dans l'insécurité et ne lui permettent pas de construire des repères stables.

Il peut y avoir danger alors même que l'enfant lui-même n'est pas personnellement victime de maltraitance physique. C'est le cas lors de l'exposition aux violences intra-familiales, conjugales notamment, qui constituent une forme grave de maltraitance psychologique de l'enfant. Les violences conjugales créent de profonds traumatismes à l'enfant qui en est victime et rendent nécessaire un aménagement adapté des modalités d'exercice de l'autorité parentale pour assurer durablement sa protection¹⁵.

La maltraitance par carence de soins, délaissement, carences affectives, négligences graves (par omission) est sans doute plus fréquente et moins bien repérée que la maltraitance physique mais elle est tout aussi grave et possiblement létale, invalidante sur le développement affectif, psychologique et cognitif, et ne se complique pas toujours de maltraitance active, notamment secondairement, quand les troubles acquis de la personnalité des enfants deviennent difficiles à supporter et à prendre en charge.

On le voit, une définition large de la maltraitance telle que celle utilisée dans une série d'articles sur la maltraitance des enfants dans les pays à haut niveau de revenus, publiés en 2009 dans la revue médicale britannique *The Lancet*¹⁶ (« tout acte commis directement ou par omission par un parent ou un autre gardien, qui a pour conséquence un dommage ou la potentialité d'un dommage ou la menace d'un dommage pour un enfant, ce dommage n'ayant

¹⁵ Durand E. *Violences conjugales et parentalité : protéger la mère c'est protéger l'enfant*. Paris, 2013, L'Harmattan.

¹⁶ Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Child Maltreatment 1. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009; 3;373(9657): 68-81.

pas besoin d'être intentionnel ») n'est pas sans parenté conceptuelle avec le texte de la loi du 5 mars 2007 qui élargit l'action des services de l'aide sociale à l'enfance aux mineurs et à leur famille rencontrant des « *difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social* ». Ces définitions relèvent elles-mêmes de la même philosophie que celle proposée par l'OMS¹⁷.

Si la maltraitance caractérisée se prête mieux que le danger à une reconnaissance clinique et à une approche épidémiologique (malgré de nombreuses difficultés), le danger, lui, doit être la cible privilégiée de la prévention. Le présent rapport, dans ses propositions, se doit de répondre à deux types d'objectifs qui ne sont pas contradictoires : à court, moyen et long termes il faut développer des stratégies de prévention du danger, à court terme il faut affronter l'existence de la maltraitance et trouver les stratégies les plus efficaces de repérage puis de prise en charge.

La prévention

Elle doit être envisagée sous ses trois aspects : prévention primaire (de la survenue de la situation de danger), secondaire (repérage et dépistage du danger et de la maltraitance) et tertiaire (toutes formes de prise en charge et de suivi de l'enfant en danger), avec un fort accent mis sur la prévention primaire, la plus précoce possible. La prévention primaire consiste principalement à informer les familles sur le danger qu'il y a à ne pas respecter les besoins de l'enfant et à former les professionnels sur les facteurs de risque du danger et leur dépistage. La prévention secondaire, elle, va s'intéresser à l'accompagnement des familles reconnues comme vulnérables face au risque de maltraitance et à la formation des professionnels à identifier le danger et repérer des signes évocateurs de maltraitance.

Le jeune âge des enfants touchés justifie qu'on s'intéresse en priorité à la période périnatale et qu'on favorise toutes les stratégies de soutien à la parentalité. Dans cette optique, il apparaît

¹⁷ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/> « *La maltraitance à enfant désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. Parfois, on considère aussi comme une forme de maltraitance le fait d'exposer l'enfant au spectacle de violences entre partenaires intimes* ».

de plus en plus nécessaire, comme d'ailleurs souligné dans le rapport des sénatrices M. Dini et M. Meunier, de redéfinir et de renforcer la place et le rôle des médecins.

La place et le rôle des médecins face au danger et à la maltraitance

Maria Montessori, Janusz Korczak, John Bowlby, cités plus haut, étaient médecins, de même que C. Henry Kempe, auteur en 1962 de l'article médical fondateur sur la clinique de la maltraitance¹⁸ et Ambroise Tardieu qui, cent ans plus tôt, avait publié un article tout à fait comparable (Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants¹⁹) mais n'avait été écouté d'aucun membre de la communauté médicale française, notamment parce qu'il osait affirmer que les auteurs de ces terribles forfaits étaient les parents. Ce déni perdure dans la communauté médicale française si on en juge par le fait que seulement 5 % des signalements émanent des médecins²⁰. Pourtant, si l'école accueille tous les enfants à partir de l'âge de 2 ans ½ - 3 ans, avant cet âge, hors du cercle familial et des amis, seuls les médecins sont amenés à les voir. En effet, le système de santé les prend en charge dès la naissance, au titre de la prévention (vaccinations, surveillance du développement psychomoteur et de la croissance) et de nombreux médecins sont concernés (médecins de Protection maternelle et infantile [PMI], hospitaliers, pédiatres et généralistes libéraux). Par ailleurs tous les enfants maltraités passent un jour ou l'autre par le système de santé (notamment le cabinet du généraliste ou du pédiatre et les urgences hospitalières) ou peuvent être repérés dans le cadre de consultations de prévention (PMI, Santé scolaire).

De nombreuses disciplines sont concernées à des degrés divers (médecine générale, pédiatrie, urgences, pédopsychiatrie, psychiatrie, gynéco-obstétrique, chirurgie, médecine légale, voir d'autres telles que l'ORL, la stomatologie ou l'ophtalmologie) et pour des tâches diverses à tout les stades du processus du danger et de la maltraitance, depuis le dépistage des facteurs de risque jusqu'au suivi des enfants placés et à l'expertise des enfants décédés. Il existe de nombreux écrits concernant l'attitude du corps médical face au danger et à la maltraitance, notant notamment leur insuffisante formation sur le développement normal et pathologique du petit enfant et sur la clinique de la violence ainsi que leur réticence à collaborer avec les autres secteurs professionnels (social, judiciaire, éducatif) et à signaler, surtout dans leur propre classe sociale. La véritable hantise d'engager sa responsabilité personnelle ressort

¹⁸ Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegmueller W, Silver HK. The battered-child syndrom . JAMA 1962 ; 181: 17-24.

¹⁹ Tardieu A. Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. Annales d'Hygiène publique et de Médecine Légale 1860 ; 13 : 361-398.

²⁰ Bulletin de l'Ordre national des médecins, 2002.

particulièrement bien du rapport remis à Marie Derain, défenseure des enfants, sur « l'affaire Marina »²¹.

La formation

Tous les professionnels concernés par la santé, l'éducation et la protection des jeunes enfants reçoivent une formation spécialisée sur l'abord du danger et de la maltraitance. Toutefois cette formation est souvent insuffisante et en tout cas ne favorise pas le décloisonnement entre secteurs, ce qui ressort massivement du rapport Marina. Il faut donc envisager des formations pluri professionnelles. Et il faut mener en parallèle des activités d'information pour le public mais aussi pour les professionnels. En effet, trop souvent, parents, professionnels, pouvoirs publics ignorent ou méconnaissent les droits de l'enfant. Parfois même, ils considèrent ces droits comme anecdotiques ou excessifs (« les enfants ont trop de droits »). Pourtant les droits de l'enfant actés dans la CIDE constituent un socle que tout un chacun devrait connaître, autant que les droits de l'homme.

Cette réflexion est menée dans un contexte de sérieuse ignorance de l'ampleur du problème.

Que sait-on actuellement de la fréquence, des facteurs de risque et du coût de la maltraitance des enfants en France ?

L'analyse critique des chiffres existants et des rares recherches conduisent à penser que, loin d'être une simple juxtaposition de faits divers, la maltraitance est un fréquent et grave problème de santé publique²².

Les chiffres officiels les plus récents ne se recoupent pas entre eux et sont tous sûrement sous-estimés, si on en juge par les taux calculés : de 3 pour 1000 à 2 pour 100 selon les sources officielles françaises, chiffres peu réalistes si on les compare au taux moyen de 10 % des enfants de la population générale dans les études publiées par le Lancet (précédemment citées). Si la sous-estimation de la maltraitance en général est hautement probable, on a pour la maltraitance mortelle des preuves scientifiques argumentées, particulièrement en ce qui concerne les homicides de nourrissons de moins de 1 an (infanticides) grâce à la recherche menée par l'unité 750 de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale

²¹ Compte-rendu de la mission confiée par le Défenseur des droits et son adjointe, la Défenseure des enfants, à A. Grevot, Délégué thématique, sur « L'histoire de Marina », 30 juin 2014.

²² Le contenu de ce paragraphe est détaillé en annexe 4.

(Inserm)^{23,24} qui a permis de comparer, au niveau national, le nombre moyen par an d'infanticides officiellement recensés pendant la période 1996-2000, soit 17 cas/an et celui identifié par la recherche : 255 cas par an.

En ce qui concerne les facteurs de risque, il existe une idée reçue particulièrement tenace : le lien supposé entre pauvreté et maltraitance. Cette assertion est principalement liée au véritable cercle vicieux créé par le fait que, par définition, les travailleurs sociaux n'entrent jamais dans les logements des classes aisées. En fait la maltraitance traverse toutes les classes sociales et les facteurs psycho-affectifs prédominent largement sur les facteurs socio-économiques. La présence de la maltraitance dans toutes les classes sociales a été montrée pour deux problèmes pour lesquels on dispose de données solides (les violences conjugales ; le syndrome du bébé secoué [SBS]). La prématurité est un des principaux facteurs de risque de la maltraitance par les hospitalisations néo-natales qu'elle induit et l'éventuelle blessure narcissique des parents. Elle fait ainsi partie des grandes causes de difficulté d'attachement.

La méconnaissance des facteurs de risque de la maltraitance perdure dans le corps médical et notamment chez les jeunes médecins comme l'a montré une récente thèse de médecine portant sur les connaissances des internes de médecine générale²⁵. Leurs réponses, à la question : quelles sont selon vous les causes de la maltraitance, sont éloquentes. La précarité ou le bas niveau de revenus sont cités par 58 % des répondants, la prématurité par 3 %.

La maltraitance est aussi source de coûts économiques considérables comme le montre cette analyse, menée à Angers, des coûts comparés de deux parcours contrastés. Le premier est celui d'un bébé placé dans de bonnes conditions avant qu'il n'ait développé des troubles de l'attachement et de la personnalité. S'il passe vingt ans dans une même famille d'accueil et qu'il poursuit une scolarité normale, sans troubles psychiatriques, son entretien aura coûté 35 000 euros par an pendant vingt ans soit au total 700 000 euros pour un résultat plutôt bon. Si au contraire, ce même enfant est placé trop tardivement avec des troubles graves de la personnalité et de l'attachement, il ira de placement familial spécialisé en établissement tout en étant scolarisé en Institut médico-éducatif (IME), Institut médico-pédagogique (IMP) avec des mesures de Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) et des soins

²³ Tursz A. Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France. Opus déjà cité.

²⁴ Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P, Beauté J. Étude épidémiologique des morts suspectes de nourrissons en France: quelle est la part des homicides? Bull Epidemiol Hebd. 2008 ; 3-4 : 25-28. <http://www.invs.sante.fr/BEH>

²⁵ Greco C. Repérage et prise en charge de la maltraitance faite aux enfants par les internes de médecine générale. Thèse de médecine soutenue le septembre 2013. Faculté de médecine Paris Sud.

psychiatriques. Ce sont ces enfants que les services sociaux appellent les incasables ou les « patates chaudes ». Les coûts sont multipliés par trois ou quatre, soit 3 millions d'euros pour une situation de handicap psychique à l'âge adulte avec Allocation Adulte Handicapé et/ou curatelle²⁶.

Un outil statistique, véritable Observatoire de l'enfant en danger et maltraité ?

Il faut enfin souligner que les chiffres dont on dispose actuellement, qu'ils proviennent de la justice ou du secteur social (l'Aide sociale à l'enfance [ASE], dont les données sont synthétisées par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et de la Statistique du ministère des Affaires sociales [Drees] puis rendues publiques par l'ONED, est la principale source) ne concernent que des enfants faisant l'objet d'une mesure administrative ou judiciaire ou en attente de celle-ci. Une part probablement considérable de la maltraitance (et de ses conséquences à long terme) reste inconnue du système mis en place, notamment du fait de l'exclusion du secteur de la santé. Il y a donc un réel besoin en un outil statistique aussi exhaustif que possible, ce que l'ONED n'a pas pu être jusqu'à présent (notamment du fait des problèmes de remontée des données depuis les observatoires départementaux très hétérogènes quant à leur date de création et leur mode de fonctionnement) et qu'il risque de devenir encore moins si, conformément aux préconisations des rapports Gouttenoire et Dini, Meunier, il est transformé en Observatoire de la Protection de l'enfance. On peut en effet alors craindre que l'observation porte plus sur les actions, procédures et politiques que sur les « cas » d'enfants en danger.

Un contexte pour ce rapport : la réforme territoriale

Le problème du chiffrage de la maltraitance et de son principal objectif, l'évaluation des politiques et des actions, est lié largement au devenir des structures actuellement en place et au niveau plus ou moins décentralisé qui va être maintenant celui de la réception des alertes, de l'évaluation des situations, des prises de décisions, de la collecte et de la transmission des données, et plus globalement des choix en matière de politique de protection de l'enfance.

²⁶ Voir l'annexe 4 et plus spécifiquement l'exposé de D. Rousseau lors du colloque du 14 juin 2013 au sénat.

LES THÈMES PRIORITAIRES : ANALYSE ET PROPOSITIONS

Au cours des dernières années plusieurs expériences positives en matière de reconnaissance et de gestion du danger et de la maltraitance ont vu le jour et certaines viennent ici étayer les propositions faites par le Comité.

La prévention précoce et le soutien à la parentalité

On sait que les familles sont très perméables à toute forme d'information et de soutien dans la période de la naissance. L'un des mérites du Plan Périnatalité 2005-2007 est d'avoir souligné qu'il était important de valoriser et reconnaître la place privilégiée des professionnels autour de la naissance et d'établir avec les parents une alliance dans une perspective positive et d'espoir, celle d'accueillir au mieux leur bébé. Tous les parents, même les plus vulnérables, adhèrent à ce projet. Si les familles sont accompagnées avec confiance et respect, elles peuvent accepter les aides et orientations sans se sentir dévalorisées et développer des compétences. Il est alors possible de construire avec elles un projet pour l'enfant qui vise son bien-être.

Le plan Périnatalité²⁷ a placé la sécurité émotionnelle des femmes enceintes au même niveau que la santé physiologique. C'est dire l'importance d'un entretien précoce (actuellement appelé « entretien du 4^{ème} mois de grossesse » ou « entretien prénatal précoce » [EPP]) distinct du suivi médical de la grossesse, permettant une appréhension plus large des vulnérabilités (voir en annexe 5 la présentation de l'EPP par Françoise Molénat qui en fut l'initiatrice). Cet entretien basé sur l'écoute et la confiance est un outil essentiel : les femmes peuvent se dévoiler plus facilement à la sage-femme, les confidences sont possibles. La présence du futur père à cet entretien peut s'avérer opportune pour aider le couple à exprimer ses difficultés et ses appréhensions. Cependant, cette présence ne doit pas être recherchée si elle risque d'empêcher la future mère de s'exprimer.

L'entretien seul ne suffit pas lorsque la situation nécessite un suivi particulier ou des actions d'aide, qui ne sont pas forcément liées à l'enfant mais au contexte de vie, à l'isolement, ou à une problématique d'addiction par exemple, ou de couple (même si le point d'entrée est l'enfant à naître). Il permet de commencer l'information sur le rôle de l'attachement et des

²⁷ Plan périnatalité 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité. 10 novembre 2004,42p. [En ligne].http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf

interactions précoces entre le bébé et ses parents et sur les attentes et compétences des bébés, voire d'engager un accompagnement spécifique. Malheureusement, selon les premiers résultats de l'enquête nationale périnatale de 2010²⁸, seulement une femme sur cinq a bénéficié d'un EPP (31 % des primipares et 14 % des multipares).

Actuellement les possibilités de nouer des contacts riches entre jeunes parents et professionnels dans la période périnatale sont en pleine dégradation : hospitalisation en post-partum de plus en plus courte, consultation post-natale tardive voire inexistante, raréfaction des visites à domicile. Notons, cependant, la création de réseaux de soutien à la parentalité au sein de pôles famille installés par les communautés de communes et d'agglomération. Ce phénomène sociologique est récent. Il peut être efficace si les moyens se pérennisent.

Il faut réhabiliter ces stratégies qui permettent d'aborder en confiance des problèmes tels que celui des pleurs chez le petit bébé et leur normalité habituelle. Une telle information est absolument nécessaire comme l'atteste le nombre d'appels au N° vert de l'association « Allo Parents Bébé » (voir annexe 6).

Les visites à domicile permettent de discuter en situation, d'évaluer le climat général de vie de la famille. Elles doivent avoir comme objectifs de : *« promouvoir les compétences et le sentiment de compétence parentales ; prévenir la dépression pré- et postnatale, le stress parental et les troubles psychiques de l'enfant ; favoriser la sécurité de l'attachement et le développement psychomoteur de l'enfant ainsi que la compréhension et l'utilisation adéquate du système sanitaire éducatif et social, ... »*²⁹

Lorsqu'il y a un père présent dans la vie de la mère, elles peuvent aussi contribuer à empêcher l'éviction du père qui se sent souvent l'exclu de la grossesse. Mais ce risque doit se travailler avant le retour à domicile, dès le début de la grossesse. Il doit également être accompagné dès le retour à domicile afin d'aider la mère à faire une place pour le père entre elle et son enfant. La formation des généralistes et des pédiatres n'aborde pas la dimension puériculture, et insuffisamment la dimension psychique dans le développement de l'enfant. Dans ces deux dimensions le père peut prendre sa place et être invité à le faire. Durant tout le suivi de la grossesse, le père est souvent absent des consultations. Il appartient au médecin qui assure ce

²⁸ Villain A. Les maternités en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. Études et résultats octobre 2011; 8p.

²⁹ Projet de recherche CAPEDP. Conférence de l'ARIP (Association pour la Recherche et l'(In)formation en Périnatalité), Avignon, 16-17-18-19 mars 2011.

suivi d'ouvrir un espace d'accueil pour le père, l'inviter aux consultations, l'impliquer dans une relation nouvelle, triangulaire, enfant – mère – père. Il est utile d'aider la mère à laisser une place au père entre elle et son enfant. L'organisation de stage « mère-enfant » auprès du praticien de médecine générale agréé permettrait cette formation par modèle de rôle. Cela existe dans plusieurs facultés françaises. Il est nécessaire de le généraliser dans la mesure où le stage de la maquette du DES de médecine générale en pédiatrie ou en gynécologie ne peut offrir cette globalité mère-père-enfant.

Dans les situations de danger (prématurité, dépression du post-partum, conduites addictives, antécédents de violences subies ou agies...) les dispositifs d'accueil psychiatrique mère-enfant doivent être développés de même que les solutions d'accueil père-mère-enfant, quasiment inexistantes. L'expérience de certains centres parentaux démontre tout l'intérêt d'un accompagnement précoce de la triade mère, père, enfant, comme l'indiquent les travaux de B. Chatonay³⁰ et F. Van Der Borgh (voir aussi le site de l'association nationale des centres parentaux). On trouvera en annexe 7 la description d'un dispositif de prévention innovant et efficace : L'Unité Médico Psycho Sociale en Périnatalité (UMPSP) du CHU d'Angers.

Un accompagnement réussi (c'est à dire en termes de résultats obstétricaux et de sécurité émotionnelle) suppose une permanence de la ou des personnes impliquées. Ainsi pendant la grossesse auparavant, les suivis des patientes vulnérables étaient la « patate chaude » ; les patientes pouvaient ne pas voir le même médecin d'une consultation à l'autre. A quoi sert l'EPP si par ailleurs les femmes (les plus vulnérables souvent) rencontrent 5 sages-femmes différentes en consultation hospitalière, ce qui semble monnaie courante à Paris, probablement ailleurs, pour des questions d'organisation. Certains services parviennent à faire autrement, prouvant que c'est possible.

Le Comité fait les propositions suivantes :

- **Renforcer la pratique de l'EPP, recommandé par le Plan Périnatalité 2005-2007 et par la loi de mars 2007 ; et modifier son intitulé dans ce dernier texte, c'est-à-dire remplacer par « entretien prénatal précoce » le terme actuel d'« entretien psycho-social », inadéquat quant à son contenu effectif, évocateur de pathologies**

³⁰ Brigitte Chatonay et Frédéric Van Der Borgh. Protéger l'enfant avec ses deux parents. Le centre parental, une autre voie pour la prévention précoce. Les éditions de l'atelier. 2010

psychiatriques et/ou de pauvreté et de ce fait sujet au refus par crainte de stigmatisation ;

- **Renforcer le sentiment de sécurité des femmes enceintes en imposant un minimum de continuité dans le suivi et les soins et en réhabilitant la consultation de post-partum ;**
- **Rendre systématiques les visites à domicile en anténatal comme en post partum en coordination avec la PMI ;**
- **Créer, dans le cadre de tous les réseaux périnataux, des structures d'accueil et d'hospitalisation parents-bébé pour les familles vulnérables³¹, notamment sur le plan psychiatrique.**

En fait, la prévention précoce doit s'envisager également bien en amont de la vie reproductive, auprès des adolescents futurs parents, pour qu'ils acquièrent quelques notions fondamentales : qu'avoir des enfants n'est pas une obligation ; qu'une grossesse doit être choisie et non imposée par la pression sociale et/ou familiale ; que la sexualité comporte une importante composante affective ; que les responsabilités sont partagées entre filles et garçons ; quels sont les devoirs et les plaisirs de la parentalité, pour les pères comme pour les mères. Actuellement le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté, créé en mars 2008 (article R421-46 du Code de l'éducation) a parmi ses missions de définir « un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risque ». La description détaillée de ce programme³² montre l'accent mis sur les infections sexuellement transmissibles, et évoque en termes assez vagues « le respect mutuel » et « la responsabilité » ; il n'est guère question de sexualité et encore moins d'affectivité et de parentalité. Le contenu du programme varie d'un établissement à un autre et est construit par l'équipe de direction de chaque établissement à partir d'un « diagnostic éducatif ».

³¹ Voir la proposition de l'atelier « Familles vulnérables, enfance et réussite éducative » réuni dans le cadre des travaux préparatoires à la Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion (présidé par D. Versini et P-Y Madignier). *Proposition n° 3.1 : Garantir des conditions d'hébergement ou de logement décentes à tous les très jeunes enfants et leurs parents, notamment en : 1) assurant l'accueil des futures mères isolées ou en couple et sans domicile fixe, dès que possible au début de la grossesse, dans des centres d'hébergement adaptés leur proposant un suivi à travers des équipes mobiles pluridisciplinaires de périnatalité non sectorisées ; 2) leur garantissant d'être accueillis ensemble, à la sortie de la maternité, de préférence dans un centre maternel ou parental ; instruisant dès le début de la grossesse leur dossier prioritaire du DALO et en trouvant rapidement des solutions de transition vers le logement (baux glissants, appartements associatifs mis à disposition ...) pour limiter la durée dans les hébergements d'urgence.*

³² Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Bulletin officiel N° 45 du 7 décembre 2006.

On sait par ailleurs, sans avoir d'indicateurs et de chiffres précis que cette éducation à la sexualité n'est pas, malgré son caractère obligatoire, dispensée dans tous les collèges et lycées.

Les adolescents pourraient aussi bénéficier d'informations sur la parentalité dans les centres de planning familial dont la visibilité devrait être augmentée, ce qui est difficile actuellement du fait de la restriction de leurs crédits. Par ailleurs, si les jeunes-filles mineures y sont accueillies et peuvent y bénéficier de l'anonymat et d'une contraception gratuite, l'accueil des garçons a besoin d'être développé.

Le Comité fait donc les propositions suivantes :

- **Introduire une éducation à la parentalité et aux relations affectives dans l'éducation à la sexualité dans les lycées et collèges et veiller à ce que celle-ci soit réellement dispensée ;**
- **Renforcer le rôle des centres de planning familial afin qu'ils puissent développer en direction des jeunes des deux sexes des programmes qui leur soient adaptés et qui abordent la question de la parentalité.**

Le rôle des médecins

Comme on l'a souligné dans la partie Problématique de ce rapport et ainsi qu'il est affirmé dans le rapport Gouttenoire, « *Le domaine médical est un maillon particulièrement important de la protection de l'enfance* »³³. En effet, le rôle des médecins se situe en amont de toutes les réflexions actuelles qui portent sur des situations de danger ou de maltraitance signalées voire reconnues, puisque la pratique médicale concerne principalement le repérage de la maltraitance, voire de ses facteurs de risque. Cette constatation a d'ailleurs conduit les auteurs de la loi de mars 2007 à favoriser les activités de prévention (repérage et dépistage de la maltraitance et du danger) en s'appuyant largement sur le corps médical, et plus particulièrement sur les équipes de santé scolaire.

³³ Une partie importante de ce rapport est consacrée au rôle des médecins et des services de santé et à des propositions d'amélioration (voir en particulier les pages 25 à 35).

La loi propose :

« Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle ; »

« Des actions médico-sociales préventives et de suivi assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressées et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période post-natale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations » ;

« Au cours de leurs sixième, neuvième, douzième et quinzième années, tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite médicale au cours de laquelle un bilan de leur état de santé physique et psychologique est réalisé. Ces visites ne donnent pas lieu à contribution pécuniaire de la part des familles ; »

« Le ministère de la santé détermine, par voie réglementaire, pour chacune des visites obligatoires, le contenu de l'examen médical de prévention et de dépistage » ;

« Des examens médicaux périodiques sont également effectués pendant tout le cours de la scolarité et le suivi sanitaire des élèves est exercé avec le concours d'un service social et, dans les établissements du second degré, de l'infirmière qui leur est affectée » ;

« Les visites obligatoires des neuvième, douzième et quinzième années sont assurées pour la moitié au moins de la classe d'âge concernée dans un délai de trois ans et, pour toute la classe d'âge concernée, dans un délai de six ans à compter de la publication de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. »

On est loin d'avoir atteint ces objectifs ambitieux et les examens obligatoires des 9^{ème}, 12^{ème} et 15^{ème} années n'ont pas pu être mis en place dans les délais prévus, notamment faute de décrets d'application et de financement. Le bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, déjà souvent pratiqué en école maternelle par la PMI et dont on souhaitait la systématisation, a fait l'objet de vives critiques du fait d'un amalgame avec un projet de dépistage à 3 ans des troubles du comportement et des conduites dans le cadre de la controverse lancée par le collectif « Pasde0deconduite »³⁴. Pourtant 3 ans est déjà un âge bien tardif compte tenu de la précocité habituelle du début de la maltraitance. Quant au bilan obligatoire de la 6^{ème} année, son taux de couverture national est passé de 80% en 2000-2001 à 65% en 2008-2009, avec de très fortes disparités départementales et une pratique presque généralisée du ciblage sur les zones socialement défavorisées, cette situation étant grandement liée à la déstructuration de plus en plus marquée de la médecine scolaire (en 2005 déjà, il n'y

³⁴ Voir les pages 317 à 332 de l'ouvrage d'A. Tursz « Les oubliés ». Opus déjà cité.

avait plus qu'un médecin titulaire ou vacataire pour 7 500 à 12 000 élèves selon les secteurs, la moyenne recommandée étant alors de un médecin pour 3 000 à 5 000 élèves).

La principale problématique dans le rôle des médecins face à la maltraitance est celle du signalement bien qu'ils aient un encadrement juridique très solide fourni par l'Ordre national des médecins, à la fois par son bulletin envoyé à domicile et par les informations disponibles sur son site Internet (<http://www.conseil-national.medecin.fr/>). Il n'y a aucune ambiguïté quant au message de l'Ordre sur l'obligation de signaler du médecin et sur l'absence de risque à le faire si les règles concernant le certificat à établir sont respectées³⁵.

Pourtant, comme il est indiqué dans le rapport des sénatrices M Dini et M Meunier, « *les chiffres relatifs aux IP transmises aux Crip... témoignent de la très faible part que représente le secteur médical (hôpital, médecine de ville) dans les sources émettrices. Celui-ci arrive quasi-systématiquement derrière tous les autres acteurs (éducation nationale, autorité judiciaire, établissement médico-social, association, membre de la famille, source anonyme...).* Il en va de même s'agissant des signalements au parquet. Ce constat a été corroboré par de très nombreuses personnes auditionnées, y compris par les représentants des médecins eux-mêmes (Conseil national de l'Ordre des médecins) ». Et il est affirmé ensuite : « *l'amélioration du repérage par le médecin est donc un enjeu crucial pour l'efficacité du dispositif : plus l'enfant en danger ou maltraité sera pris en charge précocement, moins les répercussions sur sa santé physique, son développement psychique et son bien-être psychosocial seront importantes. Les efforts doivent être portés à la fois sur le secteur hospitalier et sur la médecine de ville* ».

En ce qui concerne le signalement par les structures hospitalières, un progrès sensible est actuellement observé à Paris grâce à la mise en place d'un protocole novateur, signé en juin 2014 par le procureur de la République, le directeur général de l'AP-HP et son président de la commission médicale d'établissement ainsi que le préfet de police. Il instaure officiellement,

³⁵ Les exemples sont nombreux des informations et rappels diffusés dans le Bulletin Ordre des Médecins. En mars-avril 2011, N°16 : rappel que, selon l'article 226-14 du code pénal, l'obligation générale et absolue du secret professionnel n'est pas applicable en cas de sévices infligés à un mineur. En juillet-août 2011, N°18 : rappel que le signalement de la maltraitance est obligatoire quand elle touche un mineur et conseils pour le signalement. Dans le N° spécial de novembre-décembre 2012 sur le secret médical : explications sur la levée du secret en cas de soupçon de maltraitance ; citation de la « protection des mineurs en danger ou risquant de l'être » comme dérogation au secret professionnel. En mars-avril 2013, N°28 : cahier de « jurispratique » consacré à la protection de l'enfance (devoir de signalement ; présentation du modèle type de fiche de signalement). En novembre-décembre 2013, N°32, dans le cahier de « jurispratique » : article portant sur les certificats médicaux pour les enfants. Parmi ceux dits « incontournables ou obligatoires » figure la « constatation de coups et blessures ou de sévices ».

au sein des trois hôpitaux pédiatriques parisiens (Necker-Enfants malades, Armand Trousseau, Robert Debré), des « *cellules de prévention de la maltraitance sur les mineurs* »³⁶. Ce type de protocole mérite d'être appliqué à l'ensemble du territoire et devrait aussi être accompagné de la diffusion (par affichage bien visible) des coordonnées (numéros de téléphone et surtout de fax) du parquet et de la Cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes [CRIP]), en particulier dans les services d'urgence.

A l'hôpital, le rôle des urgences est en effet central quant à l'accueil et au repérage des enfants maltraités et le rapport Gouttenoire (proposition 6) comme celui des deux sénatrices (proposition 19) réclament la mise en place d'un « *outil informatique dédié à l'accueil des urgences, permettant l'analyse systématique du nombre de passages et des motifs de venue aux urgences par les infirmières d'accueil et médecins urgentistes* ». Il n'est pas sûr que cette proposition soit très réaliste car les services d'urgence de certains hôpitaux sont actuellement très surchargés, et la mesure apparaîtrait peut être comme plus acceptable si elle faisait partie d'une préconisation plus globale : l'application du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) à l'ensemble des services ambulatoires et des consultations externes. Cette stratégie aurait aussi l'avantage de former les professionnels de l'urgence aux problématiques des signes d'appel de la maltraitance et du fonctionnement de la protection de l'enfance. De plus, bien former ces professionnels devrait les amener aussi à la participation au chiffrage. En effet, il n'existe pas de statistiques de routine au niveau de la médecine libérale, des consultations et des services d'urgence des hôpitaux, de la médecine scolaire et de la PMI et seules sont collectées en routine les données sur les cas d'hospitalisation dans le cadre du PMSI. Il conviendrait alors de demander aux responsables du ministère de la santé de réintroduire dans le codage des lésions traumatiques la notion d'intentionnalité (voir annexe 9).

Les médecins libéraux sont dans une toute autre situation que les médecins hospitaliers, du fait de leur isolement. Sans soutien d'une équipe pluridisciplinaire et d'une administration hospitalière, ce sont eux qui redoutent le plus les poursuites judiciaires pour signalement abusif et dénonciation calomnieuse. Ils ignorent très souvent les liens de travail potentiel avec le Conseil général qui, lui-même, a plus souvent développé des collaborations avec les structures pédiatriques hospitalières qu'avec le secteur libéral de soins.

³⁶ Voir ce protocole en annexe 8.

Ces constatations sont à la base de la proposition N° 7 du rapport Gouttenoire (reprise par le rapport Dini et Meunier ; proposition N° 21), qui vise à ajouter à l'article L. 2112-1 du Code de la santé publique un alinéa 3, stipulant que : « *Il doit être désigné dans chaque service départemental de protection maternelle et infantile un médecin référent « protection de l'enfance » qui doit établir des liens avec l'ensemble des médecins généralistes et pédiatres du département ainsi qu'avec les médecins de santé scolaire* ».

Les relations entre les médecins et le conseil général seraient probablement aussi plus simples si chaque Crip comportait un médecin³⁷. Enfin il conviendrait de proposer des pistes pour une meilleure prise en charge médicale et psychologique des enfants placés, avec un bilan médical initial spécialisé, qui ne se centre pas uniquement sur les traumatismes éventuels mais aussi sur le développement de l'enfant et l'évaluation de son état de santé général et psychologique, et la mise en place d'un suivi médical et psychologique régulier durant le placement. L'état sanitaire (et plusieurs études le montrent) de nombreux enfants placés est déplorable avec des suivis médicaux très insuffisants, les services sociaux étant très démedicalisés, ou avec des suivis assurés par des médecins généralistes qui ne connaissent ni l'histoire de l'enfant, ni la morbidité spécifique de cette population tant sur le plan physique que psychique. Une étude du devenir à l'âge adulte des enfants placés par l'association SOS Villages d'enfants a montré que le tiers des sujets présentant des troubles psychologiques graves n'avaient bénéficié d'aucun suivi thérapeutique³⁸.

Quel que soit le type de pratique du médecin (libérale ou hospitalière publique), on note chez ces professionnels des difficultés d'appréhension des codes et des lois. Ceci s'applique tout particulièrement au problème du signalement. L'article R.4127-44 du code de la Santé publique (article 44 du code de déontologie médicale) stipule que « *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. S'il s'agit d'un mineur de quinze ans 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 doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives* ».

³⁷ Cela était préconisé dans le guide « La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes », édité en 2008 par la Documentation française (un des guides d'accompagnement de la loi de 2007).

³⁸ Dumaret AC, Crost M. Placements à long terme en villages d'enfants depuis plus de 30 ans : troubles psychiques et prise en charge. *Neuropsych Enfance Adolesc* 2008 ; 56 : 512-519.

Malgré toutes les consignes données par l'Ordre des médecins (détaillées précédemment) quant à l'obligation de signaler et à la levée du secret professionnel en cas de sévices exercés sur un mineur, la notion de « circonstances particulières [que le médecin] apprécie en conscience » semble bien être une brèche dans le dispositif législatif, lui permettant de s'abstenir de signaler. Il serait donc judicieux de modifier cet article en supprimant « sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience », et en remplaçant le dernier « ou » par un « et ».

Le Comité fait les propositions suivantes :

- **Obtenir la sortie de tous les décrets d'application de la loi de mars 2007 réformant la protection de l'enfance, notamment ceux relatifs aux examens de dépistage obligatoires ;**
- **Obtenir les financements correspondants et favoriser ainsi la revivification de la santé scolaire ;**
- **Diffuser à l'ensemble du territoire des protocoles de prévention de la maltraitance sur les mineurs et liant les services hospitaliers, le parquet et la Brigade de protection des mineurs ;**
- **Former et informer les personnels de soins des services d'urgence, notamment par l'affichage des coordonnées de la Crip et du parquet et des procédures à utiliser ainsi que par la participation au chiffrage de la maltraitance ;**
- **Introduire le PMSI dans les services ambulatoires et consultations externes (dont les urgences) en rétablissant l'utilisation des codes de la Classification internationale des maladies (CIM) de l'OMS permettant de différencier les lésions traumatiques d'origines accidentelle et intentionnelle ;**
- **Soutenir la proposition N° 7 du rapport Gouttenoire (proposition N° 21 du rapport Dini et Meunier), qui vise à ajouter à l'article L. 2112-1 du Code de la santé publique un alinéa 3, stipulant que : « *Il doit être désigné dans chaque service départemental de protection maternelle et infantile un médecin référent « protection de l'enfance » qui doit établir des liens avec l'ensemble des médecins généralistes et pédiatres du département ainsi qu'avec les médecins de santé scolaire* » ;**
- **Assurer la présence d'un médecin dans chaque Crip ;**
- **Instituer, pour les enfants placés, un bilan médical initial spécialisé et mettre en place un suivi médical et psychologique régulier durant le placement, dans la**

logique de la loi de 2007 qui impose un suivi de l'enfant et en conséquence un rapport annuel ;

- **Afin d'aider les médecins à faire des signalements, modifier l'article R.4127-44 du code de la Santé publique (article 44 du code de déontologie médicale) en supprimant « sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience », et en remplaçant le dernier « ou » par un « et ».**

De telles propositions ne sont réalistes que si 1) les médecins travaillent plus en partenariat avec les différents acteurs de la prise en charge de l'enfance maltraitée et plus globalement de la protection de l'enfance ; 2) le niveau de leur formation initiale et continue sur le danger et la maltraitance s'améliore.

Le décloisonnement entre les secteurs professionnels

Il y a un large consensus interprofessionnel pour souligner les effets délétères pour l'enfant du travail individuel d'une part, du cloisonnement interinstitutionnel d'autre part. La suspicion de maltraitance, l'affirmation de son diagnostic et la prise de décision qui s'en suit ne peuvent relever d'un professionnel exerçant dans la solitude. Un examen d'enfant par deux professionnels (pédiatre et psychologue par exemple), une démarche sur le terrain par deux assistantes sociales, ou une assistante sociale et une puéricultrice, permettent de confronter des points de vue, de mieux raisonner grâce à l'échange et in fine, et selon l'expression de Georges Picherot³⁹, d'« éviter la solitude, la subjectivité et la sidération du professionnel ». Le décloisonnement entre disciplines, entre institutions, repose sur un concept clé qu'il faut promouvoir, malgré des réticences certaines : *le secret partagé*. Ce décloisonnement est sans doute le plus facile à travailler dans le cadre défini des professionnels intervenant autour de la naissance, mais on retrouve les mêmes problématiques dans tous les domaines d'intervention auprès des familles et des enfants.

Au niveau de la prévention précoce en période périnatale

Les enseignements du Plan Périnatalité sont nombreux et montrent que :

³⁹ Pédiatre, fondateur, en 2000, de l'Unité d'Accueil Médico-Judiciaire du CHU de Nantes

- Le travail en pluridisciplinarité est nécessaire, à travers le réseau Ville–Hôpital, en lien avec une pratique de ville. Il est d'autant plus important d'activer ce réseau de proximité que les séjours sont courts en maternité ;

- C'est à la maternité qu'il revient d'appeler le médecin traitant pour organiser un rendez-vous après la sortie et le suivi en ambulatoire avec notamment l'objectif de réhabiliter une visite post-natale précoce ;

- Pour favoriser la pluridisciplinarité dans l'approche des situations de vulnérabilité, il est nécessaire que les professionnels se forment ensemble et connaissent le monde de la psychiatrie. Il faut organiser des réunions avec la PMI, les sages-femmes libérales, la psychiatrie où des situations peuvent être travaillées ; de ces réunions mensuelles, portant sur des cas, les familles doivent être informées.

En ce qui concerne la prévention « primaire », la question du post natal interroge bien sûr le dispositif PMI dont c'est une des missions essentielles ; aujourd'hui, seules les consultations sont reconnues comme actes ; il serait vraiment nécessaire que les actes paramédicaux puissent être reconnus par la CPAM et notamment les visites à domicile des puéricultrices qui permettent la mise en place d'aide et de suivis pour les familles. Cela permettrait peut-être de « sécuriser » ce travail de prévention d'autant que la redéfinition des compétences comporte des risques évidents sur cet aspect des missions.

Le rôle du carnet de santé⁴⁰, comme outil de liaison entre professionnels soumis au secret, ne doit pas être négligé, non plus que celui du guide explicatif de ce carnet, à destination des médecins. Actuellement ce document ne comporte aucune autre information sur le danger et la maltraitance que quelques lignes sur le syndrome du bébé secoué. Ce point devrait absolument être débattu dans le cadre de la révision de ce carnet, pour 2016, au ministère de la santé.

Lors de l'accueil de l'enfant supposé en danger ou maltraité

En 1997, par sa circulaire DGS/DH n° 97/380 du 27 mai, la DGS créait *Les pôles de référence relatifs à l'accueil des victimes de violences sexuelles en milieu hospitalier*. La circulaire DGS/DH n° 2000-399 du 13 juillet 2000 a par la suite étendu la prise en charge de la circulaire sus-citée aux mineurs victimes de toutes formes de maltraitance. Ces circulaires

⁴⁰ Son importance est aussi rappelée à travers la préconisation N°11 du rapport remis à la Défenseure des enfants par A. Grevot sur l'affaire Marina : « Proposer systématiquement aux parents ayant égaré le carnet de santé de s'en procurer un nouveau auprès des services compétents ».

avaient pour but d'organiser la prise en charge en urgence des victimes en établissement hospitalier que ce soit dans un service d'accueil en urgence, de gynécologie obstétrique, ou de pédiatrie. Elles précisait en outre que *« sont identifiés des pôles de référence régionaux qui assurent les mêmes missions que tout centre hospitalier et qui de surcroît sont chargés d'assurer un rôle de mise en relation et de conseil auprès des professionnels de santé qui ont recours à eux et d'assurer la formation et l'information des professionnels de santé libéraux et institutionnels impliqués dans la prise en charge des victimes »*.

L'hôpital était donc clairement désigné comme le lieu préférentiel d'accueil pour les victimes et spécifiquement le service de pédiatrie lorsque la victime était un enfant. La nécessité du décloisonnement et des partenariats avec l'extérieur était soulignée. De plus le recours à un service de pédiatrie (et si possible à un collègue hospitalier bien identifié) est souvent la meilleure solution pour un praticien libéral isolé qui a besoin de confirmation de ses soupçons. Mais rapidement, les pôles de références ont pâti de la réforme de la médecine légale qui, menée dans un contexte de contraintes financières fortes, a souvent abouti à défavoriser le service de pédiatrie au profit de services de médecine légale pour adultes, et à allouer des moyens au constat médico-légal en oubliant la question du dépistage et de l'évaluation, tels que réalisés dans les services de pédiatrie.

Le rôle de pôle de référence que doit jouer l'hôpital a récemment été réaffirmé dans le rapport remis par A. Grevot à la Défenseure des enfants à propos de l'affaire « Marina », notamment par la préconisation N°8 : *« systématiser la mise en place sur tout le territoire d'unités d'accueil médico-judiciaire. Ces unités assureraient une double fonction : 1) la fonction médico-judiciaire (examens, expertises, audition) afin que les enfants concernés puissent être auditionnés, examinés et accompagnés par des professionnels formés à cet effet ; 2) une nouvelle fonction de pôle de référence clinique pouvant accueillir, conseiller et orienter des enfants/adolescents et leurs familles se présentant hors contrainte judiciaire et pouvant conseiller, dans le respect du secret médical, les médecins et les professionnels de la santé confrontés à des situations d'éventuelles maltraitances »*.

En effet, l'hôpital doit pouvoir assurer le dépistage de tous les types de maltraitances, chez les enfants et adolescents qui y sont accueillis, dans les services d'urgences, d'hospitalisation ou de consultation. Mais, on l'a vu, si de nombreux textes et circulaires ont défini ce rôle, ni la mise en œuvre concrète ni la stabilité des moyens n'ont toujours été présentes. Pourtant, la formation d'équipes pédiatriques spécialisées dans le repérage et l'accueil de ces pathologies

graves est indispensable pour pouvoir offrir des possibilités de protection, d'évaluation, de soins, et d'orientation.

Les professionnels hospitaliers et les médecins libéraux peuvent avoir recours à cette équipe en dehors de toute démarche judiciaire, et faire part de leur doute, demander une consultation ou une hospitalisation, en sachant qu'une équipe spécialisée prendra le relais.

L'objectif est d'augmenter les capacités de repérage, l'attention aux signes physiques et psychiques de maltraitance chez les enfants et les adolescents, et les compétences des équipes qui se sentent soutenues. L'équipe spécialisée contribue à l'annonce du diagnostic qui est une étape difficile, et implique de ne pas rester seul.

La présence d'une équipe pédiatrique référente pérenne (avec un petit nombre de personnes très formées qui sont des professionnels ressources pour les autres soignants, qui fait le lien avec le conseil général et le parquet, avec des protocoles de fonctionnement et des réunions régulières) permet une meilleure coordination, et donc un accroissement du nombre de signalements et d'informations préoccupantes, mais aussi de leur pertinence et de leur qualité. Elle permet par un travail multidisciplinaire et inter-institutionnel, de contribuer à un véritable projet de soins pour chaque enfant ou adolescent repéré. Elle doit comporter pédiatre, puéricultrice, psychologue ou pédopsychiatre, assistante sociale, secrétaire.

L'audition filmée à l'hôpital est un outil supplémentaire au service des enfants et adolescents maltraités, qui peut être intégrée à ce dispositif. Elle permet l'accueil des mineurs victimes de violence dans un lieu adapté à leur développement, à leur particulière vulnérabilité, et aux types de violences subies (le plus souvent intra-familiales). Elle contribue aussi à la démarche judiciaire de manière rigoureuse, tout en évitant un traumatisme supplémentaire, et permet une unité de temps et de lieu.

L'accueil et l'examen doivent être adaptés à l'âge et à la compréhension du mineur, et respecter ses droits. L'accueil dans un lieu de soins pédiatriques permet le dépistage précoce des signes de souffrance, et un accès rapide aux soins, y compris la possibilité d'une hospitalisation.

Dans un tel schéma, l'équipe pédiatrique référente réalise si besoin les informations préoccupantes et les signalements, coordonne la prise en charge et le relais avec les autres

institutions impliquées dans la protection de l'enfance et contribue à l'enseignement et à la formation continue. Elle concrétise ses actions par la mise en place d'un protocole de fonctionnement impliquant l'Hôpital, le Parquet, et le Conseil Général.

De façon comparable au protocole parisien signé entre le parquet et l'administration hospitalière publique (évoqué dans le chapitre sur le rôle des médecins), et dans une optique de collaboration entre tous les acteurs de la prise en charge de l'enfant maltraité et de la protection de l'enfance, des structures de ce type ont déjà été constituées il y a plusieurs années sur le territoire national (voir en annexe 10 la description de la Cellule d'accueil spécialisé de l'enfance en danger [CASED] du CHU de Rennes et en annexe 11 la convention relative au fonctionnement de l'Unité d'accueil des enfants en danger [UAED] du CHU de Nantes). Plusieurs Unités d'Accueil Médico-Judiciaires existent donc déjà et le rapport 2013 du Défenseur des droits sur « L'enfant et sa parole en Justice »⁴¹ recommande leur mise en place sur tout le territoire (proposition 2).

Lors du signalement ou de la transmission d'une information préoccupante

Le signalement est probablement l'acte, dans le processus de la prise en charge de la maltraitance, qui a le plus besoin de reposer sur une décision collégiale. Or ce type de pratique n'est pas véritablement entré dans les mœurs de la communauté médicale, notamment en pratique libérale. Les médecins hospitaliers, au premier rang desquels les urgentistes, sont bien souvent tout aussi réticents⁴². Vaincre ces réticences est le but du protocole innovant signé par le procureur de la République de Paris, le directeur général de l'AP-HP et son président de la commission médicale d'établissement ainsi que le préfet de police, et présenté en annexe 8. Il formalise l'articulation entre les trois institutions que sont la Justice, l'Hôpital et la Police, et plus particulièrement la brigade de protection des mineurs (BPM). Il vient aussi détailler le fonctionnement des réunions partenariales régulières, qui existent déjà au sein des trois hôpitaux pédiatriques parisiens. Il y est précisé que les échanges

⁴¹ L'enfant et sa parole en justice - Rapport 2013 consacré aux droits de l'enfant. Baudis D, Derain M, Défenseur des droits, France. La documentation française. Extrait de la proposition N° 2 : « Plusieurs unités d'assistance à l'audition ont été créées rassemblant dans un lieu unique une équipe pluridisciplinaire de professionnels formés à l'écoute de l'enfant victime, au recueil et à l'enregistrement de sa parole et aux éventuels examens médicaux nécessaires à la procédure.

Mettre en place sur tout le territoire des unités d'assistance à l'audition afin d'offrir aux enfants victimes la garantie d'être auditionnés et accompagnés par des professionnels : policier, gendarme, médecin, dans les meilleures conditions psychologiques et juridiques. La qualité de l'audition ayant un retentissement sur la procédure. »

⁴² Tursz A, Greco C. La maltraitance envers les enfants : comment sortir concrètement du déni ? Arch Ped 2012; 19: 680-683.

sont régis par les règles du secret partagé, applicables en cas de révélation de violences ou de sévices commis envers des mineurs. Les réunions ont trois objectifs principaux : 1) définir des critères de signalement au procureur de la République au titre de l'enfance en danger concernant les mineurs hospitalisés, sur le seul fondement de constatations médicales et d'un bilan social, indépendamment de toute investigation interne à l'hôpital ; 2) étudier le devenir des enfants ayant fait l'objet d'un signalement (informations préoccupantes et signalements au parquet), après leur sortie de l'hôpital ; 3) partager et échanger les points de vue des personnels de l'hôpital avec le chef de la section des mineurs et le représentant de la BPM, sur des situations concrètes, mais également sur des problématiques plus générales.

En ce qui concerne la transmission des informations préoccupantes, la signature d'un protocole de type pluri-institutionnel est préconisée dans le rapport Gouttenoire (proposition n°6) : signature impliquant le Conseil général, les établissements de santé (services d'urgence notamment) et l'Ordre des médecins dont a vu le rôle pédagogique important auprès de l'ensemble des médecins.

Lors du suivi de l'enfant

Le retard ou la diligence de la prise en charge des enfants sont déterminants pour leur devenir et sont dépendants des bonnes ou des mauvaises coordinations entre les acteurs de la santé, du social et de la justice. Qu'un de ces acteurs fasse défaut et c'est toute la suite de leur déroulé de parcours qui risque d'être chaotique. Il y aurait beaucoup de choses à dire sur le suivi, de qualité très hétérogène d'un service à l'autre, avec d'excellentes expériences ou au contraire des désastres qui ne sont jamais le fruit du hasard. Mais il faut surtout insister ici sur 3 points mis en lumière par l'étude Saint-Ex d'Angers, présentée lors du colloque de juin 2013⁴³.

Tout d'abord, les résultats de cette étude, corroborés par les travaux d'Harriet Ward en Angleterre⁴⁴, montrent le moindre dommage des placements très précoces (lorsque le placement semble inéluctable) en regard des séparations plus tardives et ceci pour plusieurs raisons. D'une part le maintien d'un petit enfant à domicile dans un milieu familial carencé, malgré l'identification de risques graves pour son évolution, peut entraîner des conséquences

⁴³ Au sujet de l'étude Saint-Ex, voir l'annexe 4. Et cette présentation peut être écoutée sur le site <http://maltraitecedesenfantsgrandcausenationale2014.wordpress.com/> (table ronde N° 3 de l'après-midi).

⁴⁴ Davies C, Ward H, Safeguarding Children Across Services: Messages from Research. London, Philadelphia, 2012. Jessica Kingsley Publishers.

irréversibles à long terme⁴⁵ à type de troubles du développement et de la structuration de la personnalité (rappelons que dans l'échantillon de cette étude environ un tiers des enfants resteront des handicapés psychiques et sociaux à l'âge adulte, ce qui constitue un véritable problème de santé publique quand on prend conscience de la projection de ces chiffres pour les probables 25 000 enfants nouvellement placés chaque année). D'autre part dans les 6 premiers mois de la vie, le bénéfice de vivre des interactions positives avec les humains apparaît plus important que d'être élevé par une personne exclusive. En d'autres termes, il est préférable pour le nourrisson de connaître la sécurité affective dans des bras étrangers à sa famille que de rencontrer l'insécurité affective auprès de ses parents. En effet les interactions affectives non sécurisantes avant six, sept mois (a fortiori si elles durent après) favorisent les « patterns d'attachements insécures » qui font le lit des troubles du développement et de la personnalité⁴⁶. Ceci est encore plus flagrant quand des maltraitances avérées viennent en plus aggraver le tableau.

Ensuite, il faut renoncer à la croyance dans les placements courts et à l'espoir d'une restitution plus ou moins rapide des enfants à leur famille, objectif qui semble sous-tendre la philosophie idéale de beaucoup de professionnels des services sociaux et de la justice. C'est parfois le cas avec des parents pour qui le placement fait électrochoc et qui se mobilisent très rapidement pour redonner à l'enfant des conditions d'accueil affectives dignes et sécurisantes, avec une adhésion véritable et effective aux soutiens des professionnels des services sociaux et du soin. Mais cela reste marginal. Dans l'étude Saint-Ex, 80% des 129 enfants ayant été placés avant 4 ans sont encore placés à l'approche de leur majorité et 25% d'entre eux n'ont plus alors aucun lien juridique avec leurs parents (par décès, abandon ou retrait de l'autorité parentale). Pourtant, la moitié des enfants a été restituée au moins une fois, mais les deux tiers de ceux-là seront replacés à nouveau, parfois même à leur demande. C'est donc un programme de prise en charge de l'éducation – dans toutes ses composantes et dans la durée - de ces enfants que l'encadrement législatif, les services sociaux et la justice devraient savoir permettre et penser, et pas uniquement la gestion à court terme d'un éloignement temporaire illusoire du danger.

Enfin, il faudrait aussi relativiser le concept que les enfants vont mal parce qu'ils connaissent une succession de placements en famille d'accueil voire en institution, responsabilité dés-organisationnelle des services parfois. Cela arrive malheureusement trop souvent. Mais il y a

⁴⁵ Rousseau D, Duverger P. L'Hospitalisme à domicile. *Enfances&Psy*. Erès, 2011 ; 50 : 127-137.

⁴⁶ Rousseau D, Les bébés WiFi. Variation sur l'attachement et le lien. Sous presse dans *Sciences Psy*, 2015, N°2.

aussi l'effet du retard d'intervention initiale qui est responsable de l'émergence de troubles de la personnalité chez les enfants confrontés à des situations de vie destructrices. Ces troubles vont ensuite évoluer pour eux-mêmes et tout ravager, insertion en famille d'accueil, scolarité, liens sociaux, adhésion à un programme de soins, etc. D'où des enfants « patates chaudes » qui vont être des exclus à répétition et passer de placement en placement en brisant tous les liens⁴⁷.

Le plus important est donc bien de préserver chez les très jeunes enfants leur compétence⁴⁸ d'attachement, en leur assurant très tôt une sécurité affective. Cette compétence sera leur seul bagage pour affronter au mieux la discontinuité possible de leur prise en charge. Ceux qui vont bien au départ savent mieux que les autres s'adapter, se faire aimer et rester dans le lieu qui les accueille.

Dans le cadre des investigations faisant suite à un décès d'enfant

En France, lors du décès d'un jeune enfant, en l'absence de toute malformation ou maladie chronique connue, il n'est pas obligatoire de réaliser des investigations scientifiques. Celles-ci ne sont pratiquées que si le certificat de décès comporte la mention « obstacle médico-légal » du fait de la suspicion d'une cause intentionnelle de la mort par le médecin qui a rempli le certificat et l'on a vu combien les médecins étaient peu enclins à ces soupçons. Dans le rapport Gouttenoire, il est préconisé de créer une nouvelle procédure propre à la mort inattendue du nourrisson (proposition N°9). Cette procédure a déjà fait l'objet de recommandations très détaillées de la Haute autorité de santé⁴⁹ (HAS) dont la synthèse est présentée en annexe 12. Le caractère pluri-institutionnel et pluridisciplinaire de ces recommandations ressort bien de l'objectif général présenté dans cette synthèse : proposer un protocole à tous les professionnels concernés par le thème, pour que la « prise en charge en cas de mort inattendue d'un nourrisson » soit standardisée, harmonisée entre les différents intervenants, efficace, et homogène sur l'ensemble du territoire national, afin de : 1) réaliser un ensemble d'investigations pour déterminer la cause du décès ; 2) améliorer la prise en charge et le suivi de la famille ; 3) rendre disponibles des statistiques de mortalité fiables.

⁴⁷ En outre, il est observé que les réponses traditionnelles (Maison d'Enfants à Caractère Social [MECS], placements familiaux) ne sont pas appropriées d'emblée à ces enfants aux comportements très troublés. Des réponses ajustées à leurs problématiques et à leurs besoins sont à rechercher, comme par exemple celle de l'ISEMA engagée en Eure-et-Loir qui intègre la dimension soins.

⁴⁸ Rousseau D. Le pouvoir des bébés. Paris, 2013, Editions Max Milo.

⁴⁹ Ces recommandations « Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans) » sont disponibles sur le site de la HAS <http://www.has-sante.fr/>, ainsi que l'argumentaire et la synthèse.

Plutôt que de créer une « nouvelle » procédure, il conviendrait plutôt de réellement mettre en œuvre les recommandations de la HAS et d'évaluer les résultats de cette mise en œuvre. A défaut de rendre obligatoire l'autopsie de tout jeune enfant décédé de façon inattendue, ce qui semble actuellement quasi-inacceptable socialement en France, il faudrait appliquer cette obligation au transport du corps de l'enfant en milieu pédiatrique.

Par ailleurs, des « Comités multidisciplinaires d'examen de décès d'enfants » ont été mis en place au début des années 1990 aux États-Unis et en Australie, en 1997 au Québec. Leurs membres permanents sont le coroner ou examinateur médical, la police, et un représentant de la justice (un procureur), des services de protection de l'enfance, de la santé et de la santé publique (les comités urbains ont de plus un pédiatre local ayant souvent une formation sur la maltraitance des enfants). L'examen systématique des décès d'enfants permet aux différentes structures d'évaluer leurs actions et leurs carences et leur permet ainsi d'améliorer leurs interventions et leurs collaborations. Cette analyse multidisciplinaire et systématique des cas permet en effet une amélioration des pratiques des divers professionnels par la connaissance des suites pour les cas qu'ils ont eux-mêmes connus. L'évaluation du fonctionnement de ces comités a montré que certains ont eu un impact important sur les politiques et les actions préventives ; ils ont aussi contribué à la formation continue de leurs membres par l'organisation de symposiums. Les membres des comités ont retenu des enseignements, non seulement en travaillant dans des comités, mais aussi en communiquant avec d'autres comités, le principal étant une perception des problèmes au niveau systémique et pas seulement au niveau des cas individuels, c'est à dire, une vue d'ensemble sur les problèmes rencontrés dans le fonctionnement général de la prise en charge des familles et des enfants⁵⁰. De tels comités n'existent pas en France, ils pourraient pourtant contribuer utilement à l'évaluation des recommandations de la HAS et à la formation pluri-professionnelle.

Le Comité fait les propositions suivantes :

- **En préalable à toute autre recommandation, proscrire la solitude professionnelle dans la gestion du problème de l'enfant en danger ou maltraité et promouvoir le partage d'informations et la pratique du secret partagé ;**

⁵⁰ Les références bibliographiques relatives à ces comités figurent dans l'argumentaire des recommandations « Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans) », disponible sur le site de la HAS <http://www.has-sante.fr/>

- **Dans la période périnatale, organiser dans les maternités, en informant les familles, des réunions pluridisciplinaires régulières sur les cas suspects de vulnérabilité et assurer un lien avec le médecin traitant, notamment à travers le réseau ville-hôpital ;**
- **Partager entre les diverses professions concernées les notions que le placement, s'il est inéluctable, doit être le plus précoce possible et que seules comptent les interactions positives soutenues dans le temps ;**
- **Dans le cadre de la révision du carnet de santé, prévue pour 2016, demander au ministère de la santé que le guide destiné au médecin comporte des informations substantielles sur la maltraitance (signes d'appel, attitudes à adopter, collaborations pluri-professionnelles) et indique que le carnet ne doit comporter que des informations objectives et fiables sur la croissance, le développement psychomoteur et les événements pathologiques ;**
- **Demander à la CPAM le remboursement des actes dits « paramédicaux », essentiels à la collaboration pluridisciplinaire (visite à domicile des puéricultrices, consultations de psychologues pour évaluation psychologique, etc.) ;**
- **Afin d'officialiser la pluridisciplinarité, formaliser et évaluer des protocoles pluri-institutionnels généraux comme prévu dans la loi de 2007. Inscrire dans ce cadre général des dispositifs spécifiques tels que le protocole liant à Paris les hôpitaux pédiatriques, le parquet et la BPM ou les Unités d'accueil existant dans certains hôpitaux pédiatriques ;**
- **Promouvoir des « Pôles de référence pédiatriques pour le dépistage et le soin aux enfants et adolescents maltraités » dans chaque hôpital qui accueille des enfants et des adolescents, pôles animés par une équipe pédiatrique spécialisée, repérée dans l'hôpital et par les professionnels libéraux, qui évalue les situations, étaye le diagnostic, coordonne les soins, rencontre les enfants et leurs familles, réalise une évaluation médico-psycho-sociale, en hospitalisation ou en consultation. Elle organise l'Accueil Médico-Judiciaire des mineurs victimes dans un lieu de soins pédiatrique, en collaboration avec les services de médecine légale: audition filmée, examens sur réquisition ;**
- **Assurer à ces diverses structures pluridisciplinaires une stabilité financière et pluri-institutionnelle ;**
- **Mettre réellement en œuvre les recommandations de la Haute autorité de santé relatives à la « prise en charge en cas de mort inattendue d'un nourrisson » et évaluer cette mise en œuvre ;**

- **Rendre obligatoire le transport en milieu pédiatrique du corps de tout jeune enfant décédé de façon inattendue ;**
- **Créer des « Comités multidisciplinaires d'examen de décès d'enfants ».**

Le décloisonnement nécessite un véritable apprentissage de la collaboration avec les autres acteurs ce qui passe par des formations communes.

La formation

État des lieux des obligations de formation

Il existe une obligation de formation pour tous les professionnels travaillant dans le domaine de l'enfance et les formations communes sont présentes dans la loi du 5 mars 2007 qui reprend l'article L. 542-1 du code de l'éducation : « *Les médecins, l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux, les travailleurs sociaux, les magistrats, les personnels enseignants, les personnels d'animation sportive, culturelle et de loisirs et les personnels de la police nationale, des polices municipales et de la gendarmerie nationale reçoivent une formation initiale et continue, en partie commune aux différentes professions et institutions, dans le domaine de la protection de l'enfance en danger. Cette formation est dispensée dans des conditions fixées par voie réglementaire* ».

Les professionnels avec lesquels les enfants sont au contact au quotidien dès leur naissance, les médecins, les assistantes maternelles agréées, les personnels de crèche puis les enseignants devraient prioritairement recevoir une formation sur les problématiques de la maltraitance et du danger.

En ce qui concerne les enseignants, il existe une réglementation de la formation concernant spécifiquement l'enfance en danger décrite dans l'article D. 542-1 du code de l'éducation : « *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, notamment au regard de la Convention internationale des droits de l'enfant ; 2) la connaissance du dispositif de protection de l'enfance [...] ; 3) la connaissance de l'enfant et des situations familiales, notamment celle 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 professionnel, en particulier en matière d'éthique, de responsabilité, de secret professionnel et de partage d'informations. [...] La formation continue a plus particulièrement pour objectifs la sensibilisation au repérage de 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 ». Elle fait l'objet de sessions partagées avec les différents professionnels intervenant notamment sur un même territoire, afin de favoriser leurs connaissances mutuelles et leur coordination.

En théorie, il s'agit d'une formation idéale (abord du développement de l'enfant, des situations de danger et des pratiques professionnelles pour y répondre ; formation initiale et continue ; formations conjointes de tous les professionnels de disciplines différentes d'un même territoire). Sur le terrain la réalité est semble-t-il toute autre⁵¹.

Le même décalage entre la théorie et la pratique s'observe dans le cas des médecins de PMI et des médecins scolaires. Les médecins lauréats du concours organisé par le ministère de l'éducation nationale suivent une formation de 8 à 16 semaines à l'École des hautes études en santé publique (EHESP) à Rennes avant leur titularisation. Son contenu et sa durée sont adaptés selon l'expérience professionnelle de chacun au sein du système éducatif. Les parcours individuels comportent 7 unités d'enseignement d'une durée de 1 à 3 semaines organisées entre octobre et juin dont l'une s'intitule : « politiques médico-sociales et de protection de l'enfance ». Dans les établissements, les médecins peuvent être alertés par les infirmières scolaires qui sont plus présentes sur le terrain et en qui les élèves ont généralement confiance. À la fin de la très longue liste de leurs missions figurent en effet cinq actions spécifiques dont la dernière s'intitule « intervenir en urgence auprès d'enfants ou d'adolescents en danger (victimes de mauvais traitements ou de violences sexuelles) ». En réalité la profession de médecin scolaire est de moins en moins attractive du fait de la

⁵¹ Audition par le comité de suivi d'Hélène Marquié-Dubié, Maître de conférences en Psychologie, membre du LIRDEF, équipe « Travail, développement et Formation ». Université Montpellier II, Faculté d'éducation, site de Perpignan ; formatrice sur la psychologie de l'enfant auprès des enseignants du premier degré. « *J'ai ainsi constaté à chaque fois le manque d'information dont disposaient les enseignants et l'ambiguïté de leurs connaissances, quand ils en avaient, sur ce sujet... A titre d'exemple : j'ai mené une enquête rapide auprès d'enseignants-stagiaires (PE) en formation cette année dans notre structure (N = 50). Ces stagiaires sont affectés un jour par semaine dans une classe, en pleine responsabilité. A la question : « que faites-vous en cas de constat de maltraitance ? », 32 % d'entre eux affirment que la première mesure est de ne surtout pas parler à l'enfant... (aucun ne semble connaître les CRIP, l'ASE....) ».*

suppression depuis ces dernières années de nombreux postes de médecins titulaires, remplacés dès lors par des vacataires dont la rémunération est faible, qui ne sont pas passés par la formation de l'EHESP et qui ont une charge de travail considérable, le nombre d'élèves dépendant d'eux rendant illusoire l'abord sérieux de la question de la maltraitance. La situation des médecins de PMI est en train de se dégrader dans le même sens. Ces médecins, lorsqu'ils sont titulaires (mais là encore il y a de plus en plus de vacataires), sont recrutés parmi les détenteurs du DES de pédiatrie, ou de gynéco-obstétrique ou de santé publique. Mais la formation initiale de ces médecins sur le danger et la maltraitance est de niveau très variable suivant les Facultés et très souvent quasi-inexistante.

Une des constatations les plus troublantes concerne les formations de l'EHESP, qui s'adressent à de multiples professionnels impliqués dans le champ de la santé publique (médecins ou non). Le programme est très fourni (168 pages pour le catalogue des formations continues de 2015 consultable sur le site <http://formation-continue.ehesp.fr/>) et on n'y retrouve ni le thème du danger, ni celui de la maltraitance (sauf à propos des personnes âgées et de la maltraitance institutionnelle), ni celui de la protection de l'enfance (il est à noter que ne figure pas dans le catalogue la formation spécifique dédiée aux médecins scolaires, ce qui rend perplexe sur la définition d'un acteur de santé publique par l'EHESP). A vrai dire, la santé, le développement et les problèmes de l'enfant ne sont pratiquement pas abordés (en dehors du saturnisme), ni dans les formations diplômantes, ni dans le vaste programme de formation continue, même pas dans le cadre de l'approche par type de population, habituelle en santé publique⁵².

⁵² La seule formation diplômante est un Master d'éducation à la santé des enfants, adolescents et jeunes adultes. Parmi les formations continues, dans la section « Promotion de la santé », on trouve une formation intitulée « Promouvoir la santé des enfants, des adolescents et des jeunes » ; dans la section « Approches populationnelles », rien concernant l'enfance mais une formation sur la bientraitance des personnes âgées en établissement. Enfin dans la section « Éthique et responsabilité », « Quand les institutions se rencontrent pour le bien-être des enfants... » a pour objectifs de 1) définir de façon commune la notion de bien-être ; 2) identifier les enjeux du bien-être de l'enfant ; 3) cerner les rôles, les logiques qui conditionnent le bien-être des enfants et adolescents ; 4) formaliser les pratiques professionnelles qui en découlent, sans que rien dans le programme ne fasse référence aux problématiques du danger et de la maltraitance.

La formation des médecins (hors scolaires et de PMI)

A l'issue de la première année de médecine (« première année commune des études de santé » [PACES]) les étudiants admis se préparent en 5 ans aux épreuves classantes nationales (ex concours de l'internat). De leur réussite à ces épreuves dépendra le choix de la spécialité étudiée pendant l'internat et de la région où elle leur sera enseignée. En ce qui concerne ces « épreuves classantes nationales », parmi les 335 sujets étudiés pendant ces 5 années et répartis en 11 modules, un seul, inclus dans le thème « Maturation et vulnérabilité », concerne la maltraitance et s'intitule « Maltraitance et enfant en danger. Protection maternelle et infantile » (item 37). Ce module est en général traité en 1 heure dans la plupart des facultés et l'accent est mis sur le syndrome de Silverman⁵³, loin de refléter la majorité des situations de maltraitance.

A l'issue des épreuves classantes nationales ; les internes qui choisissent la médecine générale s'orientent vers un DES-MG. « *En 2008 en Île-de-France, le programme d'enseignement théorique du DES-MG comprenait une partie intitulée 'Les situations pathologiques courantes' dans laquelle sont abordées 'les maltraitances et violences', et une autre 'La santé de l'enfant et de l'adolescent', divisée en sous-thèmes, parmi lesquels : 'la surveillance du développement staturo-pondéral et psychomoteur, la détection des anomalies' et 'les pathologies et demandes fréquentes pour les nourrissons et les petits enfants'. Il existe donc un réel effort de formation théorique, notamment des futurs médecins généralistes, à la problématique de la maltraitance envers les enfants mais le nombre d'heures consacrées à l'enseignement sur la maltraitance reste d'une grande variabilité d'une faculté de médecine à une autre et demeure totalement personne-dépendante, l'enseignant pouvant se passionner pour son sujet ou au contraire expédier au plus vite son pensum* »⁵⁴.

Le temps consacré à l'enseignement théorique de la maltraitance proposé aux futurs pédiatres (2 heures au maximum) contraste fortement avec les exigences identifiées à partir d'une recherche américaine qui montre que les médecins ayant reçu moins de 10 heures de formation sur la reconnaissance de la maltraitance signalent significativement beaucoup moins que ceux qui ont bénéficié de plus de 10 heures d'enseignement⁵⁵.

⁵³ Voir l'article de Kempe déjà cité « the battered child syndrom » (1962)

⁵⁴ Extrait de l'ouvrage d'Anne Tursz, Les Oubliés, p290-291.

⁵⁵ King G, Reece R, Bendel R, Patel V. The effects of sociodemographic variables, training, and attitudes on the lifetime reporting practices of mandated reporters. *Child Maltreatment* 1998; 3: 276-283.

Les travaux réalisés récemment dans le cadre d'une thèse de médecine générale ayant pour sujet « Comment améliorer la formation des internes en médecine au repérage et à la prise en charge des maltraitances faites aux enfants »⁵⁶ montrent que la majorité des internes en médecine générale ont déjà été confrontés directement à un ou plusieurs cas de maltraitance mais que très peu y pensent de façon systématique en consultation face à un enfant. Par ailleurs, les réponses données quant à la définition de la maltraitance indiquent qu'ils en ont une vision restreinte excluant l'enfant en risque et l'enfant en danger. Ces futurs médecins risquent donc de ne s'intéresser qu'aux enfants ayant des conséquences graves « immédiates » sur leurs développements physique et psychologique, et de ne pas prendre en considération les violences éducatives ordinaires physiques (fessée, gifle) ou psychologiques, plus insidieuses et dont les conséquences à long terme sont souvent redoutables.

Cependant la situation est probablement en train d'évoluer puisque, sur les cinq dernières années, ces internes de médecine générale sont de plus en plus nombreux à choisir un sujet de thèse en rapport avec la maltraitance des enfants, les freins au signalement des médecins, etc. Les travaux sur la séméiologie du repérage restent exceptionnels⁵⁷.

Il ressort de ces divers travaux de thèse que la prise en charge des cas de maltraitance est inhomogène par manque de connaissances sur le parcours à suivre pour signaler (parcours pourtant clairement défini par la loi de 2007 qui distingue bien la transmission d'IP et le signalement à adresser directement au procureur de la République), mais aussi par ignorance en matière de droit et de devoirs des médecins sur le fait de signaler ou de s'en abstenir (notamment en cas de doutes sur l'existence réelle de maltraitance). Enfin, persiste la peur des médecins d'être accusés d'immixtion dans les affaires familiales et surtout de signalement abusif (avec les sanctions qui en découlent).

La formation initiale n'est pas la seule à prendre en considération et il est temps que les organismes officiels de formation médicale continue intègrent le thème de la maltraitance parmi les thèmes prioritaires au même titre que le diabète, l'hypertension artérielle ou l'hypercholestérolémie. Et il n'est pas inutile de rappeler que nombre de professeurs de médecine et autres responsables d'enseignement de toutes les disciplines soignantes ont clairement besoin de mettre leurs connaissances à jour.

⁵⁶ Greco C. Thèse de médecine déjà citée.

⁵⁷ Selon les résultats d'une consultation des départements de médecine générale en France durant l'été 2014 à partir du site du Collège National des Généralistes Enseignants

Si les médecins généralistes et les pédiatres sont ceux qui prennent le plus en charge les enfants au quotidien, d'autres spécialités médicales sont concernées par le déficit en formation sur la maltraitance, au premier rang desquelles la médecine légale. La médecine légale pédiatrique est en effet une discipline quasi-inexistante en France. Que ce soit dans le cadre d'un examen clinique dans une Unité médico-judiciaire (UMJ) ou lors d'une autopsie, nombre d'enfants maltraités sont examinés par un légiste d'adulte. Or la plupart n'ont pas été formés à la reconnaissance des lésions spécifiques de l'enfant et de leurs causes, tout particulièrement celles affectant le nourrisson.

Quelles priorités pour ces formations ?

Qu'il s'agisse de formation initiale ou de formation continue, et dans toutes les professions concernées, il faut considérer comme des thèmes majeurs : les besoins fondamentaux de l'enfant, les compétences du bébé, l'importance de l'attachement et des interactions précoces parents-bébé, l'accompagnement des familles dans leur projet pédagogique. In fine les connaissances acquises devraient s'appliquer à l'ensemble des enfants (dans le cadre de la surveillance médicale habituelle notamment). Il n'y a pas d'enfants présupposés avec ou sans problèmes, notamment en raison de critères socio-économiques.

Les formations pluri professionnelles doivent être favorisées, dans la formation continue bien sûr mais aussi dans la formation initiale, ce qui suppose de vaincre des réticences universitaires quant aux prérogatives disciplinaires et d'abandonner au moins partiellement les cours magistraux pour des méthodes pédagogiques plus à même de faire réfléchir en commun futurs juges, avocats, enseignants, assistants sociaux, cadres de l'ASE, médecins, policiers, etc. (études de cas, jeux de rôles...)

Les formations pluridisciplinaires et pluri professionnelles organisées par l'Association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement (AFREE) dans le cadre du Plan Périnatalité ont bien montré qu'elles étaient source de sécurité émotionnelle des soignants, ce qui permet d'avoir de la bienveillance envers les parents⁵⁸. Dans ces formations une place importante est réservée au travail dit indirect des psychologues. Celui-ci, soutien des professionnels de première ligne (les équipes médicales et sociales) et travail de liaison, doit être généralisé car aucun intervenant ne peut rester seul dans les situations familiales chargées. Selon l'expérience des responsables de l'AFREE, lors de l'EPP, sans l'organisation

⁵⁸ Ces formations sont détaillées sur le site de l'AFREE <http://www.afree.asso.fr/>

d'une disponibilité « psy », les sages-femmes ont du mal à laisser venir les questions des parents, leurs confidences, ou proposent trop vite une orientation qui ne fonctionne pas pour eux. Le travail indirect des psychologues suppose une formation de base pluridisciplinaire qui leur a permis d'entendre les besoins des divers professionnels.

Ces formations pluri-professionnelles et pluri-institutionnelles doivent reposer sur une organisation très claire : s'adressant aux professionnels d'un territoire limité, respectant et utilisant les compétences précises de chaque discipline et identifiant bien le pilote (CRIP, Observatoire, UMJ ou autre...). Ce type de formation est le plus à même de répondre à la question des contre-attitudes, notamment sur le signalement et la séparation, toujours très présentes dans toutes les équipes. Pour éviter ces effacements des savoirs, il est nécessaire que des séances d'analyse de pratiques viennent compléter ou s'intégrer dans des dispositifs de formation à construire sur des durées longues.

Enfin, dans la formation de base de tous les professionnels qui sont quotidiennement au contact des petits enfants, il ne saurait être question que l'enseignement de la problématique du danger et de la maltraitance repose sur des « modules optionnels », ce qui est hélas souvent le cas dans certaines facultés de médecine.

Un lieu ou un pilote pour les formations pluri-professionnelles ?

Pour leur donner le plus de visibilité et de légitimité possible, il serait utile qu'existe un organisme de formation pluridisciplinaire et pluri-professionnel spécialement dédié à l'enfant (trop souvent oublié des programmes, on l'a vu), comme cela existe dans d'autres pays (Institute of Child Health de Londres par exemple). Il faudrait donner des missions plus larges que la seule santé à un tel organisme et asseoir les programmes sur les notions de besoins fondamentaux, de droits et de développement de l'enfant.

Un « Institut national du développement de l'enfant » pourrait assurer cette mission. Il pourrait être virtuel quant à ses murs mais décliné géographiquement, ou rattaché à une structure telle que l'EHESP (École nationale des hautes études en santé publique), ce qui permettrait d'impliquer plus les professionnels du secteur de la santé et de faire entrer les problématiques liées à l'enfance dans l'enseignement de santé publique.

Le Comité fait les propositions suivantes :

- **Appliquer les textes réglementaires (code de l'éducation, loi de 2007...) en matière de formation ;**
- **Introduire une dimension « Enfance » dans les enseignements de santé publique en France, notamment à l'EHESP ;**
- **Mettre en place des séminaires/heures de formation obligatoires pluri-disciplinaires et pluri-professionnels pendant l'internat de médecine, quelle que soit la spécialité choisie, visant à une meilleure appréhension des situations concrètes de maltraitance, à l'acquisition d'une meilleure connaissance de la loi, à la levée des peurs et à un réel décloisonnement des professionnels de l'enfance ;**
- **Organiser un stage pratique obligatoire en pédiatrie, ou dans le cadre du stage pôle mère-enfant auprès d'un maître de stage universitaire de médecine générale, pour tout futur médecin généraliste ou urgentiste ;**
- **Favoriser une évolution positive de la médecine légale face à l'enfance maltraitée 1) en soutenant le développement de la médecine légale pédiatrique ; 2) en incluant des modules pédiatrie dans la formation continue des légistes d'adultes ;**
- **Élaborer des formations pluri-professionnelles 1) basées sur des concepts fondamentaux : les compétences et les besoins du bébé, la théorie de l'attachement, l'importance des interactions précoces parents-bébé, l'accompagnement des familles dans leur projet pédagogique, le développement du jeune enfant ; 2) dispensées dès le stade de la formation initiale ; 3) dans le respect des compétences disciplinaires, sollicitées pour les phases d'élaboration comme de l'enseignement lui-même ; 4) dispensées selon des méthodes pédagogiques dynamiques incluant notamment des études de cas faisant intervenir les différents partenaires ; 5) obligatoires pour tous les professionnels œuvrant auprès de jeunes enfants ;**
- **Créer un « Institut national du développement de l'enfant » pour concevoir et mettre en place ces formations.**

L'information

Parallèlement au développement de la formation, des activités d'information mériteraient d'être développées en direction du grand public, des médias et même des professionnels (on a vu le peu de culture des médecins quant aux facteurs de risque de la maltraitance).

En effet, pour le grand public et les hommes et femmes politiques, mais aussi pour un nombre non négligeable de professionnels dont le rôle est de veiller sur le développement harmonieux des enfants (médecins, enseignants, travailleurs sociaux...) les mauvais traitements des enfants se résument à ces terribles faits divers rapportés par les médias et parfois décortiqués pendant des semaines. Par leur horreur même et par leur pouvoir de fascination morbide, ces faits divers plongent les lecteurs, auditeurs et téléspectateurs, dans un monde presque déconnecté du réel et dédouanent plus ou moins des familles maltraitantes qui « ne font tout de même pas ça ! ». Ils sont l'arbre qui cache la forêt, et, à ce titre l'affaire dite « Marina » est tout particulièrement exemplaire. Elle a certes ranimé l'intérêt pour la problématique de la maltraitance mais elle en présente un visage ambigu car les parents de Marina, tortionnaires sadiques, ont peu de ressemblance avec les parents « maltraitants ordinaires » qui, au jour le jour, détruisent leurs enfants par leur mépris, leur manque d'amour, leur absence totale d'empathie. En revanche cette affaire, notamment telle qu'elle est décrite dans le rapport d'A. Grevot (cité en référence 19), est un condensé stupéfiant de tous les dysfonctionnements professionnels qui ont abouti à la mort de la petite fille.

Certains thèmes sont prioritaires pour la diffusion d'une information de qualité : l'importance de l'entretien du 4^{ème} mois et des actions d'aide qui peuvent en résulter, le véritable visage des facteurs de risque de la maltraitance (avec une insistance particulière sur le fait que toutes les classes sociales sont concernées), les besoins du nourrisson et l'importance des interactions très précoces entre le bébé et ses parents. De tels thèmes pourraient faire l'objet de larges campagnes d'information, éventuellement en lien avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

Enfin des concepts de base méritent une clarification et des efforts pédagogiques dirigés non seulement vers le public mais aussi vers les professionnels, notamment les médecins qui les connaissent mal voire pas du tout : les droits de l'enfant, son intérêt supérieur, la parentalité, l'autorité parentale. Par exemple, on reproche souvent aux parents de ne pas faire preuve d'autorité à l'égard de leurs enfants et ce faisant on suggère que l'autorité parentale est une

donnée immuable, alors qu'il s'agit d'une construction sociale récente (1970). De la même façon, l'intérêt de l'enfant est fréquemment invoqué pour justifier toute revendication ou toute décision concernant la place de l'enfant dans la famille, sans pour autant étayer l'invocation de l'intérêt de l'enfant par la référence à ses besoins fondamentaux physiques, intellectuels, sociaux et affectifs (voir l'annexe 13).

Le Comité fait les propositions suivantes :

- **Mettre au point des campagnes d'information destinées au grand public, aux médias et aux professionnels sur des thèmes prioritaires tels que les besoins fondamentaux de l'enfant, les facteurs de risque de maltraitance, le rôle de l'entretien prénatal précoce ;**
- **Clarifier et expliciter les notions de droits et intérêt supérieur de l'enfant, de parentalité et autorité parentale.**

Réflexions en relation avec la réforme territoriale

Le système actuel de repérage du danger et de la maltraitance, d'évaluation des situations et de prise en charge des enfants est placé sous l'autorité du Président du Conseil général (PCG) et toute l'architecture du système doit donc être repensée à la lumière de la réforme territoriale. Cette réflexion va par ailleurs se trouver compliquée par l'existence annoncée de deux types de conseils généraux, ceux des zones rurales étant supposés persister contrairement aux prévisions initiales. Toutefois la faible densité de population de ces zones (donc le nombre relativement peu élevé d'enfants potentiellement concernés) amènera peut être à faire le même type de regroupements que dans d'autres régions.

Puisque la réforme territoriale va nécessairement avoir un impact majeur sur le fonctionnement de la Protection de l'enfance, il convient d'en faire l'occasion d'une réflexion sur l'alliance entre travail de proximité et coordination nationale et de créer, à l'échelon décentralisé qui sera approprié, des structures fédératives associant les divers professionnels concernés (une occasion de sortir du « tout judiciaire » ou du « tout social »). La très grande variabilité d'un département à un autre (telle que soulignée dans les rapports successifs de l'ONED) du système visant à protéger les enfants en danger incite à proposer une politique

nationale de la protection de l'enfance sans renoncer toutefois à une organisation pratique locale aussi peu bureaucratique que possible.

De nouvelles CRIPs ?

Qu'il s'agisse de CRIP ou d'une autre structure⁵⁹, elle doit être « *vécue comme un appui, mais elle l'est souvent comme une norme, un donneur d'ordre qui envoie les assistantes sociales seules sur le terrain, ces dernières parlant de 'toute puissance de la CRIP'* »⁶⁰. Il est par ailleurs nécessaire que les structures qui seront finalement mises en place fonctionnent 24h/24 (le plus logique est sans doute de conserver le format de la CRIP centralisée), qu'elles utilisent un référentiel national d'évaluation des situations avec définition consensuelle de l'IP, que leurs professionnels n'aillent pas seuls sur le terrain et que les processus conduisant aux décisions soient collégiaux, sans omettre les notions de devoir d'ingérence⁶¹, d'obligation... Cette réforme devrait être l'occasion d'un travail pédagogique d'explication de la Loi de 2007.

Le fonctionnement 24h/24 : 1) serait sans doute plus facilement envisageable qu'il ne l'est maintenant du fait des économies d'échelle que va entraîner la réforme ; 2) aurait l'avantage d'améliorer la rationalité du choix entre la transmission d'IP et le signalement à la justice (choix effectué réellement en fonction de la sévérité de la situation et non plus dans l'urgence et l'angoisse) et donc d'éviter une « *judiciarisation de week-end* » qui peut ne pas correspondre à la gravité du cas, alors même que les parquets sont submergés (la pire des solutions, hélas non exceptionnelle, étant « *d'attendre lundi* »).

Une systématisation du travail en réseau

Quelle que soit la configuration et les compétences futures des collectivités territoriales, il importe que les acteurs impliqués dans la protection de l'enfance puissent développer et intensifier leur collaboration localement (dans le cadre de protocoles, de réseaux de proximité, de projets communs ...) de manière à être complémentaires.

⁵⁹ Voir la réflexion sur les CRIP et leur évolution dans l'annexe 14 qui rapporte les auditions, par le comité de suivi, de Brigitte Bouquet, professeur émérite, Chaire de travail social et intervention sociale du CNAM et de Joëlle Nicoletta, responsable de la CRIP des Côtes d'Armor.

⁶⁰ Audition de Brigitte Bouquet.

⁶¹ « *Il est important de rappeler que la protection de l'enfance est la seule politique publique qui permet un véritable « droit d'ingérence » certes encadré. Les intérêts des familles ne doivent pas faire oublier les droits et besoins des enfants. L'autorité parentale est un ensemble de droits et devoirs permettant d'assurer la protection de l'enfant* ». Audition de Joëlle Nicoletta.

Ces protocoles, comme le prévoit la loi, doivent être signés selon un schéma proposant un protocole général, qui prenne en compte tous les acteurs du territoire concernés par la protection de l'enfance et qui pose les principes de base, et, en déclinaison, des protocoles particuliers (thématiques ou entre des acteurs spécifiques) pour ce qui concerne par exemple les liaisons entre le corps médical (hôpital, libéral, scolaire, et PMI) et les autorités administratives (le CG actuellement), judiciaire (parquet,) et policières (brigade des mineurs) à l'instar de ce qu'a fait le Parquet de Paris ou certaines unités hospitalières d'accueil des victimes de maltraitances, mises en place dans plusieurs CHU, tous protocoles spécifiques qui doivent s'intégrer dans un dispositif territorial global par souci de cohérence.

L'interface avec le secteur sanitaire, dont on a vu le rôle potentiellement majeur dans le repérage de la maltraitance, devrait être assurée par la présence systématique d'un médecin dans chaque CRIP.

Des outils d'évaluation repensés au niveau national et local

De façon assez perturbante, le même terme d'« évaluation » est employé pour 1) décrire un état individuel et en apprécier la gravité et 2) évaluer l'impact des politiques et des actions. Dans les deux cas des outils nationaux et une déclinaison locale sont possibles. Ce vocabulaire devrait néanmoins être clarifié.

Les difficultés actuelles à obtenir « un consensus sur le périmètre de l'observation de la population prise en charge dans le dispositif de protection de l'enfance » (objet du rapport Legros) et l'hétérogénéité des outils utilisés dans les divers départements plaident pour la mise au point d'un ***référentiel national de définition et d'évaluation du danger*** (qu'il s'agisse d'IP ou de signalement). Mais il ne saurait être question de créer *de novo* des outils nationaux sans d'abord examiner la qualité, la pertinence et l'efficacité d'outils locaux. Dans l'esprit de l'analyse des divers types de CRIP menée en 2011 par l'ONED⁶², il serait judicieux de recenser les divers outils existants pour caractériser les situations d'enfants et de construire l'outil national après analyse de leurs qualités et évaluation de leur utilisation.

⁶² Septième rapport annuel de l'Observatoire national de l'enfance en danger remis au gouvernement et au parlement. Mars 2012

Un outil statistique national

Comme souligné dans le rapport Legros « *six années après l'adoption de la loi, le dispositif national d'observation montre encore de véritables faiblesses : tous les départements ne se sont pas dotés d'observatoires départementaux et, surtout, le système de remontée des informations reste à ses balbutiements alors que l'Observatoire national est en place. Les incertitudes sur le concept d'information préoccupante, les difficultés pour stabiliser le bon périmètre de l'observation, l'hétérogénéité des données collectées, montrent qu'une action vigoureuse est nécessaire* ». Il est clair que manque encore en France un outil statistique national permettant 1) la mesure de l'ampleur du problème du danger et de la maltraitance et donc l'allocation raisonnée des ressources (quantitatives et qualitatives) ; 2) le suivi des politiques visant à diminuer le nombre de situations de danger et de maltraitance et à améliorer la prise en charge.

L'excellence d'un véritable observatoire statistique doit être au cœur des préoccupations, ce qui suppose d'améliorer considérablement le fonctionnement de la collecte des données au niveau local (observatoires départementaux ou autres structures créées dans le cadre de la réforme territoriale), car, comme très justement noté dans le rapport Legros, il ne faut pas prendre le risque « *d'un désengagement progressif des départements, faute de percevoir l'intérêt collectif de la démarche. Dans ce scénario noir, seulement une dizaine de départements contribueraient à la remontée des informations et après deux ou trois années, devant le constat de désintérêt généralisé et l'abandon d'une volonté politique, le système ne serait plus du tout alimenté* ».

Il faut ici faire le constat que, si le rapport Legros fait de très judicieuses propositions sur les variables à collecter, l'analyse des situations et de leur évolution reste toujours cantonnée aux cas des enfants « connus » de la protection de l'enfance, d'où la nécessité d'impliquer le secteur de la santé dans le chiffrage du danger et de la maltraitance avérée. Puisque, on le sait, les professionnels de la santé sont loin d'informer systématiquement les services du CG ou la justice, les enfants concernés continueront à échapper au système national d'observation et de comptage et les politiques mises en œuvre continueront donc à être fondées sur des données très largement tronquées.

Dans le cadre de la réforme territoriale pourra être menée la réflexion sur le niveau de coordination d'un recueil de données qu'il faut créer, en :

- recueillant les informations issues du PMSI (étendu aux structures ambulatoires) dans tous les hôpitaux publics et privés (dans ces derniers on pourra peut être avoir une approche de certaines maltraitances en milieu social élevé). Ce recours au PMSI devrait être assorti d'une réflexion sur la sortie de la maltraitance du système de la tarification à l'acte (T2A) qui a pour effet de la rendre invisible (à moins qu'on ne réintroduise les codes des lésions intentionnelles de la CIM de l'OMS comme proposé plus haut) ;
- réhabilitant le rapport national du médecin de santé scolaire affecté au Bureau de la santé, de l'action sociale et de la sécurité de la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO), rapport détaillé sur la santé des élèves, réalisé à partir des données remontant de toutes les académies sous la supervision des médecins conseillers des recteurs mais qui a disparu depuis 2003 ;
- ajoutant dans les certificats des 9^{ème} et 24^{ème} mois de la surveillance médicale des enfants un item spécifique au repérage de la maltraitance.

Un observatoire statistique ayant dans ses missions le décompte aussi exhaustif que possible des cas de maltraitance (dont on a vu le retentissement sur la santé physique et mentale) devra travailler à partir d'une multitude de sources et agréger des données de types variés et qu'il faudra progressivement homogénéiser. C'est le métier des médecins épidémiologistes (familiers des concepts de doublons, de sous-enregistrement, de biais de sélection, de perdus de vue, etc.) qui, avec les statisticiens, doivent constituer le noyau dur du personnel d'un observatoire dédié à un problème majeur de santé publique. Devront s'y joindre des représentants de diverses disciplines clés pour la surveillance épidémiologique et pour les études et recherches qui s'y grefferont : informatique, démographie, sociologie, psychologie, pédiatrie et pédopsychiatrie.

Enfin, comme souligné dans le rapport Legros, « *aux côtés d'un système central d'information, il importe de contribuer au développement de programmes de recherches* ».

Le développement d'activités de recherche

La question de la recherche est largement abordée dans le rapport Legros qui souligne que des liens doivent être entretenus entre la structure d'observation et « *d'autres organismes (Drees, Institut national d'études démographiques (Ined), INSEE, Inserm, universités, etc.)* ».

Le rapport Legros souligne aussi que « *les recherches de type monographique ou sur des échantillons limités présentent un intérêt certain et [que] leurs coûts restent accessibles. En revanche, [il faudrait] disposer impérativement d'enquêtes sur cohortes [...et] il serait utile que les grands organismes financeurs ou promoteurs de recherche (Services de l'État, Ined, Inserm, CNRS, Caisse nationale des allocations familiales...) élaborent une réflexion sur les outils type cohorte* ». Le coût de ces dispositifs étant en effet très élevé, il est suggéré un financement européen grâce à l'inscription de la thématique du danger et de la maltraitance dans le prochain Programme communautaire de recherche et de développement (PCRD). On ne peut que souscrire à ces propositions car on a vu l'intérêt des études longitudinales prospectives, au premier rang desquelles les cohortes de naissances pour identifier le devenir des enfants maltraités.

Dans le cadre de la réforme territoriale, il serait important de dégager des crédits régionaux, via les Agences régionales de la santé par exemple (ARS), et d'identifier des partenaires tels que les Observatoires régionaux de la santé (ORS) pour mener des études sur des thèmes prioritaires comme les facteurs de risque de maltraitance et les conséquences positives ou négatives de divers modes de prise en charge des enfants en danger et maltraités.

L'étude longitudinale française depuis l'enfance (Elfe), première cohorte de naissances française, portant sur 20 000 naissances de l'année 2011, a concerné toutes les régions. Elle n'a malheureusement pas inclus la maltraitance parmi les thèmes de recherche⁶³. Son mode de fonctionnement (recueil de données par entretiens téléphoniques) se prête par ailleurs mal à l'identification des enfants maltraités mais, à l'âge de 3 ans, est prévue une visite à domicile et il pourrait être envisagé, dans certaines régions, de mener une recherche axée sur les troubles du développement psychomoteur et leurs causes d'autant qu'ils font partie des sujets de recherche inclus dans Elfe. La fréquence de la maltraitance, telle qu'elle a été définie au début de ce rapport, est suffisamment élevée pour qu'hélas un nombre non négligeable d'enfants soit sans doute concerné.

⁶³ <http://www.elfe-france.fr/index.php/fr/cote-recherche/zoom-thematiques>

Le Comité fait les propositions suivantes :

Mettre à profit la réforme territoriale pour :

- **Améliorer le fonctionnement des CRIP, ou de toute autre structure les remplaçant à un niveau local plus élevé, par : 1) une activité 24 h sur 24 ; 2) la présence systématique d'un médecin ; 3) la collégialité des évaluations et des décisions ; 4) l'utilisation d'un référentiel national d'évaluation des situations ;**
- **Renforcer le travail en réseau, organisé selon un protocole global signé par tous les acteurs intervenant auprès des enfants (conformément à la loi de 2007) et incluant des protocoles pluri-professionnels spécifiques ;**
- **Recenser les divers outils locaux d'évaluation du danger et évaluer leurs performances respectives afin de proposer un outil national efficace et acceptable ;**
- **Améliorer la collecte des données locales et leur remontée vers le niveau national en vue de la création d'un véritable observatoire statistique incluant toutes les sources d'information potentielles sur la maltraitance et le danger, dont le secteur de la santé ;**
- **Passer ainsi de la surveillance des mesures de protection prises à celle des enfants en danger et maltraité ;**
- **Coordonner l'observation et la recherche ;**
- **Favoriser les financements régionaux de la recherche (type ARS) et les collaborations entre les observatoires départementaux et les ORS ;**
- **Utiliser, au niveau régional, la dernière série de visites à domicile de l'enquête longitudinale « Elfe » (pour les enfants de 3 ans) pour tester la faisabilité de la mise en place d'une nouvelle cohorte nationale de naissances incluant la maltraitance parmi ses thèmes prioritaires.**

CONCLUSION

La situation a évolué en France ces dernières années quant à la reconnaissance de la maltraitance et du danger. On n'est plus dans le même déni total du problème et l'on voit se dessiner un intérêt pour la prévention de la maltraitance dans le corps médical comme l'attestent de nombreux exemples. On a évoqué les thèses de médecine portant sur divers

aspects de la maltraitance. Exceptionnelles il y a encore peu, elles sont devenues plus nombreuses ces dernières années (52 entre 2008 et 2014). Les congrès médicaux, habituellement très orientés vers la clinique et la biologie, font maintenant une place à ces sujets. Ainsi en mai 2014, dans le cadre du congrès national des sociétés de pédiatrie, s'est tenue une table ronde sur la maltraitance et, en septembre de la même année, aux Entretiens de Bichat (sorte de grand-messe de la médecine française) deux tables rondes sont programmées : « *Oser penser la maltraitance* » aux Entretiens de pédiatrie et de puériculture, et « *Vers des pratiques bien-traitantes - Promouvoir la bien-traitance* » aux Entretiens de la petite enfance .

En décembre 2013, une mission d'information a été créée par la Commission des affaires sociales du sénat afin d'étudier la mise en œuvre de la loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance et de formuler des propositions d'amélioration du système actuel. Cette commission a estimé que la loi de 2007 était une bonne loi, mais mal connue et mal appliquée. Cette loi, par rapport à toutes les lois antérieures, a particulièrement mis l'accent sur deux dimensions essentielles : la prévention et le rôle des professions de santé (médicales principalement). En introduisant la notion d'information préoccupante, ce texte s'est délibérément placé en amont de l'irréversible (la maltraitance déjà constituée, donc déjà lourde de conséquences potentielles). En effet, l'évaluation dans le cadre d'une IP constitue une opportunité pour un travail de prévention et la logique de l'IP est autre que celle du signalement (réservé aux autorités judiciaires) et doit être comprise dans sa dimension de prévention : « se préoccuper » de la situation d'un enfant en risque potentiel et l'évaluer le plus précocement possible. Ce changement de terminologie a des conséquences sur l'intervention sociale en introduisant un seuil d'anticipation. Elle se situe en amont et vise à prévenir en assurant un suivi à toute difficulté évaluée.

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

Il faut donc de façon urgente revivifier le système de prévention (PMI, santé scolaire) créé par les ordonnances de 1945 et dédié à l'enfant, ce qui suppose notamment plus de médecins de PMI, plus de puéricultrices pour effectuer des visites à domicile, la présence systématique

d'infirmières à la fois dans l'enseignement primaire et le secondaire, le recrutement de médecins scolaires titulaires ainsi que la revalorisation des salaires de tous ces professionnels de la prévention. Il faut qu'existe dans les écoles primaires de vraies équipes de santé scolaire pluridisciplinaires, comportant médecin, infirmière, psychologue et assistant (e) social (e). Il faut aussi déployer sur tout le territoire national, dans des services hospitaliers pédiatriques, des unités d'accueil pluridisciplinaires pour les enfants maltraités et enfin donner une dimension nouvelle à la formation des professionnels qui œuvrent dans le champ de l'enfance.

Le rapport du Sénat dénonce la connaissance, « très parcellaire », de la population des enfants protégés. On doit ajouter à ce constat inquiétant qu'il ne suffit pas d'observer la protection de l'enfance, il faut aussi développer un outil statistique puissant et efficace, alimenté par le repérage (bien en amont des mesures prises, objet actuel de l'observation) des enfants en danger, et bien sûr des enfants maltraités, ce qui est loin d'être fait de façon exhaustive. Cette démarche là, encore une fois, ne peut se concevoir sans une participation active du secteur de la santé, incluant notamment les cabinets de médecins libéraux et les urgences hospitalières.

On ne saurait se dissimuler que les propositions faites dans le présent rapport supposent que soient dégagés des moyens financiers, d'une part, que s'opèrent des changements de mentalités, d'autre part, notamment en matière de décloisonnement professionnel. Mais l'enjeu est de taille, il ne s'agit ni plus ni moins que de l'avenir de notre société. On ne peut donc qu'espérer que certaines ressources pourront être le produit de la réforme territoriale.

La protection de l'enfance, souvent vue sous un jour négatif, notamment à travers les médias, doit conquérir une image positive et la réforme territoriale peut être une grande chance : réorganisation d'un travail de terrain collégial au niveau local, politique générale, outil statistique, soutien de grandes orientations de recherche au niveau national. L'État doit dégager une vision claire de la protection de l'enfance et démontrer sa détermination constante et son implication dans la lutte contre la maltraitance et toutes les situations susceptibles de compromettre le bien-être de l'enfant. La protection de l'enfance doit davantage être portée politiquement tant au niveau national que local, quel que soit le devenir des départements. Pour autant, il n'apparaît pas souhaitable de la « recentraliser » complètement, sa mise en œuvre s'orientant vers une action territorialisée de plus en plus marquée.

En juin 2009, dans ses observations finales après examen des rapports soumis par les États parties (conformément à l'article à l'Article 44 de la CIDE), le Comité des Droits de l'Enfant des Nations Unies a émis de très sérieuses réserves sur la situation de la France. La bonne application de la loi de 2007 était visiblement un souci pour ce Comité qui a demandé à la France « *d'allouer les ressources budgétaires nécessaires à sa mise en œuvre* », de mettre en place des mécanismes de décompte des cas de violence dans les familles et les institutions et « *d'utiliser les médias pour lancer des campagnes de sensibilisation sur la nouvelle loi sur la protection de l'enfance* ». La remarque a également été faite que les châtiments corporels n'étaient toujours pas prohibés (ils ne le sont toujours pas en 2014). La prochaine audition de la France est prévue en octobre 2015 et les auteurs de ce rapport forment le vœu que la situation des enfants, face au danger et à la maltraitance, ait à cette date progressé de façon nettement significative et positive.

LES 44 PROPOSITIONS DU COMITÉ

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

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

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

8. Obtenant la sortie de tous les décrets d'application de la loi de mars 2007 réformant la protection de l'enfance, notamment ceux relatifs aux examens de dépistage obligatoires ;
9. Obtenant les financements correspondants et favorisant ainsi la revivification de la santé scolaire ;
10. Soutenant la proposition N° 7 du rapport Gouttenoire (proposition N° 21 du rapport Dini et Meunier), qui vise à ajouter à l'article L. 2112-1 du Code de la santé publique un alinéa 3, stipulant que : « *Il doit être désigné dans chaque service départemental de protection maternelle et infantile un médecin référent « protection de l'enfance » qui doit établir des liens avec l'ensemble des médecins généralistes et pédiatres du département ainsi qu'avec les médecins de santé scolaire* » ;
11. Demandant au ministère de la santé dans le cadre de la révision du carnet de santé, prévue pour 2016, que le guide destiné au médecin comporte des informations substantielles sur la maltraitance (signes d'appel, attitudes à adopter, collaborations pluri-professionnelles) et indique que le carnet ne doit comporter que des informations objectives et fiables sur la croissance, le développement psychomoteur et les événements pathologiques ;
12. Formant et informant les personnels de soins des services d'urgence, notamment par l'affichage des coordonnées de la Crip et du parquet et des procédures à utiliser ainsi que par la participation au chiffrage de la maltraitance ;
13. Assurant la présence d'un médecin dans chaque Crip ;
14. Diffusant à l'ensemble du territoire des protocoles liant les services hospitaliers, le parquet et la Brigade de protection des mineurs, régulièrement réunis, notamment sur le thème des critères de signalement ;
15. Modifiant l'article R.4127-44 du code de la Santé publique (article 44 du code de déontologie médicale) par la suppression de « sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience », et le remplacement du dernier « ou » par un « et », ceci dans le but d'aider les médecins à faire des signalements ;
16. Instituant, pour les enfants placés, un bilan médical initial spécialisé et mettant en place un suivi médical et psychologique régulier durant le placement, dans la

logique de la loi de 2007 qui impose un suivi de l'enfant et en conséquence un rapport annuel ;

17. Mettant réellement en œuvre les recommandations de la Haute autorité de santé relatives à la « prise en charge en cas de mort inattendue d'un nourrisson » et en évaluant cette mise en œuvre ;
18. Rendant obligatoire le transport en milieu pédiatrique du corps de tout jeune enfant décédé de façon inattendue ;
19. Créant des « Comités multidisciplinaires d'examen de décès d'enfants ».

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

20. Proscrivant, en préalable à toute autre recommandation, la solitude professionnelle dans la gestion du problème de l'enfant en danger ou maltraité et promouvant le partage d'informations et la pratique du secret partagé ;
21. Partageant entre les diverses professions concernées les notions que le placement, s'il est inéluctable, doit être le plus précoce possible et que seules comptent les interactions positives soutenues dans le temps ;
22. Demandant à la CPAM le remboursement des actes dits « paramédicaux », essentiels à la collaboration pluridisciplinaire (visite à domicile des puéricultrices, consultations de psychologues pour évaluation psychologique, etc.) ;
23. Renforçant le travail en réseau, organisé selon un protocole global, pluri-institutionnel signé par tous les acteurs intervenant auprès des enfants (conformément à la loi de 2007) et incluant des protocoles pluri-professionnels spécifiques (tels que le protocole liant à Paris les hôpitaux pédiatriques, le parquet et la BPM ou les Unités d'accueil existant dans certains hôpitaux pédiatriques) ;
24. Recensant les divers outils locaux d'évaluation du danger et évaluer leurs performances respectives afin de proposer un outil national efficace et acceptable ;
25. Améliorant le fonctionnement des CRIP, ou de toute autre structure les remplaçant à un niveau local plus élevé, par : 1) une activité 24 h sur 24 ; 2) la présence systématique d'un médecin ; 3) la collégialité des évaluations et des décisions ; 4) l'utilisation d'un référentiel national d'évaluation des situations ;
26. Promouvant des « Pôles de référence pédiatriques pour le dépistage et le soin aux enfants et adolescents maltraités » dans chaque hôpital qui accueille des enfants et

des adolescents, pôles animés par une équipe pédiatrique spécialisée, repérée dans l'hôpital et par les professionnels libéraux, qui évalue les situations, étaye le diagnostic, coordonne les soins, rencontre les enfants et leurs familles, réalise une évaluation médico-psycho-sociale, en hospitalisation ou en consultation.

27. Organisant dans ces structures, l'accueil Médico-Judiciaire des mineurs victimes dans un lieu de soins pédiatrique, en collaboration avec les services de médecine légale: audition filmée, examens sur réquisition ;
28. Assurant à ces diverses structures pluridisciplinaires une stabilité financière et pluri-institutionnelle.

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

29. Appliquant les textes réglementaires (code de l'éducation, loi de 2007...) en matière de formation ;
30. Introduisant une dimension « Enfance » dans les enseignements de santé publique en France, notamment à l'EHESP ;
31. Mettant en place des séminaires/heures de formation obligatoires pluri-disciplinaires et pluri-professionnels pendant l'internat de médecine, quelle que soit la spécialité choisie, visant à une meilleure appréhension des situations concrètes de maltraitance, à l'acquisition d'une meilleure connaissance de la loi, à la levée des peurs et à un réel décloisonnement des professionnels de l'enfance ;
32. Organisant un stage pratique obligatoire en pédiatrie, ou dans le cadre du stage pôle mère-enfant auprès d'un maître de stage universitaire de médecine générale, pour tout futur médecin généraliste ou urgentiste ;
33. Favorisant une évolution positive de la médecine légale face à l'enfance maltraitée
1) en soutenant le développement de la médecine légale pédiatrique ; 2) en incluant des modules pédiatrie dans la formation continue des légistes d'adultes ;
34. Élaborant des formations pluri-professionnelles
1) basées sur des concepts fondamentaux : les compétences et les besoins du bébé, la théorie de l'attachement, l'importance des interactions précoces parents-bébé, l'accompagnement des familles dans leur projet pédagogique, le développement du jeune enfant ; 2) dispensées dès le stade de la formation initiale ; 3) dans le respect des compétences disciplinaires, sollicitées pour les phases d'élaboration comme de l'enseignement lui-même ; 4)

dispensées selon des méthodes pédagogiques dynamiques incluant notamment des études de cas faisant intervenir les différents partenaires ; 5) obligatoires pour tous les professionnels œuvrant auprès de jeunes enfants ;

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

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

36. Mettant au point des campagnes d'information destinées au grand public, aux médias et aux professionnels sur des thèmes prioritaires tels que les besoins fondamentaux de l'enfant, les facteurs de risque de maltraitance, le rôle de l'entretien prénatal précoce ;
37. Clarifiant et explicitant les notions de droits et intérêt supérieur de l'enfant, de parentalité et autorité parentale

Développer la surveillance épidémiologique et la recherche, en :

38. Améliorant la collecte des données locales et leur remontée vers le niveau national en vue de la création d'un véritable observatoire statistique incluant toutes les sources d'information potentielles sur la maltraitance et le danger, dont le secteur de la santé ;
39. Introduisant, dans ce but, le PMSI dans les services ambulatoires et consultations externes (dont les urgences), avec rétablissement de l'utilisation des codes de la Classification internationale des maladies (CIM) de l'OMS permettant de différencier les lésions traumatiques d'origines accidentelle et intentionnelle ;
40. Passant ainsi de la surveillance des mesures de protection prises à celle des enfants en danger et maltraités ;
41. Coordonnant l'observation et la recherche, notamment pour la réalisation d'études longitudinales ;
42. Favorisant les financements régionaux de la recherche (type Agence régionale de la santé [ARS]) et les collaborations entre les observatoires départementaux et les ORS ;

43. Discutant de la possibilité d'utiliser, au niveau régional, la dernière série de visites à domicile de l'enquête longitudinale « Elfe » (pour les enfants de 3 ans) pour tester la faisabilité de la mise en place d'une nouvelle cohorte nationale de naissances incluant la maltraitance parmi ses thèmes prioritaires.

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

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

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1** : Liste des membres du Comité de suivi du Colloque national sur les violences faites aux enfants (Paris, Sénat, 14 juin 2013) **p. 3**
- Annexe 2** : Personnalités compétentes auditionnées dans le cadre du Comité de suivi du Colloque national sur les violences faites aux enfants **p. 5**
- Annexe 3** : Programme du colloque national sur les violences faites aux enfants, Paris, Sénat, le 14 juin 2013 **p. 7**
- Annexe 4** : Définition, fréquence et coût de la maltraitance. Idées reçues et faits démontrés. Intervention d'Anne Tursz et Daniel Rousseau au colloque du 14 juin 2013 **p. 9**
- Annexe 5** : L'entretien prénatal précoce : objectifs, avancées, obstacles et dérives. *État des lieux qualitatif des pratiques depuis le lancement du Plan Périnatalité 2005-2007*, Françoise Molénat **p. 19**
- Annexe 6** : Audition de Françoise Rosenblatt, Directrice de « Allo Parents Bébé » **p. 29**
- Annexe 7** : L'Unité Médico Psycho Sociale en Périnatalité (UMPSP) au CHU d'Angers : un dispositif pour la prévention, Philippe Duverger **p. 31**
- Annexe 8** : Protocole relatif au fonctionnement des cellules de prévention de la maltraitance sur les mineurs, au sein des hôpitaux pédiatriques parisiens de l'AP-HP **p. 37**
- Annexe 9** : Les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sont-elles utilisables pour chiffrer les hospitalisations liées à la maltraitance ?, Anne Tursz **p. 43**
- Annexe 10** : La CASED (Cellule d'accueil spécialisé de l'enfance en danger), Prise en charge de la maltraitance à enfant au CHU de Rennes, M Balençon, A Drénou, C François-Chervet, M Roussey **p. 45**
- Annexe 11** : Convention relative au fonctionnement de l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger (UAED) du CHU de Nantes et à la création, au sein de l'UAED, d'un lieu d'accueil des auditions filmées **p. 51**
- Annexe 12** : Haute Autorité de Santé (HAS) : Synthèse des recommandations professionnelles (2007) ; Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans) **p. 67**
- Annexe 13** : Les notions fondamentales du droit de la famille et de la protection de l'enfance, Édouard Durand **p. 73**
- Annexe 14** : Le travail social, les CRIP et leur évolution, audition de Brigitte Bouquet et Joëlle Nicoletta **p. 77**

Annexe 1

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

- Isabelle Barbe, capitaine de police à la Brigade de Protection des Mineurs de l'Essonne
- Sylvain Barbier Sainte Marie, vice-procureur, chef du parquet des mineurs de Paris
- Ladja Chopineaux, principale du collège Oeben, Paris 12^{ème}.
- Jon Cook, anthropologue médical
- Édouard Durand, juge des enfants, coordonnateur de formation à l'École nationale de la Magistrature
- Philippe Duverger, professeur de pédopsychiatrie, CHU d'Angers
- Céline Greco, médecin généraliste, chef de clinique (Necker-Enfants malades)
- Jean-François Kerr, directeur de la Prévention et de la Protection de l'enfance, Conseil Général de l'Essonne
- Josiane Loizeau, principale du collège Claude Monet à Ezy sur Eure (participation au comité à partir du 10-04-2014)
- Chantal Pittion-Rossillon, assistante sociale, Conseillère technique responsable départementale (Rectorat de Versailles)
- Fabienne Quiriau, directrice de la CNAPE (Convention nationale des associations de protection de l'enfance)
- Caroline Rey Salmon, pédiatre, médecin légiste, chef de l'Unité médico-judiciaire de Paris
- Claude Rougeron, médecin généraliste, Anet (Eure et Loir)
- Daniel Rousseau, pédopsychiatre, Foyer de l'enfance, Angers
- Françoise Sarny, assistante sociale, Conseil général du Val de Marne, enseignante.
- Anne Tursz, pédiatre, épidémiologiste, directeur de recherche émérite à l'Inserm
- Nathalie Vabres, pédiatre, Unité d'accueil médico-judiciaire du CHU de Nantes

Annexe 2

Personnalités compétentes auditionnées dans le cadre du Comité de suivi du Colloque national sur les violences faites aux enfants

Nom	Qualité, profession	Thèmes prioritaires *
Dominique Attias	Avocat d'enfant	6
Philippe Bas	Sénateur, auteur de la loi réformant la protection de l'enfance du 5 mars 2007	1
Brigitte Bouquet	Professeur émérite, Chaire de travail soc et intervention sociale	4
Corinne Chanal	Sage-femme	5
Pierre-Louis Druais	Président du collège de médecine générale	4
Romain Dugravier	Pédopsychiatre	5 & 7
Anne Dupuy	Vice-présidente, chargée du service du JAF parisien	1
Alain Grevot	Conseiller auprès de l'ODAS en matière de protection de l'enfance	2
Gilles Lévy	Gynécologue médical	5
Hélène Marquié-Dubié	maître de conférences en psychologie, IUFM de Perpignan	4
Marie-Paule Martin-Blachais	Pédiatre, directrice du GIPED	8
Françoise Molénat	Pédopsychiatre	5
Joëlle Nicoletta	Reponsable de la CRIP des Côtes d'Armor	3
Anne Oui	Chargée de mission à l'ONED	8
Georges Picherot	Pédiatre hospitalier	6
Françoise Rosenblatt	Infirmière, Directrice d'Allo Parents Bébé	5
Barbara Tisseron	Pédiatre en UMJ	6
Amina Yamgnane	Gynécologue-obstétricienne	5

*Thèmes prioritaires traités

- 1 : Autorité parentale ; Droits de l'enfant**
- 2 : Comparaisons internationale**
- 3 : Évaluation du danger**
- 4 : Formation et signalement (IP et signalement judiciaire des divers professionnels)**
- 5 : Prévention précoce ; Périnatalité**
- 6 : Recueil de la parole de l'enfant**
- 7 : Maltraitements et anomalies cérébrales**
- 8 : Observation de la Protection de l'enfance**

Annexe 3

Programme du Colloque national sur les violences faites aux enfants

Paris, Sénat, le 14 juin 2013

Animation de la journée par Claire Hédon, journaliste à RFI et Fabrice Drouelle, journaliste à France Inter

8h00 : Accueil

9h00 : Introduction

André Vallini, sénateur, président du Conseil général de l'Isère
Valérie Trierweiler
André Syrota, président directeur général de l'Inserm
Christiane Taubira, Garde des Sceaux, ministre de la Justice

9h30 : Rappels sur la loi de mars 2007 réformant la protection de l'enfance par Philippe Bas, ancien ministre de la famille

9h45 : Idées reçues et faits démontrés. Définition et chiffres par Anne Tursz (pédiatre, épidémiologiste, directeur de recherche à l'Inserm) et Daniel Rousseau (pédopsychiatre, intervenant dans un foyer de l'enfance à Angers)

10h15 : Témoignage de Céline Raphaël, interne de médecine générale et auteur de « La démesure »

10h30 : Enfance maltraitée. Mieux cerner le phénomène pour améliorer le repérage, condition d'une meilleure prévention et protection par Gilles Séraphin, sociologue, directeur de l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED)

11h00 : TABLE RONDE 1 - Le repérage

Président : Philippe Duverger (pédopsychiatre)

Intervenants

- Nathalie Vabres et Georges Picherot (pédiatres) : Dépistage de la maltraitance : l'expérience du service de pédiatrie de Nantes
- Geneviève Gautron (chef d'établissement) : Le repérage, dans le cadre scolaire, des violences faites aux enfants
- Évelyne Cluzel (infirmière scolaire) : Le repérage de la violence dans le cadre scolaire
- Françoise Molénat (pédopsychiatre) : Prévention de la maltraitance : le rôle des maternités
- Claude Rougeron (médecin généraliste) : Le repérage dans le cabinet du médecin généraliste

12h30 : déjeuner libre

14h : Ouverture des débats de l'après-midi

- Najat Vallaud-Belkacem, ministre des Droits des femmes, porte-parole du Gouvernement
- Vincent Peillon, ministre de l'Éducation nationale

14h15 : TABLE RONDE 2 - La transmission d'information préoccupante (IP), le signalement

Président : Gérard Lopez (psychiatre)

Intervenants

- Caroline Rey (pédiatre, médecin légiste) : Faut-il signaler ? A qui signaler ? Quand signaler ? Quelles spécificités du signalement par les médecins ? Le point de vue du médecin légiste
- Sylvain Barbier Sainte Marie (Vice procureur, chef du parquet des mineurs de Paris) : Faut-il signaler ? A qui signaler ? Quand signaler ? Quelles spécificités du signalement par les médecins ? Le point de vue du magistrat
- Catherine Pizot, Corinne Serve, Evelyne Banguid (CG Isère/CREAI Rhône-Alpes): la transmission de l'IP
- Gisèle Apter (pédopsychiatre) : Les prises en charges en période périnatale
- Commandant de police Marie José Laridan (brigade des mineurs de Paris) : le rôle de la brigade des mineurs après le signalement

15h45 : TABLE RONDE 3 - Le suivi des enfants pris en charge

Président : Fabienne Quiriau (directrice de la CNAPE, Convention Nationale des Associations de Protection de l'Enfant)

Intervenants

- Daniel Rousseau (pédopsychiatre) : Premiers résultats de l'Enquête « Saint-Ex » (Etude longitudinale menée à la Pouponnière Saint-Exupéry d'Angers)
- Guillaume Bronsard (pédopsychiatre) : Les troubles mentaux chez les adolescents placés en foyer
- Thierry Baranger (président du Tribunal pour Enfants de Paris) : Le suivi et la prise en charge des mineurs placés
- Dominique Attias (avocate pour enfants) : Le rôle de l'avocat dans le suivi des enfants placés
- Nadège Séverac (sociologue) : Suivi et prise en charge : la douloureuse question des attaches des enfants et des jeunes placés
- Karen Sadlier (psychologue à l'Institut de victimologie) : La psychothérapie de l'enfant maltraité. Pour la spécialisation du soin

17h15: Exposés de clôture

- Marie Derain, défenseure des enfants
- Dominique Bertinotti, Ministre déléguée auprès de la ministre des Affaires sociales et de la Santé, chargée de la Famille

Adresse Internet du Colloque national sur les violences faites aux enfants :

<http://maltraitancedesenfantsgrandcausenationale2014.wordpress.com/>

Annexe 4

Définition, fréquence et coût de la maltraitance Idées reçues et faits démontrés Anne Tursz¹, Daniel Rousseau²

(Entretien avec Fabrice Drouelle)

Définir la maltraitance ?

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

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

- Les définitions établies par l'ODAS³ (enfant maltraité, enfant en risque, enfant en danger) : on n'y reviendra pas, elles sont connues de tous ici et restent d'actualité ;
- Doit-on définir les faits de maltraitance par rapport à une possible infraction pénale ? En France, tuer son enfant est interdit, le violer ou lui imposer des attouchements sexuels l'est également, lui casser la jambe ou l'ébouillanter aussi (si toutefois on a pu faire la preuve que l'événement n'était pas accidentel), mais il n'est pas interdit par la loi de lui dire quotidiennement « tu es une nullité, tu ne feras jamais rien dans la vie, tes frères et sœurs sont bien mieux que toi... ». Pourtant des études menées dans d'autres pays ont montré le caractère destructurant des humiliations répétées. Les enfants qui en sont victimes deviennent souvent des adultes incapables de socialisation, ne pouvant s'insérer professionnellement ni nouer des relations amoureuses stables, à la santé physique et mentale chancelante. La littérature montre aussi la gravité des négligences et carences affectives isolées (sans maltraitance physique).

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

Bien sûr tout parent a un jour, excédé, donné une gifle ou dit quelque chose de trop blessant et n'est pas pour autant un parent maltraitant. Ce qui constitue la maltraitance c'est la répétition,

¹ Pédiatre, épidémiologiste, Directeur de recherche émérite à l'Inserm

² Pédopsychiatre, intervenant dans un foyer de l'enfance à Angers.

³ Observatoire de l'action sociale décentralisée

la systématisation de la brutalité érigée en système pédagogique et le caractère excessif des actes par rapport à l'âge et aux capacités de l'enfant (on ne gifle pas un bébé), par rapport aux circonstances (on n'humilie pas un enfant en public). On est ici aux frontières bien ténues, voire inexistantes, de la maltraitance et de la « violence éducative ordinaire ».

Connaît-on la fréquence de la maltraitance et est-elle sous-estimée en France ?

Les chiffres les plus récents dont on dispose sont indiqués ci-dessous :

- ***Les chiffres bruts***

- ODAS (2006) : 98 000 enfants de moins de 21 ans en danger, dont 19 000 enfants maltraités
- ONED⁴ (2013): 273 000 enfants de moins de 18 ans bénéficiaient d'au moins une mesure au 31-12-2010
- ONDRP⁴ : les « mauvais traitements et abandons d'enfants de moins de 15 ans » étaient au nombre de 6 038 en 1996, 14 485 en 2007 et 17 889 en 2011

- ***Les taux***

- ODAS (enfants en danger, 2006) : 2,7 à 11,8 p 1 000 (selon les départements)
- ONED (enfants bénéficiaires d'une mesure en 2010 : 1,9 p 100 de la tranche d'âge des 0-18 ans

- ***Pour mémoire : en moyenne 10% des enfants sont maltraités ou négligés dans les pays à haut niveau de revenus, selon des études publiées par le Lancet en 2009⁵.***

L'analyse de ces quelques données révèle d'emblée la variété des chiffres, rapportés à des tranches d'âge différentes et recueillis selon des unités de mesure diverses (plainte pour la police et la gendarmerie, signalement pour l'ODAS, mesure de protection pour l'ASE/ONED). Ces chiffres ne se recoupent pas et sont tous sûrement sous-estimés : taux de 3 pour 1000 à 2 pour 100 selon les sources, peu réalistes si on les compare au taux moyen de 10 % des études publiées par le Lancet (qui s'intéressent aux enfants en danger).

Si la sous-estimation de la maltraitance en général est hautement probable, on a pour la maltraitance mortelle des preuves scientifiques argumentées, particulièrement en ce qui concerne les homicides de nourrissons de moins de 1 an (infanticides) grâce à la recherche menée par l'unité 750 de l'Inserm^{6, 7, 8}.

Cette enquête sur les « morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an » a été menée auprès de l'ensemble des services sanitaires (centres de référence de la MSN, services hospitaliers) et des tribunaux de tous les départements de trois régions: Bretagne, Île-de-France, Nord-Pas-

⁴ ONED : Observatoire national de l'enfance en danger

ONDRP : Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales

⁵ Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Child Maltreatment 1. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. 2009; 3;373(9657): 68-81.

⁶ Tursz A. Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France. Paris, 2010. Seuil.

⁷ Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P, Beauté J. Étude épidémiologique des morts suspectes de nourrissons en France: quelle est la part des homicides? Bull Epidemiol Hebd. 2008 ; 3-4 : 25-28. <http://www.invs.sante.fr/BEH>

⁸ Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P, Cook J. Underascertainment of child abuse fatalities in France: retrospective analysis of judicial data to assess underreporting of infant homicides in mortality statistics. Child Abuse and Neglect 2010; 34: 534-544.

de-Calais, avec l'accord du Ministère de la Justice, sur une période de 5 ans (1996-2000). Les données de ces 2 sources (cas d'enfants décédés avant 1 an et transportés en milieu hospitalier pour investigations scientifiques, ou dont le décès a fait l'objet d'une saisine du procureur) ont été recoupées avec celles du CépiDc/Inserm⁹ (avec l'accord de la CNIL).

L'analyse des cas hospitaliers a permis de noter que, pendant les 5 années considérées par la recherche, l'enquête retrouvait 15 fois plus d'infanticides que ceux recensés dans les statistiques officielles de mortalité (CépiDc). Au niveau national, on a calculé un nombre moyen par an d'infanticides officiellement recensés, soit 17 cas/an en 1996-2000 et la correction à partir de l'enquête hospitalière de l'Inserm amène à un chiffre de **255 infanticides/an.**

Certains argueront que la maltraitance non mortelle ne peut pas être assimilée à la maltraitance mortelle. En fait elles sont de même nature : l'homicide n'est pas une forme extrême de maltraitance, c'est une maltraitance qui tourne mal. Quand on compare les parents maltraitants et ceux auteurs de filicides, on retrouve bien des caractéristiques communes. Les facteurs de risque sont les mêmes, on y reviendra. Un enfant chroniquement battu passe subitement du statut de victime de maltraitance à celui de victime d'un homicide ; ce fut le cas pour Marina¹⁰.

Le tableau 1 montre tout d'abord que les chiffres d'homicides pour la même tranche d'âge (0-14 ans) de la police et du CépiDc ne se recourent jamais (les seconds étant toujours largement inférieurs aux premiers). De plus, si on applique le correctif de 15 de l'enquête sur les morts suspectes de nourrissons aux homicides des moins de 15 ans, tels que recensés par le CépiDc à partir du codage des certificats de décès, on aboutit à ce chiffre qu'on entend partout : 1 à 2 enfants meurent chaque jour de maltraitance ou négligence. Il s'agit d'une extrapolation, mais pas vraiment hasardeuse. Le chiffre de 255, obtenu pour les moins de 1 an, l'a été de façon rigoureuse et on sait que c'est une estimation minimale (on ignore tout notamment des causes réelles de décès des enfants « retrouvés » morts chez eux et laissés sur place après dialogue entre la famille et le médecin). Si appliquer le même correctif de 15 aux enfants plus âgés est sans doute délicat (il est plus difficile de dissimuler l'homicide d'un grand enfant), on sait néanmoins, à partir de la littérature internationale, qu'il y a aussi un nombre (inconnu) d'homicides déguisés en accidents ou morts naturelles.

⁹ Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès – Inserm. <http://www.cepidc.inserm.fr/site4/>

¹⁰ Compte-rendu de la mission confiée par le Défenseur des droits et son adjointe, la Défenseure des enfants, à A. Grevot, Délégué thématique, sur « L'histoire de Marina », 30 juin 2014.

**Tableau 1 : Nombre d’homicides d’enfants de moins de 15 ans selon diverses sources
(France – années 2002-2011)**

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

Les causes de la sous-estimation :

Elles sont multiples, interviennent à toutes les étapes du processus qui va du repérage au signalement éventuel. Elles seront donc largement décrites au cours des tables rondes de cette journée. Citons brièvement le non repérage par manque de formation sur la séméiologie de la maltraitance chez l’enfant et surtout le très jeune enfant (par tous les professionnels), l’insuffisance des investigations médicales, sociales et psychologiques, les diagnostics erronés (de causes accidentelles principalement), la non révélation des soupçons (pas d’IP¹¹ ou de signalement).

Une mention particulière doit être faite en ce qui concerne les médecins et elle sera faite au cours de cette journée. En effet, si l’école voit tous les enfants à partir de l’âge de 2 ans ½-3 ans, le système de santé les prend en charge dès la naissance, au titre de la prévention (vaccinations, surveillance du développement psychomoteur et de la croissance) ; tous les médecins sont concernés (médecins de PMI, hospitaliers, pédiatres et généralistes libéraux). Par ailleurs tous les enfants maltraités passent un jour ou l’autre par le système de santé (notamment le cabinet du généraliste et les urgences hospitalières). Il y a de nombreux écrits concernant l’attitude du corps médical face à la maltraitance, notant notamment leur « aversion de voir » la réalité et leur incapacité à signaler dans leur propre classe sociale.

¹¹ IP : information préoccupante (transmise au président du conseil général)

Quels sont les principaux facteurs de risques et les idées reçues concernant l'enfance maltraitée ?

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

« Les enfants détectés comme victimes de mauvais traitements appartiennent à des familles que leur niveau socio-économique et leur situation familiale font classer soit parmi les groupes défavorisés, soit parmi les “marginiaux” ou les “inadaptés”. A cette réalité, on peut fournir plusieurs explications : 1) ... l'insuffisance des ressources, les maladies chroniques mal soignées, les accidents invalidants, le chômage, le logement surpeuplé, la transplantation, le déracinement, l'isolement ... engendrent des frustrations ou des tensions abaissant le seuil de tolérance à l'enfant ; 2) ... l'instabilité des relations conjugales avec enfants de plusieurs lits, par la multiplication des hospitalisations et des placements... ; 3) mais la prépondérance apparente de ces familles défavorisées s'explique aussi parce qu'elles sont beaucoup plus exposées que les autres au contrôle et à la surveillance des services médico-sociaux »¹². Ici est donc abordée la question centrale du véritable cercle vicieux créé par le fait que, par définition, les travailleurs sociaux n'entrent jamais dans les logements des classes aisées.

Aux États-unis, la question des liens entre pauvreté et maltraitance s'est cristallisée autour de la thématique de « l'ethnicité ». Dans ce pays, la plupart des études démontrent que les mauvais traitements sont largement plus fréquents chez les Noirs, Non-Blancs ou Africains-Américains (dénominations variables selon les études). Une étude publiée dans le prestigieux *JAMA (Journal of the American Medical Association)* s'est penchée sur la répartition, selon l'ethnicité, des efforts développés pour diagnostiquer une maltraitance¹³. Elle a porté sur près de 400 enfants atteints de fractures et hospitalisés dans un hôpital universitaire de Philadelphie et a montré que les enfants « non-blancs » ont une probabilité plus élevée, par rapport aux enfants blancs, de subir des examens radiologiques très détaillés à la recherche de lésions évocatrices de maltraitance et de faire l'objet d'un signalement aux services de protection de l'enfance.

En fait les facteurs psycho-affectifs prédominent largement sur les facteurs socio-économiques. La maltraitance traverse toutes les classes sociales et il s'agit essentiellement d'une pathologie de l'attachement qui doit normalement s'instaurer entre l'enfant et ses parents dès la naissance. La présence de la maltraitance dans toutes les classes sociales a été montrée pour deux problèmes pour lesquels on dispose de données solides (les violences conjugales ; le syndrome du bébé secoué [SBS]). Dans l'enquête de l'unité 750 de l'Inserm, on a comparé des auteurs de secouement, pour leur catégorie socio-professionnelle, à la population générale, dont ils étaient issus (données du recensement de l'Insee) et on n'a constaté aucune différence entre les deux populations : même pourcentage de cadres supérieurs, d'employés, d'ouvriers⁵.... Dans cette même population de bébés secoués, 22 % étaient nés prématurément alors que le taux de prématurés sur l'ensemble des naissances en France était alors de 7,2%. La prématurité est un des principaux facteurs de risque de la maltraitance par les hospitalisations néo-natales qu'elle induit et l'éventuelle blessure narcissique des parents. Elle fait partie des grandes causes de difficulté d'attachement.

¹² Manciaux M, Lebovici S, Jeanneret O, Sand AE, Tomkiewicz S. L'enfant et sa santé. Aspects épidémiologiques, biologiques, psychologiques, et sociaux. Paris, 1987, Éditions Doin.

¹³ Lane WG, Rubin DM, Monteith R, Christian CW. Racial differences in the evaluation of pediatric fractures for physical abuse. *JAMA* 2002; 288: 1603-1609.

La méconnaissance des facteurs de risque de la maltraitance perdure dans le corps médical et notamment chez les jeunes médecins comme l'attestent plusieurs thèses de médecine récentes, dont une porte sur les connaissances des internes de médecine générale¹⁴. Leurs réponses, à la question : quelles sont selon vous les causes de la maltraitance, sont éloquentes. La précarité ou le bas niveau de revenus sont cités par 58 % des répondants, la prématurité par 3 %. En revanche le rôle des antécédents de maltraitance dans la propre enfance des parents auteurs n'est pas méconnu puisqu'ils sont cités par 57 % des répondants. La notion de transmission transgénérationnelle de la violence semble donc relativement bien assimilée.

Quelles sont les conséquences à long terme pour un enfant maltraité : quel adulte devient-il ?

Parmi les idées reçues : « on finit par s'en sortir », voire « les séquelles sont rares ». Le lundi 3 décembre 2012 on a pu entendre sur France 5 : « *L'immense majorité des enfants « abusés » vont bien ! ... à distance après le sévice... ils ont bien sûr des craintes un peu précises, mais elles vont bien dans leur vie amoureuse, sexuelle, personnelle, professionnelle... donc, en quelques sortes, un abus ne peut pas entraîner un tel dégât sauf si la vulnérabilité et la fragilité du sujet vient faire que l'abus renforce cette pathologie d'organisation* ». Il était là question des violences sexuelles et sur ce sujet une revue de la littérature par une équipe canadienne indique que les victimes de ce type de violences ont des séquelles dans 56 à 80 % des cas¹⁵.

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

Quelle est la situation française par rapport à celles de pays comparables, pays développés, en Europe et ailleurs ?

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

¹⁴ Greco C. Repérage et prise en charge de la maltraitance faite aux enfants par les internes de médecine générale. Thèse de médecine soutenue le septembre 2013. Faculté de médecine Paris Sud.

¹⁵ Dufour MH, Nadeau L, Bertrand K. Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel : état de la question. *Child Abuse Negl.* 2000;24(6):781-97. Review.

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

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

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

Interview de Daniel Rousseau¹⁶

Une première idée reçue est peut-être que la maltraitance est un phénomène marginal et touche peu d'enfants ?

Anne Tursz a abordé cette question en termes d'épidémiologie ; on peut aussi essayer d'y répondre sous un angle démographique, celui du nombre d'enfants suivis par l'Aide Sociale à l'Enfance. Si l'on se réfère aux chiffres officiels fournis par les départements, du moins les derniers produits en 2007, et qu'on rassemble l'Oned, globalement, au 31 décembre de chaque année, il y a 300 000 enfants suivis par les services sociaux dont 150 000 sont placés, pour moitié en famille d'accueil, et pour l'autre moitié en établissement. Ces chiffres se limitent aux cas connus et pris en charge. Ceux qui passent au travers des mailles du filet ne sont pas comptabilisés. Ces chiffres dénombrent les mesures de protection en cours, c'est-à-dire les places occupées et les enfants suivis à domicile à un temps T. Ils ne sont pas représentatifs du nombre d'enfants d'une génération qui ont bénéficié d'une mesure de protection, qui ne peut

¹⁶ En préambule quelques informations sur les foyers de l'enfance. Un foyer de l'enfance est un lieu d'accueil d'urgence des enfants placés, le plus souvent à la demande de la justice et pour une faible part à la demande de leurs parents. Ce sont des structures financées par les Conseils Généraux. Celui d'Angers comporte 107 places et a cette particularité d'articuler un internat, des familles d'accueil et un mode de suivi ambulatoire appelé « placement éducatif à domicile » et destiné à des enfants qui sont supposés pouvoir être restitués à leurs parents. A l'opposé on peut aussi accompagner des parents dans une démarche vers l'abandon et l'adoption. Mais la majorité des enfants sont orientés à la sortie en famille d'accueil ou en établissement. A son admission, on ne peut pas préjuger de ce que sera l'orientation de cet enfant à la sortie. Il est donc nécessaire de savoir se projeter dans un éventail de possibles allant de l'adoption à une restitution à ses parents en passant par d'autres solutions qui peuvent être une famille d'accueil ou un établissement éducatif à caractère social. C'est tout le challenge de la mission du foyer, d'être capable de concevoir ces différentes solutions et d'accompagner l'enfant et ses parents dans ce parcours. Une particularité du foyer de l'Enfance d'Angers est la présence d'une véritable équipe technique pluridisciplinaire, comportant des infirmières, puéricultrices, psychologues, médecins généralistes, un pédiatre et même un pédopsychiatre, ce qui est une rareté en France. Le foyer d'Angers est d'ailleurs accrédité comme lieu de stage validant pour les jeunes médecins, ce qui est unique. On y a mené plusieurs campagnes de recherche scientifique, publié livres et articles. C'est une structure très dynamique, qui pense, qui cherche et qui innove, et c'est passionnant d'y travailler.

s'évaluer que par un comptage individuel. En effet certains enfants ont pu entrer puis sortir dans l'année et on ne connaît pas la durée moyenne des parcours.

Avant de lancer une enquête longitudinale sur vingt ans pour une cohorte de 129 enfants placés avant l'âge de quatre ans (actuellement en cours), il fallait disposer de projections démographiques (pour estimer le pourcentage probable des perdus de vue). L'étude préalable des trajectoires individuelles, sur une période de 12 ans, de 5 614 enfants placés, et l'analyse menée en collaboration avec des mathématiciens et des démographes on conduit à estimer que, au niveau national, c'est un million d'enfants sur les 14,5 millions d'une génération (0-18 ans) qui bénéficie ou a bénéficié dans leur enfance d'un suivi ASE dont 500 000 ont été placés au moins une fois. 5 000 enfants de moins de quatre seraient ainsi placés chaque année.

Ce chiffre qui correspond à environ 25 000 nouveaux placements par an tous âges confondus est d'ailleurs congruent avec les chiffres de l'ODAS (2006) : 19 000 enfants reconnus maltraités par an et ceux de l'ONDRP (2011) : 17 889 cas de « mauvais traitements et abandons d'enfants de moins de 15 ans ». Anne Tursz a rappelé que selon une étude publiée dans le Lancet (2009) 10% des enfants seraient maltraités dans les pays à haut niveau de revenus.

On a pu constater que dans la cohorte d'Angers, les enfants avaient une très longue durée de parcours à l'ASE puisque 80% d'entre eux sont encore présents à 17 ans. Ce chiffre s'est depuis avéré cohérent avec celui de l'étude récente (2013) de l'Ined portant sur 809 enfants nés une même année de la décennie 1980 et ayant été placés au moins une fois (75% encore présents à 17 ans)¹⁷.

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

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

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

La Cour des Comptes avait chiffré en 2008 le coût annuel de la protection de l'enfance à 6,6 milliards d'euros en y intégrant le budget de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (ce qui équivaut à la somme allouée à la construction du TGV Est). Mais c'était sans compter les budgets de l'éducation spécialisée (enfants en IME, IMP, IMPRO) ni les coûts de santé, ces enfants ayant des besoins massifs en soins psychologiques et pédopsychiatriques. Ces enfants sont en effet sur-représentés dans les files actives des services de pédopsychiatrie. Maurice Berger¹⁸ avait été amené à limiter les hospitalisations dans son service afin de ne pas être totalement submergé par les enfants de l'ASE. Il avait aussi chiffré le traitement ambulatoire sur plusieurs années en service de pédopsychiatrie de certains enfants très malades, violents entre autres, à 500 000 euros. Dans le Maine et Loire 50% des journées d'hospitalisation temps plein en pédopsychiatrie sont consommées par des enfants de l'ASE. Il existe par ailleurs une porosité méconnue entre deux catégories d'enfants : ceux pris en charge au titre de la protection de l'enfance et ceux pris en charge au titre du handicap par les MDPH et en

¹⁷ Fréchon I., Robette N. « Les trajectoires de prise en charge par l'aide sociale à l'enfance de jeunes ayant vécu un placement », Revue Française des Affaires Sociales, 2013, 1-2 : 122-143. ([Cairn](#))

¹⁸ Chef de service de pédopsychiatrie au CHU de Saint-Étienne

établissements médico-sociaux. Il restera toujours un angle mort dans cette évaluation car il est difficile d'estimer le nombre d'enfants accueillis en établissements médico-sociaux, IME, IMP, SESSAD, IMPRO, du fait de difficultés socio-familiales et de maltraitance sans pour autant avoir bénéficié d'une mesure ASE.

Il est donc probable qu'on approche aujourd'hui les dix milliards d'euros, tous postes confondus (prise charge ASE, éducation spécialisée, soins pédopsychiatriques, Protection Judiciaire de la Jeunesse) mais personne n'en parle jamais. C'est la moitié du coût de la dépendance des personnes âgées, vingt milliards d'euros, ce dont, par contre, on parle beaucoup.

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

Annexe 5

L'entretien prénatal précoce : objectifs, avancées, obstacles et dérives. État des lieux qualitatif des pratiques depuis le lancement du Plan Périnatalité 2005-2007

Françoise Molénat, pédopsychiatre

(Association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement)

In Livre des Journées du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, décembre 2013 (<http://www.cngof-congres.fr/cngof#sthash.452ankju.dpuf>)

L'assurance-maladie propose en 2005 le financement d'un temps d'échange supplémentaire avec les futurs parents, vers le 4^{ème} mois, afin de mieux ajuster le suivi global élaboré avec chaque femme enceinte selon ses besoins spécifiques. Des postes de sages-femmes sont créés à cet effet. L'ensemble du monde obstétrical aurait pu s'en réjouir, dans une période où tous se plaignent du manque de disponibilité. Il n'en fut rien... à part quelques convaincus. Perplexité, gêne, réactions négatives ont accompagné les débuts de mise en place. Derrière la simplicité des objectifs – améliorer grâce à un dialogue élargi la sécurité globale de la femme enceinte, et de l'enfant par voie de conséquence – les questions fusaient.

Un pavé dans la mare

Pouvions-nous faire l'économie de ce tâtonnement ? Avec le recul, on peut se féliciter d'une certaine lenteur dans la mise en place de l'entretien. Les conditions d'efficacité n'y étaient pas mais se dévoileront progressivement, au fur et à mesure que l'écoute des futurs parents aidera à la prise de conscience : une nécessaire évolution des pratiques interdisciplinaires s'impose, tant dans le monde « psy » que médical et social.

Rappelons quelques réactions parmi d'autres, encore d'actualité, qui permettent d'ajuster au fil des années l'utilisation progressive de l'EPP, et surtout son efficacité.

Pourquoi des sages-femmes ?

Rien n'empêche qu'il soit pratiqué par un médecin s'il a les moyens de coordonner les interventions éventuelles et d'activer le réseau de proximité avant le retour au domicile.

Mais nous écoutons les femmes !

Bien sûr, sauf qu'elles ne parlent pas de ce qui peut à leurs yeux déranger, ternir l'image que l'on a d'elle, entraîner un jugement, ou simplement, pensent-elles, sortir le médecin de son exercice habituel tel qu'elles l'imaginent.

Pourquoi pas une psychologue ou une assistante sociale ?

Il s'agit d'intégrer dans le suivi obstétrical, avec les collaborations nécessaires, toutes les composantes de la naissance et sortir d'un cloisonnement délétère.

Pourquoi si tôt ?

Afin d'optimiser le suivi global selon chaque cas, et anticiper les étapes charnières jusqu'au retour à domicile. Il faut du temps dans les situations complexes.

Pourquoi pas un questionnaire ?

Il s'agit de donner la parole aux parents, qu'ils puissent poser leurs questions, se sentir écoutés, faire confiance, être partenaires d'un projet qui les concerne au premier chef.

Trop compliqué à organiser, pas le temps.

Le temps passé là se retrouvera dans une meilleure gestion tant pour les couples que pour les professionnels, et améliorera la communication, diminuant le stress de tous. Mais en effet la réorganisation des disciplines concernées n'est pas simple.

Et si des problèmes sortent ?

Tant mieux, on pourra les accompagner à condition d'organiser les collaborations. Sinon ils risquent d'exploser face au nourrisson dans l'isolement du retour à domicile, et dans l'ignorance fréquente des acteurs de l'anténatal qui ne reçoivent pas le retour d'information. La genèse des dépressions du post-partum ou de situations de maltraitance révélées plus tard le confirmera.

Les sages-femmes ne sont pas formées.

Formons-nous à travailler ensemble et à nous soutenir mutuellement, afin que l'entretien prenne sens pour l'ensemble des professionnels. La meilleure formation est de connaître les besoins de tous les intervenants impliqués autour d'une famille, par des discussions ensemble autour des situations cliniques.

Et la confidentialité ?

La même règle s'applique pour tout soignant. L'objectif est que chaque professionnel soit à l'aise dans sa place, ne reçoive pas d'information inutile pour son exercice propre, et que la transmission ait du sens pour la femme (le couple). Ce dernier point nécessitera parfois d'expliquer clairement aux futurs parents les besoins des professionnels pour garantir leur sécurité selon ce qu'ils auront confié.

Il faut tout transmettre ou ne rien dire ?

Réfléchir sur ce qui peut se partager concernant le champ émotionnel exige une bonne connaissance des étapes à franchir, des besoins de chaque professionnel dans la succession des étapes. Offrir aux parents une lisibilité de notre préoccupation collective doit rejoindre leur souhait profond que l'enfant naisse et se développe dans les meilleures conditions possibles. C'est plus aisé au moment où les parents sont entourés grâce au suivi médical, lequel va tenter de se mouler sur ce qu'ils expriment, en restant dans le présent des rencontres proposées.

Les sages-femmes vont se transformer en psychothérapeutes !

Ce n'est pas un entretien psychologique mais un entretien médical. La collaboration dans certains cas avec un spécialiste du psychisme doit s'organiser afin et à condition que chacun reste à sa place. En effet, le risque existe d'un glissement, si le soignant n'a pas suffisamment confiance dans ses qualités d'empathie comme facteur essentiel de sécurité, et/ou n'est pas assuré de ne pas rester seul face à un débordement émotionnel.

On va chercher les problèmes alors que tout se passait bien.

C'est vrai parfois, mis à part que dans ce cas le malaise était là mais ne se disait pas. Le sentiment de sécurité du médecin se situe parfois loin de celui des futurs parents. Le monde obstétrical n'ayant pas de retour sur l'évolution de la famille, ignore les difficultés ultérieures qui n'ont pu se déceler dans la consultation classique. Le médecin peut éprouver un choc en apprenant des éléments de vulnérabilité chez une patiente qu'il connaissait depuis longtemps, mais qui n'avait rien dit.

Impossible de trouver un psychiatre lorsqu'on en a besoin, qui vienne nous aider ou donner son avis.

C'est vrai en de nombreux endroits, la discipline « psy » se trouve elle-même interpellée et bousculée dans ses habitudes. Tant qu'on n'a pas éprouvé l'efficacité thérapeutique d'un travail au coude à coude, l'impact psychologique d'un accueil bienveillant, les besoins de sécurité des équipes médicales dans certains cas, chacun reste sur ses positions classiques. Du fait de cultures longtemps imperméables, le rythme d'intervention et la communication du psychothérapeute avec les partenaires potentiels s'éloignaient de la réalité obstétricale.

Pourquoi ajouter du monde autour d'une femme enceinte ?

Ce « monde » risque d'apparaître plus tard, et en nombre, si les parents n'ont pas été suffisamment entendus. Ceci dans une ignorance mutuelle totale liée à l'écoulement du temps, lorsque surviennent les troubles, et au cloisonnement des services.

Ca va encore morceler !

C'est un risque, si la communication entre professionnels ne se resserre pas. De plus, l'entretien prénatal n'induit pas forcément un suivi haché. Par contre les situations complexes nécessiteront une coordination, et un retour personnalisé au praticien responsable du suivi obstétrical (s'il est différent). Un entretien isolé n'a pas de sens.

Les sages-femmes vont faire ce que nous devrions faire mais n'en avons pas le temps.

La complémentarité doit permettre au contraire au praticien d'élargir sa compréhension globale et de mieux asseoir son suivi, à condition d'une bonne liaison. Mais un changement de culture doit s'opérer et les identités professionnelles sont bousculées.

On ne va pas se décharger !

Est-ce se décharger que de travailler à plusieurs et ainsi enrichir la connaissance d'une situation familiale ? L'ensemble des composantes qui interviendront dans l'avenir de l'enfant échappent bien souvent à une relation duelle.

On va stigmatiser les parents, évaluer leurs compétences !

Il s'agit simplement de les écouter, de nouer leurs objectifs avec ceux des soignants : que leur enfant arrive et se développe dans la meilleure sécurité possible. Et que la naissance reste un moment fondateur, où ils se seront sentis reconnus dans leur dignité de mère et de père – quoiqu'il arrive. Il ne s'agit pas de dépister des risques, mais de recueillir les attentes et besoins singuliers.

C'est bien un entretien psycho-social ?

Cette dénomination est une dérivation. Il s'agit d'un entretien médical intégrant les facteurs de sécurité et d'insécurité.

C'est notre pratique en PMI. Pourquoi un entretien ?

L'objectif n'est pas l'entretien mais ce qu'on en fait. Est-on en mesure d'appeler l'obstétricien, ou le médecin généraliste lorsque le besoin s'en fait sentir ? Le suivi PMI et le suivi hospitalier sont-ils connectés dès le départ ? Sinon, quel message reçoivent les parents à travers l'ignorance mutuelle des intervenants ?

Les femmes qui bénéficient de l'entretien ne sont pas celles qui en auraient le plus besoin.

Cette opportunité est offerte à toutes les femmes enceintes pour faciliter le travail des professionnels dans une meilleure adéquation du suivi proposé. Si les parents dont on aimerait mieux connaître les difficultés éventuelles n'y accèdent pas, c'est peut-être que l'on n'a pas trouvé les mots simples pour leur dire : « vous pouvez rencontrer une sage-femme, afin de poser toutes vos questions, afin que vous soyez en sécurité et que votre enfant arrive dans les meilleures conditions..., ce qui est votre désir et le nôtre ». Mais il est vrai que de nombreux parents ont peur de la rencontre, peur du regard, peur d'être jugés s'ils confient des « problèmes ». Il faut parfois prendre du temps et beaucoup de bienveillance pour les y inciter. Les représentations des professionnels doivent encore évoluer pour trouver les mots qui rejoindront le désir d'une future mère peu confiante en elle-même sans l'inquiéter.

La liste serait longue, mais chaque question fut importante : les remarques ont permis de préciser les contours de l'EPP, quel que soit celui ou celle qui mène l'entretien, mais surtout sur quoi il débouche dans nos pratiques collectives. Et de prendre la mesure de l'écart dans les représentations des uns et des autres, sachant que de multiples professionnels – invisibles jusqu'alors – seront concernés, sans communication entre eux, si un mal-être s'exprime plus tard : trouble du développement chez l'enfant, dépression parentale, conflit conjugal, maltraitance, consultations réitérées aux Urgences pédiatriques sans substrat organique. Sachant que l'isolement est repéré depuis des décennies comme précipitant tous les risques de dysfonctionnement au sein de la famille, évaluer avec les futurs parents la qualité de l'environnement humain et l'étoffer si besoin, ne peut s'organiser au moment de la sortie.

Donner la parole au couple, accepter que leur demande ne puisse pas forcément se réaliser in extenso, mais qu'elle a été entendue, et satisfaite au plus près des réalités actuelles, déjoue les contresens sur les « projets de naissance » rigides. Permettre que ces parents se sentent reconnus dans leur désir, malgré des limites matérielles, reste la condition pour qu'ils puissent plus tard reconnaître les mouvements singuliers de leur enfant mais aussi le préparer aux limites de la réalité.

Au-delà du bon sens, force est de reconnaître la nécessité d'un tournant radical dans la culture de toutes les disciplines dans leur divers modes d'exercice, si l'on ne se contente plus d'attendre les problèmes que nos outils pointus s'efforceront d'atténuer – à quel prix et dans quelles limites d'efficacité ! La réflexion concerne les mondes somatique, social, psychologique et psychiatrique.

Un révélateur éprouvant de nos limites collectives

La plupart des réticences exprimées par ceux qui doivent proposer l'entretien prénatal précoce étaient fondées. Nous n'y étions pas préparés, disent certains. Mais comment se préparer à ce qui n'existe pas ? Comment voir l'invisible dans nos pratiques cloisonnées : méconnaissance mutuelle, divergences d'avis, discontinuités, décalages, perte du fil des émotions des femmes enceintes, pères transparents.... Au final, désarroi d'un certain nombre de professionnels désarmés face aux situations complexes.

L'analyse des difficultés s'avèrera féconde et confirmera les objectifs rédigés dans le Plan périnatalité. Elles surgissent dans tous les champs d'exercice, quelle que soit la discipline. Les conditions d'efficacité se dégagent des expériences satisfaisantes, mais aussi du décryptage des dérives.

Un exercice trop souvent solitaire, sans retour aux acteurs déjà en place

Malgré les efforts de certains Réseaux périnataux dans la mise au point de supports de transmission, on mesure un premier contresens : l'entretien serait un objectif en soi, et non le début d'une mise en cohérence et en continuité des différentes étapes. A l'extrême, certaines sages-femmes ne voient pas pourquoi elles se relieraient au médecin qui suit la grossesse. Cette attitude renforce les craintes préexistantes et fait vibrer les enjeux de corporation, la peur de « perdre sa patiente » pointant logiquement dans l'organisation actuelle.

Un autre motif intervient : de nombreuses sages-femmes redoutaient – ceci évolue depuis peu – d'appeler un médecin de peur d'être mal reçues, et elles l'étaient parfois. Pourtant la liaison personnalisée s'imposerait lorsqu'il faut réfléchir à une orientation ou simplement rapprocher des échographies ou informer d'une peur panique de l'accouchement.

Quant au médecin traitant, il n'existe pour personne : ni l'obstétricien, ni la sage-femme, ni le psychologue ne l'ont dans la tête, alors qu'il peut occuper une place de confiance aux yeux de la femme enceinte et/ou de son conjoint, surtout les plus vulnérables.

Une plainte permanente a couru en cette période de lancement de l'entretien : pourquoi le généraliste, qui souvent déclare la grossesse, n'adresse-t-il pas pour l'entretien ? Ne recevant jamais de retour, on voit mal comment il pourrait en mesurer l'intérêt ! S'y ajoute son isolement et son peu d'accès aux professionnels de la grossesse.

Des orientations trop rapides, sans concertation

Les enquêtes des Réseaux périnataux de ces dernières années ont attiré l'attention. Les questions portaient sur le nombre d'orientations vers un travailleur social, ou une psychologue, mais jamais sur le retour au praticien. Les inconvénients sont multiples :

- l'orientation ne prend pas sens pour la femme (le couple) qui peut se sentir « lâchée » par celui à qui elle s'est confiée, voire dévalorisée ;
- le risque est de ne pas honorer le rendez-vous pris, et de ne plus oser revoir le premier professionnel ;
- la confiance ne se transfère sur un nouvel intervenant que si elle est bien assise avec le premier ;
- autant la rencontre avec un médecin ou une sage-femme s'inscrit dans le positif d'un enfant à venir, et dans une bonne lisibilité, autant l'orientation psychologique ou sociale vient souligner le négatif si elle n'a pas été suffisamment expliquée, avec maintien de la place de celui qui oriente ;
- orienter trop vite, sans prendre l'avis des acteurs déjà en piste, attaque la cohérence des soins.

Par ailleurs, celui ou celle qui suit la grossesse peut ressentir qu'il perd la vision globale et ne peut soutenir lui-même une orientation proposée sans concertation.

Tous ces éléments prennent encore avec plus d'acuité auprès des futures mères ou couples fragiles dans leur image d'eux-mêmes, ou ceux ayant des expériences négatives vis à vis du monde social ou psychologique/psychiatrique.

Enfin, toute nouvelle orientation qui ne prend pas en compte le réseau professionnel de la personne, risque de faire doublon et d'envoyer un message d'incohérence – sans compter les contentieux interprofessionnels subséquents.

L'impact du manque de liaison interprofessionnelle autour d'une même famille

La cohérence des soins via une communication minimale est identifiée par tous les parents entendus après-coup comme le facteur de sécurité majeur : « vous travaillez ensemble ! On n'a pas besoin de répéter ! Vous prenez le temps de vous parler de nous ! ». Ils le décrivent souvent comme une véritable révélation qui modifie l'image qu'ils avaient du monde médical. La cohérence autour d'eux génère chez la femme enceinte une sensation de contenance, de portage dont les ressentis activent chez elle la capacité d'envelopper son enfant alors qu'elle doutait de ses « compétences maternelles ». Les ressentis sont mobilisateurs, contrairement à des conseils plaqués.

Chacun, et particulièrement le praticien référent de la grossesse, doit être au courant de ce qui se passe pour sa « patiente ». Les médecins en témoignent : « Gain de temps, consultations plus légères, lorsqu'on sait que les problèmes sont traités par ailleurs dans une confiance mutuelle ». Les nouvelles techniques de communication (texto, mail anonymisé) y aident. Les parents sont sensibles aux liens autour d'eux à condition d'y être inclus, et informés de l'intérêt d'une communication à un moment donné : ainsi l'opportunité d'un appel téléphonique devant eux dans un moment crucial, par exemple entre la sage-femme et un psychiatre prescripteur ou un médecin-traitant, vaut tous les conseils.

Ces liaisons prendront une importance majeure entre l'intra-hospitalier et les acteurs de proximité, surtout dans les situations de grande vulnérabilité où la perte de confiance peut vibrer à tout moment, du couple envers le système de soins au sens large, parfois des professionnels entre eux. Transférer à une puéricultrice de PMI l'alliance établie en anténatal modifiera de façon notable la qualité des rencontres post-natales, base d'une prévention durable. On pourrait décliner tous les niveaux de communication importants selon les moments, qui permettent d'économiser les temps de réunion, et renforcent la sécurité de chaque intervenant. Ce type de liens ne peut s'improviser, l'entretien permet d'anticiper les besoins particuliers, anticipation qui s'enrichira des autres rencontres suscitées par le suivi médical.

Par contre les informations « négatives » livrées sans précautions du secteur médico-social ou psychiatrique vers l'intra-hospitalier sont bien repérées actuellement comme entravant la qualité d'accompagnement général. Il n'est pas surprenant que la question des transmissions pointe de manière récurrente dans toutes les instances de réflexion. Les règles éthiques et techniques ont pourtant été rédigées dans les référentiels à cet effet, mais resurgissent tant que les professionnels d'exercice différent n'ont pas intégré des manières de *penser ensemble* et de se relier sans débordement d'informations inutiles. La formule « *avoir les autres dans la tête* » recouvre un énorme effort de connaissance mutuelle.

A l'inverse, le manque de communication est la porte ouverte aux divergences d'avis et aux contentieux entre les interlocuteurs de la famille. Chacun garde le poids de l'ensemble et se décourage parfois, ou rassure trop vite faute de réponse adéquate. Le risque surgit alors que la femme enceinte s'attribue le malaise à la lumière des avatars qui l'ont rendue particulièrement

sensible à la place qu'elle occupe dans un environnement humain. On a pu décrypter une véritable « maltraitance institutionnelle » qui s'ignore, réactivant dans le couple un sentiment plus ancien de non protection ou de négligence lié à l'histoire personnelle. A l'inverse, on a pu parler de « chirurgie relationnelle » devant des parents extrêmement blessés dans leur image de soi, pour qui accepter l'aide réactive les angoisses d'abandon. Un ressenti répété de fiabilité de la part des professionnels offre alors l'opportunité d'une *nouvelle expérience de relation*, correctrice des distorsions dans leurs attachements précoces. Les perspectives de prévention deviennent consistantes dans ces conditions.

La perte du fil médical, colonne vertébrale d'une action diversifiée

L'intérêt pour le registre « psycho-social » peut s'avérer contre-productif s'il se traduit par un nouveau clivage entre le suivi obstétrical et les aspects existentiels générateurs de stress. Une prise de conscience s'effectue dans certains staffs dits « psycho-sociaux » ou de « parentalité » lorsque se révèle une absence cruciale de référent médical, le seul repérable par la femme enceinte. Il devient difficile de garder en tête la logique de ce que vit la femme, son conjoint, et le ou les responsables du suivi obstétrical, au moment même où circulent une masse d'informations relevant de l'intime et « polluantes » pour les intervenants lorsqu'elles sont exprimés par des tiers et non par les couples. L'alliance avec des parents vulnérables ne peut s'établir que dans le positif et la continuité du soin « comme toutes les mères » - les résultats obtenus dans les cas d'addiction le démontrèrent de manière magistrale. La notion de *référént* dans une continuité suffisante relève du suivi obstétrical, médecin ou sage-femme, relié aux interventions diversifiées s'il y a lieu. Ceci est d'autant plus vrai que les soins corporels, dans leur dimension de protection et de mieux-être, constituent le premier outil de la sécurité globale, tant somatique qu'émotionnelle. L'impact psychologique est précieux, passant autant par l'infra-verbal que par l'énoncé.

Il s'agit d'organiser le présent grâce à un enrichissement du suivi global coordonné, et non de se polariser par des questions intrusives sur les aspects psychologiques et sociaux qui doivent être traités sans envahir l'ensemble des acteurs de la périnatalité. Quant au passé affectif, les parents en parleront d'autant mieux s'ils en éprouvent le besoin, et que l'on se sera intéressé, dans le présent, à la qualité de l'environnement personnel et professionnel. Aller chercher de manière active les traumatismes du passé risque de les renforcer. Ce constat s'appuie actuellement sur la connaissance neurophysiologique des processus de mémoire.

L'insuffisance de dispositifs de collaboration avec la psychiatrie

Indisponibilité, inaccessibilité, incommunicabilité, conflits internes au monde « psy » grèvent encore lourdement la dynamique des équipes de soins. L'efficacité des dispositifs pilote qui ont vu le jour grâce au Plan Périnatalité s'appuie sur des principes reproductibles et désormais clairs. Si l'on part de l'entretien prénatal, il est indispensable qu'une disponibilité téléphonique se mette en place pour que la rencontre ne se réduise pas à un remplissage de cases.

Les psychologues entrés dans les maternités découvrent une réalité à laquelle leur formation ne les avait guère préparés mais se forment progressivement sur le tas. Les obstétriciens demandent cependant une référence pédopsychiatrique pour la continuité dans la construction des liens familiaux, psychiatrique pour les cas de souffrance psychique maternelle avérée ou suspectée. Les équipes souhaitent être soutenues, avec une présence dans les staffs obstétrico-pédiatriques. Le métissage culturel portant sur les rythmes d'intervention, les langages, la fiabilité se fait doucement.

Quant aux médecins généralistes, le plus souvent impliqués dans les situations de grande vulnérabilité (addictions, psychopathologie, dépression paternelle...), ils se désolent de leur solitude, alors qu'ils jouent un rôle majeur auprès de la famille, fait de confiance et de continuité lorsqu'ils existent. En certains lieux l'habitude se prend d'activer leur place dès l'entretien, ou de l'introduire pour veiller à l'état général de la mère et/ou du père, voire de l'enfant.

Nécessité et insuffisance des fonctions de coordination

Née autour du diagnostic anténatal, puis des problèmes d'addiction avec des résultats remarquables, enfin plus récemment de la psychopathologie maternelle, la fonction émergente de sage-femme coordinatrice s'impose dès que l'intervention se complexifie.

L'impact de cet « outil » sur les indicateurs obstétricaux commence à émerger dans la littérature scientifique, mais dépend encore des politiques locales. Un coordinateur est aussi une personne-ressource pour les professionnels isolés, son rôle paraît évident et économique à court et long terme. Le profil de l'activité doit se codifier pour une reconnaissance plus générale. Le financement d'un tel poste ou temps de travail ne peut relever de la T2A. Pourtant des sages-femmes libérales sensibilisées à cette démarche seraient intéressées mais ne s'y impliquent que par conviction, de manière non pérenne.

Formation à l'EPP ou formation à « travailler ensemble » ?

Les formations à l'entretien prénatal précoce devaient inclure des reprises de cas complexes dans la continuité de la grossesse à la petite enfance, devant un public rassemblant l'ensemble des disciplines. Malheureusement les sages-femmes qui ont reçu la formation n'en ont qu'exceptionnellement entendu parler. Pourtant l'outil existe, codifié par un référentiel de 2007, mais il semble que les formateurs sollicités pour l'entretien ne s'y étaient pas préparés ou en ignoraient même l'existence.

Les Réseaux périnataux jouent, selon les sites, un rôle majeur de connaissance mutuelle et de réflexion intégrée. Certains ont d'emblée mis en route sur leur terrain ces « RMM émotionnelles » ou « RMM psycho-sociales » (Revue de Mortalité et de Morbidité) après avoir envoyé quelques professionnels se former à la technique de présentation de dossier. Il faut espérer que l'effort se poursuivra, mais de nombreuses craintes persistent dans les réalités organisationnelles actuelles.

Cependant la sensibilisation avance, et ce type de réflexion clinique collective s'organise dans des « journées Réseaux » ou colloques, touchant un public large. La difficulté persiste du fait d'un cloisonnement important des organismes de formation. Rassembler autour d'une table l'obstétrique/pédiatrie hospitalière, le médico-social, la psychiatrie, le secteur libéral, relève de l'exploit. Ce constat était présent lors du lancement du Plan, seule l'action des Réseaux périnataux et quelques bonnes volontés ont permis d'avancer mais le chantier n'est pas couvert.

En conclusion

Toutes les enquêtes après-coup auprès des usagers soulignent le bénéfice de l'entretien. Les médecins qui l'ont éprouvé dans un contexte favorable disent que leur pratique en a été

transformée, allégée, enrichie. Ils notent nettement moins de consultations aux urgences pour MAP (menace d'accouchement prématuré). Les sages-femmes s'engagent plus fortement dans la relation sachant qu'elles ne sont pas seules et qu'elles ont les réponses techniques si un problème d'alcool, des antécédents de dépression, ou simplement un visage fermé, attire leur attention.

Par contre, on peut s'inquiéter d'une organisation des consultations en certains lieux qui favorise grandement la discontinuité. Tous les propos qui viennent d'être énoncés deviennent caducs si la femme enceinte ne sait pas qui appeler, ni même le nom des consultants qui se sont succédés, ou si elle a reçu des conseils divergents. Le constat est ancien que les couples les plus vulnérables pâtiront plus de cet état de choses, miroir de leur désordre intérieur dans un parcours chaotique : ils n'ont pas les moyens de connaître un système qui parfois les effraie.

Par contre, les professionnels et la société dans son ensemble demanderont à ces parents d'écouter attentivement les besoins de leur nourrisson, de veiller à la cohérence des réponses à ses appels et à la bonne communication au sein du couple. Que vivent-ils dans la succession de rencontres non reliées entre elles au moment où ils guettent autour d'eux la confirmation de leur valeur et de celle de leur enfant ?

Il est clair que l'entretien prénatal précoce n'est qu'un outil, précieux certes, dans un vaste chantier qui n'était pas prêt à en assurer d'emblée l'efficacité. La nécessité d'un métissage entre les cultures somatique et psycho-émotionnelles passe aussi par des organisations neuves dans toutes les disciplines concernées. Sans tomber dans une prédictivité délétère, la période périnatale nous confronte à ce douloureux constat des risques que courent les futurs enfants si nous n'arrivons pas à changer l'état d'esprit dans tous les domaines concernés. Prenons la maltraitance : à quelle époque sortirent les publications sur le thème « la maltraitance est l'affaire des maternités » ? A la fin des années 70 ! Il ne s'agissait pas de signaler, mais d'offrir les étayages nécessaires suffisamment tôt.

La médecine périnatale a prodigieusement avancé dans sa lutte contre la mortalité et la morbidité. Gagnerons-nous ce combat-là ? L'enjeu est de taille.

Références

ALDERDICE F. et al. (2012) A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. *Midwifery*

CHANAL C. et al (2013) Coordination grossesse et addictions : une prise en charge en réseau personnalisé. In WHITTAKER A. (trad) Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. *RESPADD, Drugscope*, Londres, Paris

MEANEY M.J. Epigenetics and the biological definition of Gene x Environment Interactions. *Child Dev*, 81, 41-79, 2010

MOLENAT F. (2013) Impact of the perinatal environment on child development. Implications for prevention policies. A paraître In Antonelli M. (coord): Perinatal programming of neurodevelopment, Éd. Springer

MOLENAT F, CHANAL C., BOULOT P (2012) Peut-on prévenir la dépression du post-partum ? *Journées du CNGOF 2012*

MOLENAT F., CHANAL C., HAVASI K. Vulnérabilité psychique et fonction de coordination. *Rev méd périnatale*, mars 2013

MURRAY L, CRESWELL C, COOPER PJ. The development of anxiety disorders in childhood: an integrative review. *Psychol Med.* 39(9):1413-23, 2009

ROEGIERS L., MOLENAT F. (2011) Stress et grossesse : quelle prévention pour quel risque ? *Ed Erès*, Toulouse

SANDALL J. (2013) Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (review), *The Cochrane Library*, Issue 8

VAN DEN BERGH B.R.H. Prenatal exposure to maternal stress associated with neurodevelopmental alterations ? *In* L. Roegiers, F. Molenat, Stress et grossesse : quelle prévention pour quel risque ? *Ed Eres, Toulouse*, 2011

Documents de référence

Circulaire du 5 juillet 2005, www.sante.gouv.fr

Référentiel de formation à l'entretien prénatal précoce (2006) www.sfmp.net

Référentiel de formation à la reprise de cas longitudinale en interdisciplinarité (2007) www.sfmp.net

Annexe 6

Audition de Françoise Rosenblatt, directrice de "Allo Parents Bébé" le jeudi 5 décembre, 2013

Allo Parents Bébé a été créé en février 2008 par l'association Enfance et Partage. Depuis cette date, ce N° de téléphone vert a reçu 25 000 appels. Il dispose actuellement de 4 écoutants (2 puéricultrices et 2 psychologues) qui ont été formés pour ce travail et ne doivent pas établir de relation thérapeutique. Les appels correspondent à deux situations principales :

- Les appels émanent de jeunes parents, majoritairement des mères (85 à 90% des appels) qui vivent en couple (peu de familles monoparentales) pour un problème avec un premier enfant, généralement âgé de moins de 6 mois, et qui pleure beaucoup. Ces enfants sont vécus comme « perturbateurs du couple » et les mères se sentent dévalorisées et sont soumises à des avis familiaux plus ou moins contradictoires. Elles se plaignent qu'on ne leur ait rien expliqué sur le « mode d'emploi » du bébé durant leur séjour à la maternité. Elles se disent au bord du « pétage de plombs » et redoutent d'avoir des « gestes brutaux » ;
- Les appels dans le cadre d'une dépression du post-partum qui mettent en jeu la relation de la mère avec sa propre mère et le vécu de sa propre enfance. On demande à ces mères de sortir de l'anonymat pour pouvoir les rappeler et essayer de les aider à trouver la meilleure solution pour elles. En général, elles acceptent de laisser leur numéro de téléphone. Dans la mesure du possible on essaie de les faire prendre en charge par la PMI ou par un CMP.

Globalement il y a deux âges critiques pour l'enfant : 0 à 3 mois (principalement) mais aussi 18 mois, période de l'opposition.

Les appels reçus sont révélateurs de nombreuses carences dans la prise en charge des mères et des nouveau-nés :

- L'entretien du 4^{ème} mois n'est jamais proposé ;
- Le séjour en post-partum à la maternité est devenu si bref (2 jours actuellement à Paris) que personne n'a de temps pour ne serait-ce qu'informer les mères (surtout les primipares) de la normalité des pleurs ;
- Les visites à domicile par la PMI, permettant une évaluation de la situation, sont rares et ciblées sur les familles économiquement défavorisées alors que les troubles de l'attachement précoce traversent toutes les classes sociales. La PMI fait encore peur et les mères craignent qu'on leur enlève leur enfant.

La situation d'Allo Parents Bébé est préoccupante : alors que le nombre d'appels augmente, il n'y a plus que 4 écoutants (9 il y a 2 ans) et il a fallu renoncer à la supervision du fait de la baisse constante des financements (pour la plupart d'origine privée).

Il existe également une ligne de soutien à la parentalité mise en place il y a 18 mois. Six entretiens téléphoniques, sur rendez vous, avec le même écoutant, sont proposés. En moyenne, trois entretiens sont réalisés.

Pistes d'amélioration proposées par F. Rosenblatt :

- développer des colloques ouverts au public (les responsables de la petite enfance au sein des mairies doivent s'impliquer plus) ;
- développer les lieux d'accueil parents-enfants du type « maison verte » ; parler des pleurs des enfants aux parents ;
- modifier le fonctionnement des maternités (modalités non définies) ;
- augmenter l'amplitude horaire de la ligne allo parents bébé au moins jusqu'à 01H00, voire 02H00 du matin et le dimanche en particulier.

En revanche, F. Rosenblatt insiste sur le fait que le carnet de santé de l'enfant est bien fait et qu'il contient beaucoup d'informations ; mais il est peu lu !

Annexe 7

L'Unité Médico Psycho Sociale en Périnatalité (UMPSP) au CHU d'Angers : un dispositif pour la prévention

Philippe Duverger, pédopsychiatre

L'UMPSP (Unité Médico Psycho Sociale en Périnatalité) est un dispositif de prise en charge pluridisciplinaire des femmes et des couples en difficulté obstétricale, psychologique, sociale et économique, mis en place au CHU d'Angers en 2001. Inscrit dans le dispositif prévu par les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) prévu par la loi de lutte contre les exclusions et dans le Plan de Périnatalité (2005-2007), il vise à renforcer le soutien aux femmes enceintes et aux couples en situation de précarité et de vulnérabilité.

Plusieurs raisons ont motivé la création de ce dispositif : l'extrême complexité de certaines situations cliniques, souvent découvertes tardivement ; la difficulté des équipes soignantes face à une clinique nouvelle : celle de la naissance et de la parentalité ; l'insécurité globale des femmes enceintes et des bébés ; la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire, cohérente, avec des référents repérés et formés ; enfin, une volonté de prévenir les situations à risque de maltraitance.

L'UMPSP est constituée d'une équipe de professionnels avec des »membres permanents« qui se réunissent quotidiennement à la Maternité du CHU d'Angers : médecin obstétricien (responsable), sage-femme coordonnatrice, pédopsychiatre, pédiatre, psychologue et assistante sociale. En fonction des situations évoquées, sont invités les professionnels compétents et impliqués : médecins traitants, spécialistes libéraux, sages-femmes, curateurs et tuteurs, SAMU social, justice, personnels des secteurs de pédopsychiatrie et de psychiatrie générale, éducateurs et personnels soignants de PMI/ASE, des pouponnières et des centres maternels.

Ce dispositif ne se limite pas à la prise en compte des difficultés repérées lors de l'entretien du 4^{ème} mois préconisé par la loi de 2007 mais se veut le lieu de prise en compte de toutes les situations repérées par un réseau de professionnels mobilisés et en synergie tout au long de la grossesse et prêts à répondre à toutes situations qui se présentent. Il s'agit bien de partager des préoccupations devant des situations à risque et de trouver des solutions adaptées au cas par cas.

MISSIONS

L'accueil, l'orientation, le soin et la prévention sont les quatre grandes missions de l'UMPSP. Il s'agit donc de prendre en charge et d'accompagner des patientes en situation de grande vulnérabilité, dans le cadre de la périnatalité.

L'Unité peut être sollicitée par un professionnel de santé ou la patiente elle-même.

- L'accueil : il est réalisé tous les jours, sans rendez-vous, entre 8h30 et 17h30. Ceci paraît une notion fondamentale. Les patientes et les couples concernés par cette prise en charge sont parfois déconnectés de la réalité et parviennent difficilement à honorer les rendez-vous, respecter les contraintes horaires ; l'accès aux soins et au monde hospitalier leur est souvent étranger voire hostile. La sage-femme de liaison est donc disponible afin de leur faciliter la tâche dans cette démarche ; elle est épaulée par la psychologue de liaison ;

- L'orientation : Dans le dédale des différentes structures de périnatalité, il est souvent nécessaire de proposer une orientation adaptée. Cette activité d'orientation est moins prégnante dans notre démarche puisqu'elle accompagne de facto la mission d'accueil et de prise en charge. Tous les professionnels de santé peuvent faire appel à la sage-femme de liaison aux heures ouvrables ; elle dispose d'une ligne téléphonique mobile dédiée. Cela permet de répondre immédiatement et sans intermédiaire au professionnel de santé ou à la patiente. La réponse peut être courte et rapide mais souvent il s'agit d'une demande plus complexe qui débouche sur la troisième mission de l'UMPSP : la prise en charge ;
- La prise en charge : Elle s'adresse à toutes les femmes et tous les couples en difficulté et en situation de grande vulnérabilité. Il s'agit de situations complexes, ne relevant d'aucune dimension spécifique. Elles associent souvent un très haut risque médical, psychiatrique et une grande précarité sociale. Chaque situation est unique et il n'existe pas de prise en charge codifiée. Un parcours de soins personnalisé doit être réinventé à chaque fois. La concertation des différents intervenants permet d'améliorer cette prise en charge. Celle-ci a lieu lors d'une réunion hebdomadaire. La prise en charge multidisciplinaire permet une vision élargie de la situation et protège de toute décision arbitraire. Il s'agit de répondre aux difficultés rencontrées, médicales, psychiques, sociales et éthiques. Pour chaque situation, est proposée une «feuille de route», un parcours de soins ayant pour but de préserver au mieux la relation père, mère et enfant ;
- La Prévention : **Accompagner, prévenir, protéger.** Ce dispositif permet donc de prendre en charge les femmes vulnérables et les couples en difficulté (médicale, psychologique et/ou sociale) et » toutes les situations où il est question de subjectivité et d'intersubjectivité, au sein d'une médecine qui doit rester suffisamment objective pour maîtriser au mieux le risque vital » (Molénat, 2009). Plus la prise en charge est précoce, meilleure sont les chances pour le bébé et ses parents. La prévention, notamment de la maltraitance, est au centre des préoccupations des professionnels de l'UMPSP.

OBJECTIFS

Les objectifs de cette unité sont multiples :

- ***Pour les parents*** : délivrer un message clair, unique et compréhensible ; adapter la prise en charge à leurs besoins et à leur demande ; baliser leur parcours à l'aide d'une feuille de route, d'un contrat entre eux et les professionnels ; dépister les cas à haut risque (problèmes sociaux, psychologiques et/ou médicaux) ; orienter les patientes (principalement celles qui n'ont pas d'obstétricien référent) ;
- ***Pour les professionnels de santé*** : répondre de manière efficace et rapide à leur demande de centralisation et de cohérence des soins. Et éviter les clivages et les morcellements dans les prises en charge. Ainsi des solutions cohérentes sont proposées après l'accouchement, tant pour le bébé que pour ses parents ; solution adaptée au cas par cas depuis l'accouchement sous X à un suivi attentif à domicile, en passant par une prise en charge ambulatoire souple (PMI/CATTP ...) ou parfois à un signalement précoce.

FONCTIONNEMENT

L'UMPSP a donc un numéro d'appel unique, communiqué uniquement aux professionnels de santé (médecins traitants, gynécologues obstétriciens, échographistes, psychiatres, sages-femmes et médecins spécialistes participant aux activités de soins en périnatalité) et aux structures de soins (planning familial, PMI, centres maternels, hôpitaux généraux et psychiatriques, cliniques...). Ils sont le relais pour le communiquer aux patientes qui pourraient bénéficier de ce dispositif.

La sage-femme coordonnatrice est l'interlocutrice de première ligne. Avec la psychologue, elle assure un rôle de pivot dans cette organisation.

Une réunion hebdomadaire permet de présenter les situations repérées et de partager les préoccupations cliniques. Les relations de confiance entre les professionnels permettent une transmission des informations et des observations sans trahison, avec une lisibilité claire et expliquée, tout en respectant la confidentialité. Ces réunions régulières, hors contexte d'urgence, permettent le développement d'« outils » de pensée et d'élément de réponse aux questions itératives : qu'est-ce qu'observer (sans juger) ? Que faire des observations ? Quelles traductions ? Comment contenir la folie d'une mère (pour qu'elle devienne vivable pour nous), sans oublier le bébé ? Quels signaux d'alarme ?

Chaque réunion fait l'objet d'un compte-rendu adressé au médecin traitant et aux autres intervenants. L'objectif de prévention et le souci de continuité des soins guident l'écriture de feuilles de route personnalisées, au cas par cas. Ces projets de soins et d'accompagnement en période périnatale permettent d'éviter au maximum les découvertes tardives de situations graves et malheureusement prévisibles. Ainsi, la précarité à un droit de séjour à la Maternité de notre CHU, comme toute autre situation.

Au fil du temps, et avec maintenant plus de 10 ans de recul, l'expérience permet de réaliser l'intérêt de ce type de dispositif qui propose :

- Une mise à l'épreuve de nos représentations. Nous avons pu tisser une pensée commune (et lutter contre les déliaisons) et ainsi nous connaître et nous rassurer. Cela permet d'assurer une continuité et une cohérence ;
- De croiser et partager des regards cliniques, des temporalités entre obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, pédopsychiatres, psychologues, partenaires sociaux, éducatifs, de PMI... Et ainsi d'« avoir l'autre en tête » ;
- De créer un espace d'élaboration et non d'intrusion. Ce qui a permis de lutter contre les passages à l'acte et la toute-puissance ; de favoriser une créativité enrichie à plusieurs et d'éviter les sentiments d'isolement psychique (empathie) et au passage, de sécuriser les professionnels ;
- Et de parier sur l'effet de cette contenance sur la mobilisation des ressources des parents pour leur bébé.

Parallèlement à cette réunion hebdomadaire de l'UMPSP (tous les lundis à 11 h00), une réunion hebdomadaire des psychiatres et psychologues du CHU et des secteurs de pédopsychiatrie (convention) est organisée (tous les mardis à 11 h00). Elle permet l'analyse de cas et le retour sur les situations. Cette équipe de pédopsychiatres et psychologues offre aussi un soutien aux équipes de soins, des réunions de reprise de cas, la formation des professionnels autour de situations partagées, en dehors de l'urgence.

Toutes les situations abordées sont différentes et n'ont pas de prise en charge codifiée. Nous réfléchissons au cas par cas. Chacune de ces situations réclame un parcours de soin,

personnalisé et chaque fois réinventé. La concertation des différents intervenants permet d'améliorer la prise en charge de ces femmes en situation de vulnérabilité pendant la grossesse et après la naissance (continuité). Nous pensons que la qualité de nos soins dépend de la qualité de nos articulations. Il s'agit de prévenir sans prédire.

L'UMPSP est un dispositif en lien étroit avec de nombreux interlocuteurs : la PASS (signalement des dossiers à haut risque, mineures, placements...) ; les sages-femmes assurant les entretiens du 4^{ème} mois (situations à risque pour la grossesse et pour l'accouchement, problèmes psychologiques majeurs, problèmes sociaux...) ; le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal ; l'unité d'hospitalisation des grossesses pathologiques de la maternité ; les médecins traitants ; la PMI et les services sociaux ; l'unité de pédopsychiatrie de liaison du CHU et les secteurs de pédopsychiatrie et de psychiatrie générale ; le CATTP Mère-Bébé des 2 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile d'Angers, le centre maternel, le foyer de l'enfance du département...

Les bénéficiaires de cette UMPSP sont tout aussi importants pour les patientes, les couples que pour les professionnels de santé :

- Pour les patientes : elles disposent de référents en amont et en aval de la naissance ; d'une reconnaissance et d'une place dans le système de soins. Ceci permet de sortir de l'isolement et de la stigmatisation. L'accès aux soins leur est grandement facilité et elles y ont leur place avec les mêmes droits et les mêmes soins que les autres patientes. Une offre est proposée d'un suivi en Unité Mère Enfant (« *Le mieux pour leur bébé* »). Ce séjour permet une sécurité et une confiance partagée avec les soignants. Ce dispositif favorise une participation des patientes et des couples aux perspectives et projets de soins (même lorsqu'il y a un projet de placement de l'enfant). Il y a ainsi moins de projections et de passages à l'acte et une meilleure continuité et une cohérence de la prise en charge ;
- Pour les soignants : un vrai dialogue interdisciplinaire s'est instauré entre les différents professionnels. Les rencontres et le travail multidisciplinaire constituent une vraie richesse, nous fait sortir des clivages, des cloisonnements et des projections délétères. Nous avons d'ailleurs constaté une évolution des représentations et des pratiques mais aussi des cultures et identités professionnelles de chacun, sans confusion. Le temps obstétrical et le temps psychiatrique parviennent à s'accorder : neuf mois ! C'est très court pour le psychiatre mais très long pour un obstétricien. Malgré cette contrainte temporelle pour chacun, chaque professionnel apporte la meilleure réponse à la situation. Le parcours de soins est balisé et au mieux adapté à la (future) mère, au (futur) père et au bébé à naître. Il y a une anticipation des parcours et projets de soins avec des perspectives claires. Cela permet une sécurisation des professionnels.

Parmi les principaux motifs de sollicitation de l'UMPSP, on retrouve :

- Troubles psychiatriques avérées (21 %) ;
- Fragilité psychologique, immaturité, pathologie du lien (36,3%) - Détresse sociale et abandon d'enfant (4%) ;
- Déficiences importantes (14,9%) ;
- Conduites addictives (5,9%) ;
- Précarité et pathologie médicale maternelle (6%) ;
- Précarité et pathologie fœtale (6%) ;
- Autres (IMG > délai légal...) (5,9%).

Pour la seule année 2013,

- 40 hospitalisations demandées en Unité Mère Enfant ;
- 19 informations préoccupantes adressées à la Cellule Départementale.

Certains grands principes de fonctionnement nous semblent fondamentaux pour la réussite d'un tel dispositif :

- L'implication des obstétriciens ;
- Une responsabilité médicale du dispositif ;
- Une disponibilité de la sage-femme et de la psychologue – (coordination) - Une disponibilité des pédopsychiatres ;
- Une rencontre anténatale avec le pédiatre ;
- La sécurisation des professionnels ;
- Une confiance réciproque entre professionnels ;
- La formation des professionnels ;
- La sensibilisation des équipes de soins ;
- La création d'un réseau vivant : institutions, libéraux, etc.

C'est en effet à ce prix que nous avons pu constater des effets à terme :

- Tant cliniques :

- Un décloisonnement des pratiques ;
- Des prises en charge de plus en plus précoces ;
- Une anticipation des prises en charges complexes (début grossesse) ;
- Moins de décompensations en urgence : médicales et psychiatriques ;
- Des parents écoutés et partenaires du projet de soins ;
- Une continuité des prises en charge, avant et après l'accouchement ;
- Et une amélioration de la prévention, notamment de la maltraitance.

- Qu'institutionnels :

- La réponse à notre mission de service public de la maternité avec un dispositif lisible, cohérent et reconnu au fil du temps ;
- Des formations régulièrement mises à jours des personnels de la Maternité et du réseau Périnatalité ;
- Une prévention primaire de la maltraitance ;
- Une dynamique de recherche, de communications et de publications.

Bibliographie

FAURE K, LEGRAS M, CHOCARD AS, DUVERGER P. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. *Revue du Praticien* - 2008, 58, 13, 1475-1482.

DUVERGER P, DESCAMPS P, GILLARD P. La fin de l'accouchement sous X. *Edito. Enfances&Psy.* 2009, 45, 6-9.

GILLARD P, BOUDIER S, BOUDERLIQUE C, NARDIN K, DUVERGER P & coll. l'Unité Médico Psycho Sociale en Périnatalité (UMPSP) au CHU d'Angers. *Société Française de Médecine Périnatale – Rapport Angers, 2009, 66-74.*

ROUSSEAU D, DUVERGER P. L'Hospitalisme à domicile. *Enfances&Psy.* Erès, 2011, 50, 127-137.

DUVERGER P, NARDIN-GODET K. Accouchement sous X et filiations. *Enfances&Psy.* Erès, 2011, 50, 44-56.

- CHAULET S, JUAN-CHOCARD AS, BUFFET D, DESCAMPS P, DUVERGER P.
Le déni de grossesse. Mme G : un deuxième déni qui interroge. Encéphale, 2011, PO 477, 37, 188.
- DUVERGER P, KOTRAS F. Impacts psychologiques du Diagnostic Prénatal. Pratique du diagnostic prénatal - 2ème édition. Sous la Dir. de DESCAMPS P. Masson - Elsevier, Paris, 2011, 45, 465-470.
- DUVERGER P, NARDIN-GODET K. Fonctions et interactions des psychologues et psychiatres à l'Unité Médico Psycho Sociale en Périnatalité (UMPSP) au CHU d'Angers. Revue Française de Médecine Périnatale. 2011, 3, 1, 37-44.
- DUVERGER P, A-S CHOCARD, MALKA J, NINUS A. Périnatalité. Psychopathologie en service de Pédiatrie ; Pédopsychiatrie de liaison. Masson, Paris, 2011, 23, 132-145
- CHAULET S, JUAN-CHOCARD A-S, VASSEUR S, HAMEL JF, DUVERGER P, DESCAMPS P, FANELLO S. Le déni de grossesse : Étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse. Annales Médico-Psychologiques, 2013, 171, 705-709.
- NORDSTROM-SCHULER S, NARDIN-GODET K, LEBRUN J, GILLARD P, SAVAGNER C, DUVERGER P. L'UMPSP. Journée Nationale de la Fédération Française des Réseaux de santé en Périnatalité. Paris, 14 janvier 2014.

Annexe 8

Protocole relatif au fonctionnement des cellules de prévention de la maltraitance sur les mineurs au sein des hôpitaux pédiatriques parisiens de l'AP-HP

**Hôpital Robert Debré
Hôpital Necker Enfants Malades
Hôpital Armand Trousseau**

Préambule

La mise en place de réunions périodiques des *cellules de prévention de la maltraitance sur les mineurs*, dites «cellules maltraitance», dans les hôpitaux pédiatriques parisiens de l'AP-HP, s'inscrit dans une volonté d'échanges entre les différents acteurs judiciaires et hospitaliers en charge de l'enfance, afin de mieux cerner les dangers liés à la maltraitance et d'apporter une réponse commune, à la fois plus réactive et plus concertée, à la suite d'une réflexion partagée. Elle se fonde sur le modèle mis en place à l'hôpital Robert Debré en mai 1994.

Ces réunions ont pour mission d'améliorer les rapports entre l'ensemble des professionnels de l'hôpital (personnels médicaux, soignants et personnels socio-éducatifs), et les interlocuteurs de la Justice et de la police judiciaire, en lien avec ceux de la protection de l'enfance. Elles ont également pour ambition de réfléchir sur l'évaluation pluridisciplinaire des situations à risque ou particulièrement complexes. Elles ont enfin pour objet une réflexion partagée sur les signalements de mineurs en danger et l'importance de leur rédaction, ainsi que sur les certificats médicaux qui les accompagnent.

Article 1 : Objectifs

La « cellule maltraitance » a pour objectifs :

- de définir des critères de signalement au procureur de la République au titre de l'enfance en danger concernant les mineurs hospitalisés, sur le seul fondement de constatations médicales et d'un bilan social, indépendamment de toute investigation interne à l'hôpital qui aurait pour objet de caractériser la maltraitance, au sens pénal du terme ;
- d'étudier le devenir des enfants ayant fait l'objet d'un signalement (informations préoccupantes et signalements au parquet), après leur sortie de l'hôpital ;
- de partager et d'échanger les points de vue des personnels de l'hôpital avec les magistrats et le représentant de la Brigade de Protection des Mineurs, sur des situations concrètes, mais également sur des problématiques plus générales.

Article 2 : Composition

La « cellule maltraitance » traite de situations de mineurs en danger physique et/ou moral, ou de maltraitance, mais peut aussi aborder, dans le cadre de réunions élargies, des problématiques plus générales liées, par exemple, à l'enfance en danger, aux nouvelles législations ou aux faits de violences à l'égard des personnels hospitaliers.

Lorsque l'ordre du jour des séances est relatif à l'examen de situations concrètes, il est essentiel de maintenir une composition restreinte de la cellule entre professionnels concernés par la prise en charge du patient mineur.

1°) La composition restreinte de la « cellule maltraitance »

Par principe, la « cellule maltraitance » est un groupe de travail restreint, ouvert aux personnels de l'hôpital concernés par les situations concrètes évoquées, et plus généralement, par l'enfance en danger.

Elle est composée :

- des professionnels de l'hôpital, tels que les membres du service social hospitalier, les médecins hospitaliers et en particulier ceux du service des urgences pédiatriques et d'autres services spécialisés (neurochirurgie, réanimation pédiatrique, orthopédie), les psychologues, les personnels d'encadrement paramédical ou leurs représentants ;
- des professionnels de la Justice en la personne du chef de la section des mineurs du parquet de Paris ou de son représentant, du chef de la Brigade de protection des mineurs de Paris ou de son représentant ;
- du médiateur médical de l'hôpital (et le cas échéant le médiateur non médical), compte tenu de leurs missions et des conseils qu'ils peuvent prodiguer à l'égard des familles des patients.

Une large diffusion des dates de réunion est faite auprès des chefs de service et des cadres de l'hôpital pour permettre aux personnels concernés d'y assister.

Il doit être précisé, qu'en fonction du domicile des parents ou du lieu de l'infraction supposée, les signalements ont vocation à être adressés, le cas échéant en lien avec le parquet de Paris, à des parquets extérieurs. A cet égard, un lien pourra être établi, au cas par cas, avec la « cellule maltraitance » et les parquets des mineurs concernés pourront être invités à y participer.

2°) La composition élargie de la « cellule maltraitance »

Par exception, la composition de la « cellule maltraitance » peut-être élargie, dès lors que les thèmes abordés sont généraux et que l'ordre du jour ne concerne pas des situations concrètes de mineurs.

A cet égard, peuvent y être également invités :

- le responsable de la cellule de recueil des informations préoccupantes du Département de Paris ;
- un représentant de la Direction des affaires juridiques de l'APHP ;
- la coordonnatrice du service social hospitalier de l'AP-HP ;
- un membre de la Direction de l'hôpital pédiatrique, notamment le Directeur en charge de la qualité et/ou des relations avec les usagers ou son représentant ;
- toute personne susceptible d'apporter un savoir, eu égard au sujet abordé.

Article 3 : Fréquence des réunions

La « cellule maltraitance » se réunit 4 fois par an au sein de l'hôpital pédiatrique.

La « cellule maltraitance » peut aussi se réunir, en urgence, à l'initiative du chef de la section des mineurs du parquet de Paris ou à la demande du représentant administratif ou médical d'un hôpital pédiatrique, pour évoquer une situation particulièrement grave ou un dysfonctionnement majeur.

Article 4 : Fonctionnement

Généralement, sont évoquées les situations actuelles ou ayant fait l'objet d'un signalement à la section des mineurs du parquet de Paris au cours des mois précédents. Les situations sont sélectionnées et présentées par les assistantes sociales, les psychologues et les médecins.

Une liste de ces situations est préparée en amont de la réunion, au sein des équipes hospitalières, puis proposée au chef du parquet des mineurs pour permettre un réel travail de réflexion.

Plusieurs situations peuvent être présentées par séance.

Une situation exposée, une première fois, peut faire l'objet de suivi lors des réunions suivantes.

Par ailleurs, les équipes hospitalières peuvent être amenées à évoquer une situation nouvelle appelant leur vigilance ou leur inquiétude et susceptible de faire l'objet d'un signalement.

En tout état de cause, chaque situation présentée au sein de la « cellule maltraitance » aura fait l'objet d'une constatation médicale de danger physique ou, le cas échéant, moral.

Article 5 : Respect du secret professionnel

Les participants à cette « cellule maltraitance » (magistrats, policiers, personnels hospitaliers) exposent et débattent des situations individuelles dans le cadre du secret professionnel qui oblige chacun d'eux, au regard de sa propre qualité professionnelle.

Les échanges s'opèrent dans le cadre d'un secret professionnel partagé, au titre de la protection de l'enfance en danger et de la dérogation légale au respect du secret professionnel, prévue en cas de révélation de violences ou sévices sur des mineurs, notamment au regard des articles 226-14 du code pénal et L.226-2-2 du code de l'action sociale et des familles.

Chaque participant veille à la confidentialité des informations données au cours de ces réunions, notamment à la non-divulgateion de ces informations en dehors du cadre de la « cellule maltraitance ».

Article 6 : Comptes rendus

Les réunions de la composition restreinte de la « cellule maltraitance » mentionnée à l'article 2 pour l'examen de situations concrètes, ne donnent lieu, sauf exception, à aucun compte rendu à l'issue des séances.

Si un compte rendu est établi, il doit être strictement anonymisé et ne peut être diffusé sans l'accord formel du chef de la section des mineurs ou de son représentant et, le cas échéant, après relecture, des médecins présents à la réunion et du responsable du service social hospitalier.

Lors des réunions de la composition élargie de la « cellule maltraitance », les membres peuvent décider d'élaborer un compte rendu, dès lors qu'il s'agit de sujets généraux susceptibles d'améliorer la pratique ou la connaissance des professionnels.

Article 7 : Suivi des pratiques, communication et formation

La « cellule maltraitance » est l'occasion d'aborder des thèmes de réflexion plus généraux, à partir de situations, d'événements ou d'évolutions observés et analysés. La présentation de situations passées a pour but de permettre à l'ensemble des professionnels une réflexion et un débat plus élargis sur la complémentarité des actions des participants et sur la façon, le cas échéant, d'améliorer leur articulation.

Elle permet de mettre en évidence d'éventuels dysfonctionnements entre les trois institutions (Justice, Hôpital, Police) et d'étudier les meilleurs moyens d'y remédier dans le strict respect des attributions de chacun. Les situations pouvant faire l'objet d'un retour d'expérience ou susceptibles de donner lieu à des recommandations plus générales seront présentées et référencées sous forme de fiches anonymisées, approuvées par les membres de la « cellule maltraitance » avant toute diffusion.

D'autres thématiques pourront alimenter les débats :

- l'information sur les nouvelles législations et réglementations concernant les institutions hospitalières et judiciaires et leur application ;
- l'amélioration de la communication entre les personnels de l'hôpital, les magistrats et les services de police judiciaire, notamment ceux de la Brigade de protection des mineurs de Paris ;
- la gestion des menaces et violences perpétrées contre le personnel hospitalier ;
- la révélation d'abus sexuels et leur signalement.

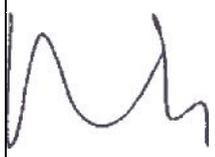
Dans ce cadre, les membres de la « cellule maltraitance » pourront décider de convier des services pédiatriques ou pédopsychiatriques d'autres sites hospitaliers de l'AP-HP susceptibles d'être intéressés.

Article 8 : La durée du protocole et l'évaluation

Le présent protocole est signé pour un an, renouvelable par tacite reconduction.

Une évaluation annuelle du fonctionnement de chaque « cellule maltraitance » sera dressée. Cette évaluation pourra donner lieu à d'éventuels aménagements du présent protocole. De plus, une réunion annuelle des « cellules maltraitance » pourra être organisée.

A Paris, le 02 JUILLET 2014

<p>François MOLINS Procureur de la République de Paris</p> 	<p>Martin HIRSCH Directeur général de l'AP-HP</p> 
<p>Bernard BOUCAULT Préfet de Police</p> 	<p>Loïc CAPRON Président de la commission médicale d'établissement de l'AP-HP</p>

Annexe 9

Les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sont-elles utilisables pour chiffrer les hospitalisations liées à la maltraitance ?¹⁹

Anne Tursz, pédiatre, épidémiologiste

Ces données sont traitées par l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation) dont la base est interrogeable à partir de son site Internet. Elles sont de plus facilement accessibles, sous une forme agrégée, moins détaillée que les informations qu'on peut demander à l'ATIH, sur le site du Ministère de la santé (Drees) depuis peu (2008). Malheureusement, dans les données qu'on peut obtenir à partir de ce dernier site, seule la description des lésions traumatiques est prise en compte dans le PMSI qui (comme indiqué sur le site) exclut le chapitre XX « Causes externes de morbidité et de mortalité » de la CIM, chapitre qui permet de classer les divers types de causes externes des maladies et entités morbides. Devant des données chiffrées relatives à des lésions traumatiques, on est donc incapable d'en affirmer l'origine accidentelle, intentionnelle ou inconnue.

Interrogée, l'ATIH explique très bien cette situation : « les données du PMSI étant le support de la T2A (Tarification à l'activité) et donc des recettes des établissements, celles qui n'ont pas d'impact sur la valorisation revêtent pour eux, de fait, un caractère facultatif et c'est le cas des informations sur la maltraitance. De plus les codes du chapitre XX de la CIM10 (codes en X et en Y) n'ont été intégrés que secondairement dans l'historique du PMSI, ils restent interdits en diagnostic principal et sans impact sur la valorisation, d'où une considération un peu "mineure" pour ces codes. Certains médecins sont consciencieux et utilisent ces codes, d'autres les négligent et codent avec les autres chapitre de la CIM10 (par exemple ceux des traumatismes ou des symptômes sans ajouter un code descriptif de la cause de traumatisme, jugé inutile) ». En particulier, les codes X85 à Y09 (agressions) « sont considérés comme facultatifs par la grande majorité des établissements car ils n'ont aucun impact dans la valorisation des séjours ». Enfin, l'ATIH signale, toujours en réponse à nos questions, que : « beaucoup d'équipes codent mal les diagnostics liés à la maltraitance, ou refusent de faire ce type de codage dans le PMSI par crainte du risque de stigmatisation ou de "fuite" intempestive avec mise en danger des femmes ou des enfants puisque le recueil dans l'établissement est nominatif ». Par exemple est cité un « CHU dans lequel on ne code ces situations qu'avec un code général "autres motifs sociaux", très générique et inexploitable ».

On comprend donc bien que, face à ces importants biais de déclaration et à l'absence évidente d'exhaustivité en ce qui concerne le codage des causes externes de traumatismes, de telles données soient considérées comme inexploitable par la Drees et que les données accessibles sur son site ne comportent aucun des codes issus du chapitre XX de la CIM10.

Le CHU de Dijon a accepté de relever pour cet ouvrage les diagnostics codés dans le PMSI avec les codes commençant par Z55, Z61 ou Z62 ainsi que les codes X85 à Y09. Le traitement a été fait sur les données de 1997 à 2008 pour toutes les hospitalisations des enfants de moins de 16 ans et on a recherché les codes CIM 10 proposés en diagnostic principal ou en diagnostic associé. Au cours de cette période, le nombre total d'hospitalisations des enfants de moins de 16 ans a été de 103 662 sur l'ensemble des services du CHU (36 services concernés). Les résultats de cette recherche sont indiqués au Tableau XVII.

¹⁹ Est reproduit ici un extrait de l'ouvrage : Tursz A, Gerbouin-Rérolle P. Enfants maltraités. Les chiffres et leur base juridique en France. Paris, 2008, Éditions Lavoisier. (pages 89-91)

**TABLEAU XVII : DIAGNOSTICS DE MAUVAIS TRAITEMENTS À ENFANT DE MOINS DE 16 ANS
DANS LES DONNÉES DU PMSI DU CHU DE DIJON, ANNÉES 1997-2008
(SUR 103 662 HOSPITALISATIONS)***

Code de la CIM10	Nombre de cas	Part (en p 1000) sur l'ensemble des enfants hospitalisés
DIAGNOSTIC PRINCIPAL		
X920 Agression par noyade au domicile	1	0,01
X940 Agression par fusil au domicile	1	0,01
Y050 Agression sexuelle par la force physique au domicile	2	0,02
Y071 Autres mauvais traitements par les parents	1	0,01
Z614 Sévices sexuels sur enfant par personne de l'entourage	22	0,21
Z616 Possibles sévices physiques infligés à un enfant	67	0,64
DIAGNOSTIC ASSOCIÉ		
X890 Agression par produits chimiques ou nocifs au domicile	1	0,01
Y010 Agression par précipitation dans le vide au domicile	1	0,01
Y079 Autres mauvais traitements par personne non précisée	2	0,02
Z615 Sévices sexuels sur enfant par personne étrangère	1	0,01
Z616 Possibles sévices physiques infligés à un enfant	2	0,02
TOTAL	101	1,00

* Données fournies par Le Pr Catherine Quantin (DIM) et le Dr Angela Musat.

A partir des données de ce tableau, on peut donc affirmer qu'au moins 1 enfant sur 1000 enfants hospitalisés dans ce CHU l'a été, dans la période considérée, pour des problèmes liés à des mauvais traitements, ce chiffre étant certainement très sous évalué compte tenu des réflexions de l'ATIH relatées ci-dessus. Par ailleurs, dans ce CHU, ont également été relevées les données pour de nombreux codes relatifs aux négligences, carences affectives, difficultés éducatives.... Ainsi, on note, en diagnostic principal, 388 cas (soit 3,2 pour 1000 hospitalisations) de « difficultés liées à une surveillance inadéquate de la part des parents » et 123 cas (1,2 p 1000) de « difficultés liées à l'éducation et l'alphabétisation ». Le nombre total de codes Z55, Z61, Z62 et X85 à Y09 est de 833 (8 p 1000 hospitalisations).

Annexe 10

La CASED (Cellule d'accueil spécialisé de l'enfance en danger) Prise en charge de la maltraitance à enfant au CHU de Rennes

M Balençon*, A Drénou, C François-Chervet*, M Roussey***
*** Pédiatre ** Pédopsychiatre**

Introduction

L'hôpital est un lieu de passage des enfants victimes de mauvais traitements. Il existe à ce jour plusieurs modalités d'entrée dans cette institution.

- Le plus souvent l'enfant est accueilli au sein des urgences pédiatriques hospitalières et la maltraitance doit alors être dépistée par les professionnels car il s'agit très rarement du motif de recours aux soins urgents. Il arrive aussi souvent qu'une équipe spécialisée soit sollicitée directement par les partenaires qui ont des éléments d'inquiétude par rapport à une situation clinique ;
- Si une procédure judiciaire est initiée en amont de la rencontre hospitalière, l'hôpital sera alors sollicité comme auxiliaire de justice. Cette démarche nécessaire de constat reste une action ponctuelle, qui doit avant tout prendre en compte l'intérêt global de l'enfant et la nécessité de soins. L'articulation des soins au constat médico-légal est alors un enjeu délicat.

Depuis plusieurs décennies, le CHU de Rennes a eu une volonté d'accueil et de prise en charge de ces situations qui nous semblent pouvoir être définies comme une pathologie de l'enfant et de sa famille. Il nous semble souhaitable d'en assurer une prise en charge globale pour en limiter l'impact, les séquelles et la répétition.

Chaque rencontre avec une situation de maltraitance est singulière et renvoie le professionnel à l'enfant qu'il a été, à son histoire familiale et à l'éducation qu'il a reçue, parfois à sa fonction de parent, à son parcours professionnel et à sa mission propre au sein de l'institution. Cette mobilisation affective est de nature à créer un déni chez les professionnels et donc une difficulté de repérage puis de gestion de ces situations. L'organisation des soins que nous proposons, faite de regards croisés, de réunions d'échange et d'une volonté forte de formation, tend à lutter contre ces difficultés diagnostiques et les dénis possibles dans l'élaboration du diagnostic et dans le suivi.

La CASED (Cellule d'accueil spécialisé de l'enfance en danger)

La création de cette structure en 1999 répond à la volonté ancienne d'organiser la prise en charge des mineurs potentiellement victimes de mauvais traitements et de favoriser le travail en réseau.

Elle s'inscrivait alors dans la création des pôles de référence (circulaire n° 97-380 du 27 mai 1997) considérant, dans les années 90, qu'il existait une obligation d'accueil des victimes de violences sexuelles dans les centres hospitaliers. La circulaire du 13 juillet 2000 DGS/DH n° 2000/399 étendait les missions de ces dispositifs à l'accueil des mineurs victimes de tous types de violence. En dépit de l'abrogation récente de ces textes, il nous semble important de maintenir ce lieu aux titres du soin et du dépistage, de la formation des professionnels, de l'enseignement.

En effet, les préoccupations actuelles semblent plus tournées vers la nécessité de résolution des affaires pénales et l'organisation de la prise en charge médico-légale. Il nous semble important de considérer que l'intérêt de l'enfant prime sur toutes les décisions politiques et leurs applications tant dans une prise en charge au titre du soin que dans l'application de la politique pénale ; il doit dépasser les enjeux de pouvoir quelle qu'en soit leur nature.

Un travail de partenariat pluridisciplinaire ancien existant déjà dans le département, la proposition de création de cette structure a été actée avec un financement partiel émanant du Conseil Général d'Ille-et-Vilaine (CG 35). L'ouverture de la structure a été effective en 1999. Elle est ouverte du lundi au vendredi de 9 heures à 13 heures et de 14 heures à 17 heures.

La composition de l'équipe constituant cette structure a été peu modifiée depuis sa création. Cette équipe, coordonnée par le professeur de pédiatrie à l'origine de sa création, comporte :

- Un poste de secrétaire temps plein occupé par deux secrétaires ;
- Un poste de puéricultrice occupé par quatre professionnelles travaillant conjointement aux urgences pédiatriques ;
- Un poste de pédopsychiatre à 50 % ;
- Un poste de pédiatre à temps partiel ;
- Une pédiatre vacataire (trois demi-journées par semaine) ;
- Un poste d'assistante sociale à 25 %.

Les postes de la secrétaire et de l'assistante sociale sont financés pour partie par le CG 35. Chacun des professionnels travaille dans une autre unité ou est affecté à une autre activité pour deux raisons. D'une part, il ne nous a pas semblé opportun de déposséder les praticiens de terrain de leur libre-arbitre de dépistage et de signalement d'une situation d'enfant en danger en créant une structure qui se substituerait à eux. D'autre part, la présence des professionnels de la CASED dans d'autres structures permet une sensibilisation des professionnels aux situations de maltraitance par le biais d'un travail conjoint et d'un partage des tâches professionnelles. On note d'ailleurs entre 2001 et 2011 une augmentation du nombre de demandes internes au CHU de 140 %. En ce qui concerne les demandes des praticiens travaillant dans les centres hospitaliers en lien avec le CHU de Rennes, celles-ci ont augmenté de 200 % pendant la même période.

Depuis sa création, il y a eu une montée en puissance des demandes avec actuellement plus de 450 situations traitées annuellement. Cette structure est bien identifiée par les professionnels de terrain (médecine de ville, service de santé scolaire, Conseil Général, justice, pédopsychiatres ou psychologues...), qui la sollicitent pour des suspicions de mauvais traitements et des demandes de prise en charge.

Les rendez-vous sont pris par la secrétaire ou la puéricultrice. L'accueil à la CASED est réalisé par la puéricultrice qui accompagnera l'enfant tout au long de son parcours hospitalier.

Cet accueil spécialisé permet :

- Une adaptation à l'âge et au développement psychomoteur de l'enfant ;
- L'accompagnement de l'enfant et de sa famille tout au long du soin ;
- L'identification de ce lieu comme un univers de soins dédié et empathique.

Les situations gérées dans cette structure sont dans un cas sur deux, des maltraitances avérées. Si, initialement, les suspicions de maltraitances sexuelles constituaient la majorité des

situations prises en charge, les abus physiques, notamment chez les enfants de jeune âge ont augmenté de 92 % en 10 ans. Ces situations concernent des enfants jeunes qui ont 9 fois sur 10 moins de 11 ans. Actuellement, nous sommes préoccupés par la multiplication de situations de maltraitements psychologiques dans des contextes de séparation parentale et le nombre d'agressions sexuelles entre mineurs.

L'intégration de cette structure comme Unité Fonctionnelle (UF) à un pôle pédiatrique médico-chirurgical fait sens afin d'accompagner les professionnels à faire face au déni qui entoure ces situations de maltraitance.

Certains enfants bénéficient d'une consultation unique. Le souci de relais est fort. Aussi, nous adressons à l'issue de chaque consultation un courrier au praticien traitant désigné par la famille. Nos coordonnées sont toujours laissées aux familles et une visite du service, le jour de la première rencontre, permet aux parents et à l'enfant d'identifier les professionnels disponibles et le parcours des demandes ultérieures. Les puéricultrices et les secrétaires ont été formées à l'écoute téléphonique afin de gérer au mieux les demandes initiales mais aussi la suite des dossiers.

Le médecin à l'épreuve du déni

L'enfant victime de maltraitance peut être, particulièrement dans la petite enfance, en danger vital. L'absence de prise en charge de ces situations conduit parfois à une récurrence mais surtout à des conduites auto et hétéro-agressives dont les conséquences ne seront lisibles que bien plus tard voire parfois à l'âge adulte. En ce sens, notre structure travaille en lien avec le service hospitalo-universitaire de pédopsychiatrie, d'une part pour la prise en charge plus globale des adolescents violents et plus largement des violences intrafamiliales, et d'autre part dans le cadre de formations universitaires dédiées à cette problématique.

L'évocation du diagnostic par le praticien est toujours douloureuse. Elle doit pourtant suivre le même raisonnement médical que pour n'importe quels symptômes. La maltraitance est un diagnostic différentiel de nombreuses pathologies. Or le déni de ces situations pathologiques conduit souvent à l'absence d'évocation de ce diagnostic.

Confronté à cette épreuve diagnostique, le praticien est souvent enclin à prendre des postures stéréotypées excessives et sans nuance : soit, celle de ne pas être en capacité d'imaginer le parent qui est présent en consultation comme une personne maltraitante, soit, au contraire, d'imaginer à tort, que la parole d'un enfant ne peut pas être induite. Or, il nous revient de soigner sans juger la crédibilité de la parole de l'enfant, de sa famille ou des services partenaires.

L'étayage au sein du centre hospitalier de Rennes par une équipe rompue à ce type de pratique permet, non pas de se substituer au praticien mais d'aider celui-ci dans la gestion de ces situations complexes.

Une bonne connaissance des institutions gravitant autour de l'enfant (Conseils Généraux, services de Protection Maternelle et Infantile -PMI-, services hospitaliers et libéraux, pédiatres, médecins généralistes, pédopsychiatres, gynécologues, justice, Police et Gendarmerie...) permet le respect du rôle de chacun.

Une autre des missions de notre unité est d'assurer :

- d'une part, la formation universitaire initiale des étudiants en médecine de 2^{ème} et 3^{ème} cycles (DES de pédiatrie, de médecine générale, de pédopsychiatrie, DU d'urgences, de traumatologie...), des élèves puéricultrices, des élèves sages-femmes, des travailleurs sociaux, des psychologues ;
- d'autre part, la formation continue des différents corps de métiers : médecins, services du Conseil Général et de la Santé Scolaire, sessions interprofessionnelles à l'École des Hautes Études en Santé Publique (directeurs d'hôpital, policiers, gendarmes), École Nationale de la Magistrature (ENM)....

En plus de journées dédiées à cette problématique, le travail en réseau permet l'intégration de la pédiatrie sociale²⁰ dans des journées de travail autour de la croissance, le développement psycho-affectif, la gynécologie, la proctologie et plus largement la gastroentérologie, la génétique, la dermatologie

La création de formations dédiées permet un tour d'horizon sur cette problématique. En revanche, l'intégration de ces thèmes à des formations plus larges et scientifiques plaide pour une prise en charge globale de l'enfant en évitant d'exclure naturellement ce qui pourrait « gêner le professionnel » ou être difficile à penser.

Notre unité accueille par ailleurs des internes en médecine voulant se former sur ces thèmes dans leur cursus. Elle est aussi terrain de stage pour les étudiants en médecine (qui découvrent un aspect particulier de la médecine qu'ils ne percevaient pas auparavant avec autant d'acuité et d'importance), les travailleurs sociaux et les stagiaires puéricultrices. Depuis la refonte des cursus à l'ENM, nous regrettons qu'elle ne puisse plus accueillir des auditeurs de justice, pourtant pour leur plus grande satisfaction.

Étant service universitaire, nous contribuons aussi à la recherche et par exemple nous sommes actuellement impliqués dans trois PHRC dont un en tant que promoteur avec nos collègues radiopédiatres (validation de l'IRM corps entier dans l'évaluation des lésions osseuses dans la maltraitance), un avec Nantes (évaluation de la douleur par les professionnels chez des enfants maltraités) et un autre avec Caen (évaluation du stress post-traumatique chez les enfants et adolescents victimes d'agressions sexuelles). Dans le contexte actuel de la tarification à l'activité, il est important de montrer que notre unité contribue aux points SIGAPS (système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques), puis aux financements MIG (missions d'intérêt général) attribués à notre pôle²¹.

L'intérêt de l'enfant dans la procédure : une place centrale

L'enfant est l'acteur principal de cette prise en charge longue, qui va de la violence subie à une éventuelle réparation judiciaire. Outre la phase purement pénale, il revient aux services de soins la charge d'accompagner les enfants vers une vie d'adulte sereine en dépit des traumatismes subis.

²⁰ On entend par « pédiatrie sociale » la prise en charge globale de la santé de l'enfant dans une approche de santé publique, contextuelle et interdisciplinaire

²¹ Le score du SIGAPS conditionne directement les crédits alloués aux établissements publics de santé dans le cadre de la recherche, de l'enseignement et l'innovation. La CASSED fait partie des missions d'intérêt général hospitalières. A ce titre là, elle a un financement propre appelé MIG (missions d'intérêt général) qui n'est pas en lien avec l'activité qu'elle dégage. Ce budget est attribué aux différents pôles de l'établissement en fonction de leurs besoins mais surtout des services rendus.

Même si les situations de mauvais traitements sont classiquement déclinées comme étant des violences physiques, sexuelles, psychologiques et des négligences lourdes, imaginer qu'un enfant ne soit victime que d'un seul type de maltraitance est illusoire.

La reconnaissance de la possibilité d'un traumatisme subi par l'enfant est le premier soin à son égard. Dans ce même temps ou à distance, sa famille sera aussi accompagnée et associée autant que faire se peut à sa reconstruction. Notre structure reste à ce titre, disponible dans le temps pour les familles et la consultation des données médicales.

En revanche, si on n'y prend pas garde, l'enfant pourra être examiné ou entendu à de trop nombreuses reprises et donc être victime de sur-traumatisme. Il revient aux institutions de s'adapter autour de lui. Il en va de sa reconstruction ultérieure.

En outre, si l'on veut servir la manifestation de la vérité, il nous semble primordial d'apporter à l'enfant un maximum de sérénité et de contenance pour qu'il puisse maintenir, dans le temps, des allégations qui concernent, dans les situations les plus graves, son entourage proche puis d'affronter une procédure souvent longue et difficile à comprendre.

Or le soin débute dès le constat. Les données médico-légales seront colligées puis recueillies par voie judiciaire et l'enfant traumatisé débutera sa reconstruction par une prise en charge corporelle et psychologique pour tenter d'intégrer au mieux le traumatisme subi comme faisant partie de sa propre histoire. La préoccupation de l'enfant, pour ce qui est de son corps à ce moment là, est la question de l'anormalité et de l'intégrité. Le constat ne peut donc être complètement distinct du soin.

Un lieu pédiatrique adapté à l'enfant, qu'il puisse facilement identifier, nous semble essentiel pour sa réassurance et sa reconstruction ultérieure. Un lieu réunissant des professionnels rompus à ce type d'exercice, sollicités à tout moment de la procédure ou au-delà de la décision judiciaire pour le soin, nous semble primordial. A fortiori, il faut que celui-ci soit en lien avec les services du Conseil Général.

Même s'il est erroné de prédire un avenir de violence aux enfants victimes de mauvais traitements, force est de constater que dans les situations de violence commise par un adulte, la grande majorité d'entre eux ont subi des violences alors qu'ils étaient enfants.

La CASED : une structure reconnue mais néanmoins fragile

Lorsqu'on énonce l'ensemble des objectifs souhaités et réalisés par la structure, on peut s'étonner qu'ils soient tous remplis avec le personnel dont dispose l'unité. Malgré l'augmentation évidente de l'activité (311 situations en 2001, 493 en 2011), il nous est impossible d'effectuer un recrutement et il nous est parfois difficile de répondre à toutes les sollicitations. Il nous manque cruellement un poste de psychologue, dont l'emploi serait pourtant totalement justifié, en complémentarité avec la pédopsychiatre. Le poste de puéricultrice a été obtenu avant la RTT et n'est pas occupé lors des mois d'été ; la moindre activité des urgences pédiatriques à cette époque permet en partie de compenser ce manque lorsqu'une de nos puéricultrices est en fonction aux urgences mais c'est totalement aléatoire. Il en est de même des deux postes de praticien hospitalier obtenus avant la RTT et le temps de récupération des gardes, les obligeant à effectuer de nombreuses heures supplémentaires. Et que dire des 25 % du poste d'assistante sociale : c'est tellement peu qu'on ose à peine en parler.

Pourtant les institutions reconnaissent l'importance de notre rôle, que ce soit l'ARS (Agence Régionale de Santé), la direction du CHU, le Conseil Général, la justice, mais leur situation financière actuelle bloque toute avancée et notre activité n'est pas toujours reconnue du fait d'une certaine difficulté à envisager la maltraitance, et du fait d'un manque de rentabilité économique. Or il s'agit de considérer l'impact du dépistage et de la prise en charge de ces enfants au long cours sur un espace temps trans-générationnel.

La réforme de la médecine légale de 2010 a donné des moyens substantiels aux établissements hospitaliers émanant de la Justice. Mais il s'agit là d'un travail de constat, ponctuel, différent du notre, et en toute logique, complémentaire au notre. La localisation de nos deux unités, CASSED et unité médico-judiciaire (UMJ), dans deux hôpitaux différents (l'un au sud, l'autre au nord de la ville), ne facilite pas les échanges et la coordination. Lorsqu'à la demande de la gendarmerie s'est posée la question de la localisation de l'audition des mineurs qui doit dépendre logiquement d'une UMJ, il ne nous a pas été possible de faire valoir l'intérêt pour l'enfant d'être entendu dans une structure pédiatrique, contrairement à ce qui se passe dans de nombreux établissements hospitaliers lorsque cette unité existe.

En conclusion

Notre structure existe depuis maintenant 14 ans. Elle continue à s'adapter aux besoins, et aux décisions politiques qui la régissent. Il n'en reste pas moins qu'elle reste ancrée dans un service dédié à l'enfant. L'intérêt de l'enfant est LA préoccupation de notre unité. Si chaque rencontre avec une situation de maltraitance est singulière, l'écoute, la disponibilité et l'adaptation des professionnels doivent être de mise en dépit du caractère chronophage et peu rémunérateur de cette activité.

Annexe 11

Convention relative au fonctionnement de l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger (UAED) du CHU de Nantes et à la création, au sein de l'UAED, d'un lieu d'accueil des auditions filmées

ENTRE :

Monsieur le Président du Tribunal de Grande Instance de Nantes ;

Monsieur le Procureur du Tribunal de Grande Instance de Nantes ;

Monsieur le Président du Conseil Général de Loire-Atlantique ;

Monsieur le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation des Pays-de-la-Loire ;

Madame le Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes ;

Madame la Directrice de l'Association fédérative « la Voix De l'Enfant ».

ARTICLE 1

La présente convention a pour objet le fonctionnement de l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger (UAED) créée en 2001 en pédiatrie au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes.

Le projet médical va être complété par la mise en place début 2010 d'un lieu d'accueil des auditions filmées prévu au projet de restructuration de la pédiatrie, en vue d'accueillir dans un lieu unique et adapté les enfants adressés par l'autorité judiciaire.

ARTICLE 2

L'Unité d'Accueil des Enfants en Danger s'inscrit dans le cadre général de la protection de l'enfance et plus spécialement dans le cadre de l'application de :

- la loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance ;
- la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ; ainsi qu'à la protection des mineurs ;
- du décret du 12 mars 1997 relatif à la coordination interministérielle en matière de lutte contre les mauvais traitements et atteintes sexuelles envers les enfants ;
- la circulaire DGS/407/2B du 9 juillet 1985 relative à l'Enfant maltraité et l'hôpital ;
- et la circulaire du Garde des Sceaux en date du 2 mai 2005 sur l'amélioration du traitement judiciaire des procédures relatives aux infractions de nature sexuelle.

ARTICLE 3

L'Unité d'Accueil des Enfants en Danger a pour mission :

- d'accueillir les enfants et leurs parents, dans une situation de suspicion de maltraitance ;
- d'assurer les soins nécessaires à l'enfant, et/ou de réaliser une évaluation médico-psycho-sociale, soit lors de consultations, soit lors d'hospitalisations ;
- d'organiser les auditions filmées, dans les conditions prévues par la loi, avec les professionnels désignés par le Procureur de la République, de mineurs victimes d'infractions à caractère sexuel ;
- d'organiser le relais avec les institutions partenaires en participant à un projet de soin pour l'enfant.

ARTICLE 4

Un protocole signé annexé à la présente convention rappelle les missions de l'UAED et définit les modalités de fonctionnement du lieu d'accueil des auditions filmées.

D'autres annexes précisent notamment la participation financière de chaque partenaire, les missions des professionnels de l'UAED, les procédures de l'unité ainsi que les modalités d'évaluation et de suivi.

ARTICLE 5

Le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes s'engage à s'organiser de sorte que l'UAED puisse recevoir les enfants en danger ou suspectés de l'être.

ARTICLE 6

Les dépenses de travaux pour la création du lieu d'accueil des auditions filmées de l'UAED ont été prises en charge par le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes. Les dépenses d'équipements ont été prises en charge par l'association fédérative « la Voix De l'Enfant » selon les modalités annexées à la convention.

Le financement du fonctionnement est assuré par le Conseil Général de Loire-Atlantique, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et le Centre Hospitalier Universitaire.

Par l'intermédiaire des frais de justice liés aux réquisitions et rétrocédés par les professionnels de santé de l'UAED au CHU, le ministère de la Justice concourt au dispositif.

D'autres signataires peuvent être sollicités par le Centre Hospitalier Universitaire pour soutenir ce dispositif.

ARTICLE 7

Un comité de pilotage composé des parties signataires ou de leurs représentants, se réunit une fois par an, à l'initiative du CHU.

Le médecin coordonnateur de l'UAED établira, une fois par an, un bilan d'activité qu'il adressera à chacune des parties signataires. Il lui appartiendra également de répondre à toute demande d'information sur les modalités de fonctionnement.

ARTICLE 8

La présente convention prend effet à compter du 1^{er} janvier 2010 et ce jusqu'au 31 décembre 2010. Elle est renouvelable par tacite reconduction et peut être dénoncée à tout moment par un recommandé avec accusé de réception par une des parties, sous réserve d'un préavis de six mois.

Fait en 6 exemplaires à NANTES, le

Le Président du TGI de Nantes,

Le Président du Conseil Général de Loire-Atlantique,

Le Directeur Général du CHU de Nantes,

Le Procureur du TGI de Nantes,

Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation des Pays de la Loire,

La Directrice de l'Association fédérative « La Voix de l'Enfant »,

Listes des annexes de Annexe 11

Annexe 1 - Protocole de fonctionnement du lieu d'accueil des auditions filmées

Annexe 2 - Participation financière des institutions partenaires du CHU

Annexe 3 - Missions des professionnels de santé de l'UAED

**PROTOCOLE DE FONCTIONNEMENT DU LIEU D'ACCUEIL DES
AUDITIONS FILMEES**

Les parties signataires

Le Président du Tribunal de Grande Instance de Nantes ;

Le Procureur de la République près le Tribunal de Grande Instance de Nantes ;

Le Président du Conseil Général de Loire-Atlantique ;

Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation des Pays-de-la-Loire ;

Le Directeur du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes ;

Le Bâtonnier de l'Ordre des Avocats de Nantes ;

Le Contrôleur Général, Directeur Départemental de la Sécurité Publique de Loire-Atlantique, Commissaire Central de Nantes ;

Le Colonel Commandant du Groupement de Gendarmerie de Loire-Atlantique ;

L'Association fédérative « La Voix de l'Enfant ».

PRÉAMBULE

Les mineurs constituent une population fragile, dépendante et vulnérable face aux agressions dont ils peuvent être l'objet, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de la sphère familiale.

Aussi doivent-ils bénéficier d'un traitement judiciaire et médico-social approprié à leur état et aux conséquences potentielles graves et durables sur leur devenir psychologique, affectif, relationnel et social, qui peuvent découler de telles agressions, notamment lorsqu'elles revêtent un caractère sexuel.

La nécessité d'un traitement judiciaire particulier des mineurs victimes de maltraitances s'impose désormais à tous les professionnels. C'est pourquoi, notamment dans un souci de protection de l'enfant victime, l'article 706-52 du Code Pénal, introduit par la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, prévoit que l'audition d'un mineur victime d'une infraction sexuelle devra faire l'objet d'un enregistrement sonore ou audio-visuel.

La parole de l'enfant doit être recueillie dans les meilleures conditions possibles et notamment dans un lieu sécurisant et aménagé à cet effet. Il est ainsi **créé un lieu d'accueil des auditions filmées au CHU de NANTES** afin d'instaurer un lieu

privilegié de prise en charge du mineur tant sur l'aspect médico-psychologique que celui de l'enregistrement audio-visuel de son audition.

RAPPEL DES MISSIONS de l'UAED

L'application du protocole s'inscrit dans le cadre de l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger.

Les missions de cette unité fonctionnelle pédiatrique sont d'améliorer l'accueil et le diagnostic des enfants en danger, de proposer une évaluation pluridisciplinaire, de donner des soins adaptés dans le respect des enfants et de leur famille, de participer à l'amélioration de la prévention et du dépistage.

Les enfants en danger, quel que soit le type de maltraitance, quel que soit leur âge, doivent bénéficier d'un accueil pédiatrique qui leur permet, dans les soins qui leur sont donnés, de reprendre leur place d'enfant.

Comme pour toute pathologie grave, cette prise en charge spécifique doit être assurée par une équipe spécialisée, en collaboration avec l'unité universitaire de pédopsychiatrie, le service des Urgences Pédiatriques, les services médico-chirurgicaux de pédiatrie, le service de Gynécologie Obstétrique, et le Centre Fédératif des Activités Médico-Légales.

Ce travail se fait en lien avec les autres institutions intervenant dans la protection de l'enfance ; c'est une étape qui doit s'articuler avec le suivi à long terme s'il est nécessaire, par d'autres professionnels, en évitant les ruptures.

Cette évaluation aboutit, si nécessaire, à une information préoccupante au Conseil Général, voire à un signalement judiciaire.

I - OBJECTIFS DU PROTOCOLE

Le présent protocole a pour objectif de concilier la prise en compte de la souffrance du mineur ainsi que les exigences de l'enquête et de l'instruction judiciaire.

Il convient donc :

- D'offrir un cadre sécurisant et adapté à l'enfant pour faciliter son expression qui n'est pas toujours verbalisée, éventuellement par la présence aux côtés du mineur d'un professionnel de l'enfance ;
- D'éviter au mineur de nouveaux traumatismes provoqués au cours des diverses phases de la procédure pénale par la répétition des auditions, et/ou des examens médicaux ;
- D'organiser sa prise en charge pluridisciplinaire, notamment médicale, psychologique et sociale, et son éventuelle protection judiciaire, cette prise en charge pouvant être élargie à sa famille ou à ses proches.

II - MINEURS CONCERNES

Mineurs, émancipés ou non, victimes de viol, agression sexuelle, atteinte sexuelle, corruption de mineur, proxénétisme ou recours à la prostitution d'un mineur, pornographie infantine, ou de tout fait de maltraitance grave.

III - MODALITÉS DE LA PRISE EN CHARGE

Lieu

L'accueil des mineurs aura lieu dans le service de pédiatrie du CHU de NANTES, dans une salle aménagée.

Saisine

La saisine émane des services judiciaires.

Déroulement

La prise en charge implique :

▪ *L'accueil*

Le temps de l'accueil comprend la mise en confiance par le service d'enquête.

Le service d'enquête prend contact avec le secrétariat de l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger,

Du lundi ou vendredi de 9h à 17h

Tél : 02 40 08 44 54 fax : 02 40 08 77 62

Une concertation préalable entre les services judiciaires et l'hôpital permettra d'assurer au mieux l'accueil, la prise en charge du mineur et son audition.

Le secrétariat organise les différents rendez vous comprenant :

- L'accueil du mineur par la puéricultrice ;
- L'audition filmée par le service d'enquête ;
- L'examen médico-psychologique lorsqu'il est nécessaire ;
- La consultation sociale.

L'assistante sociale est avisée par la secrétaire et, le cas échéant, prend contact avec les différentes institutions concernées par l'enfant, en vue d'une évaluation.

Le jour du rendez-vous, le mineur est accueilli dans le service des consultations de pédiatrie par la puéricultrice de l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger. Elle accompagne l'enfant jusqu'à la salle d'audition filmée.

Pendant l'audition, un entretien avec l'assistante sociale est proposé à la famille. Il peut également être proposé à distance.

En toute hypothèse, les professionnels se concertent pour adapter le déroulement de la prise en charge à la situation particulière du mineur.

L'équipe évalue l'opportunité d'une proposition de suivi médico-psycho-social et avise, le cas échéant, l'autorité administrative ou judiciaire.

Dans tous les cas, l'hospitalisation du mineur est toujours possible, dans son intérêt et sur concertation des professionnels.

▪ **L'audition**

L'audition du mineur est réalisée par un enquêteur spécialement formé à cet effet, de la Brigade de Prévention de la Délinquance Juvenile ou de la Brigade des Mineurs du Commissariat de Police de NANTES. Cette audition fait l'objet d'un enregistrement obligatoire en vertu de l'article 706-52 du Code de Procédure Pénale.

La présence d'un tiers au cours de l'audition du mineur (professionnel hospitalier, membre de la famille, administrateur ad hoc...), peut contribuer à rassurer l'enfant et apporter une aide significative aux enquêteurs.

« Art. 706-53. - Au cours de l'enquête ou de l'information, les auditions ou confrontations d'un mineur victime de l'une des infractions mentionnées à l'article 706-47 sont réalisées sur décision du procureur de la République ou du juge d'instruction, le cas échéant à la demande du mineur ou de son représentant légal, en présence d'un psychologue ou d'un médecin spécialistes de l'enfance, ou d'un membre de la famille du mineur ou de l'administrateur ad hoc désigné en application de l'article 706-50, ou encore d'une personne chargée d'un mandat du juge des enfants ».

▪ **L'examen**

A l'issue de l'audition, lorsque cela est nécessaire, et lorsque l'état psychologique du mineur le permet, l'examen médical et psychologique est réalisé, sur réquisition, au mieux sous la forme d'une consultation conjointe.

Un certificat médical est systématiquement rédigé, et remis aux autorités judiciaires.

Dans le cas d'une agression datant de moins de 72 heures, si l'examen clinique permet de recueillir des traces biologiques, des prélèvements sont effectués par le médecin, mis sous scellés, acheminés vers les laboratoires concernés par un Officier de Police Judiciaire, et conservés.

Une réquisition particulière est nécessaire pour chaque laboratoire concerné.

En dehors des heures d'ouverture du secrétariat, si un examen est nécessaire en urgence, les services judiciaires pourront s'adresser aux services d'urgences.

L'urgence se définit comme :

- **Agression datant de moins de 72h ;**
- **Hospitalisation souhaitable : protection immédiate nécessaire, détresse psychologique.**

Le ou la mineur(e) est alors accueilli(e) dans un service d'urgences en fonction de son âge :

De 0-15 ans : urgences pédiatriques

Tél : 02 40 08 38 06 ou 02 40 08 39 02

fax : 02 40 08 46 45

De 15 à 18 ans : urgences gynécologiques

Tél : 02 40 08 77 29

fax : 02 40 08 77 35

Dans ce cas, le service d'urgence transmet le dossier au secrétariat de l'UAED qui pourra contacter ultérieurement le mineur et sa famille pour proposer l'évaluation psychologique et sociale.

Les services d'enquête ont accès à toute heure au local d'audition filmée. Dans la mesure du possible, il est souhaitable que les enquêteurs se présentent aux heures ouvrables.

IV - RÔLES DES DIFFÉRENTS PARTENAIRES

La justice

Direction de l'enquête et exercice de l'action publique, protection judiciaire du mineur.

Les services de police et de gendarmerie

Enquêtes judiciaires d'initiative, ou sur instruction du Procureur de la République ou commission rogatoire du Juge d'Instruction.

Le Barreau

Prise en charge de la défense juridique et judiciaire des intérêts de l'enfant.

Le CHU

- Accueillir, accompagner, prendre soin d'un enfant qui a peut-être été victime de violence,
- Offrir un cadre sécurisant et adapté à l'enfant,
- Répondre à la question de l'évaluation médicale, psychologique et sociale,
- Orienter et organiser le suivi pour l'enfant et sa famille lorsque cela est nécessaire.

Le Conseil Général

Pour les enfants aidés par les services de la Protection de l'Enfance dans un cadre administratif, les parents conservent la totalité de l'autorité parentale. Les travailleurs sociaux peuvent être consultés.

Lorsque les enfants ont été victimes d'infractions à caractère sexuel dans lesquelles **les parents ne sont pas impliqués** mais qu'une mesure judiciaire et de placement a été décidée, les parents peuvent accompagner leur enfant dans toutes les démarches.

Une consultation du référent éducatif permettra d'évaluer l'intérêt de son éventuel soutien ou des modalités d'accompagnement de l'enfant par les parents.

Le référent éducatif est le travailleur social chargé d'aider l'enfant et de mettre en œuvre concrètement le projet socio-éducatif lié à la mesure.

Le responsable du pôle Action Éducative et Familial prend toutes les décisions importantes liées à la prise en charge de l'enfant. Il doit être informé et consulté dans ce cadre.

Lorsque **les parents sont impliqués** dans les infractions dont ont été victime leur enfant, et si un administrateur ad hoc a été désigné, c'est lui qui prépare et accompagne l'enfant tout au long de la procédure et notamment lors de l'audition filmée. Il est le représentant légal des intérêts de l'enfant chargé de l'accompagnement psycho-éducatif de la victime.

Si aucun administrateur ad hoc n'a été désigné mais que son intervention apparaît nécessaire, parce que les parents ne peuvent pas défendre les intérêts de leur enfant, une demande peut être adressée à un magistrat. Sinon, c'est le référent éducatif ou tout travailleur social le mieux placé et impliqué dans une relation de confiance, qui prépare et accompagne l'enfant.

V - SUIVI DE L'APPLICATION DU PROTOCOLE

Un comité de suivi, composé des membres du comité de pilotage, des autres parties signataires du protocole et d'éventuels autres partenaires, se réunit au moins une fois par an, notamment aux fins d'évaluation, quantitative et qualitative, de l'application du présent protocole. Celui ci prend effet pour une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction à compter de sa signature.

VI - CLAUSE EVOLUTIVE

Le présent protocole formalise la prise en charge des mineurs adressés à l'UAED par les services judiciaires. Il s'applique à tous les mineurs victimes entrant dans le champ d'application de la loi. Toutefois, compte-tenu de la nécessité d'une montée en charge progressive, les signataires conviennent de donner la priorité, dans un premier temps, aux :

- mineurs âgés de moins de 12 ans ;
- mineurs présentant des déficiences intellectuelles ;
- situations d'une particulière complexité ;
- agressions datant de moins de 72h.

L'adaptation des moyens à l'activité sera examinée dans le cadre du comité de pilotage.

SIGNATAIRES

Le Président du Tribunal de Grande Instance de Nantes,	Le Procureur du Tribunal de Grande Instance de Nantes,
Le Président du Conseil Général de Loire-Atlantique,	Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Le Directeur du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes,	Le Bâtonnier de l'Ordre des Avocats de Nantes
Le Contrôleur Général, Directeur Départemental de la Sécurité Publique de Loire-Atlantique, Commissaire Central de Nantes,	Le Colonel Commandant du Groupement de Gendarmerie de Loire-Atlantique,
La Directrice de l'Association fédérative « La Voix de l'Enfant »,	

**PARTICIPATION FINANCIÈRE DES INSTITUTIONS PARTENAIRES DU CHU
AU RENFORCEMENT DE L'UAED ET A LA CREATION DU LIEU D'ACCUEIL DES
AUDITIONS FILMEES**

La prise en charge des enfants en danger réunit les compétences des professionnels du CHU des urgences pédiatriques, des services médico-chirurgicaux de pédiatrie, de l'unité universitaire de pédopsychiatrie, du service de Gynécologie Obstétrique et du Centre Fédératif des Activités Médico-Légales.

Le CHU de Nantes effectue les travaux nécessaires des locaux adaptés à l'accueil des enfants en danger, afin de mettre à disposition à partir de janvier 2010 un lieu d'accueil des auditions filmées.

A partir de janvier 2010, chaque institution concernée par la prise en charge des mineurs en danger contribue au financement de cette mission à différents niveaux.

○ **Ministère de la Justice**

Frais de justice liés aux réquisitions, rétrocédés au CHU par les professionnels de santé de l'UAED. Les recettes liées aux frais de justice pourront financer des dépenses de fonctionnement.

○ **Conseil Général**

La convention n° 5610/2004 entre le Conseil Général et le CHU relative à l'accueil des enfants victimes d'abus sexuels est toujours en vigueur. Elle prévoit le financement de :

- 0,4 ETP de secrétaire médicale ;
- 0,3 ETP d'assistante sociale ;
- 0,1 ETP de psychologue.

Afin de participer à la mise en œuvre d'un lieu d'accueil des auditions filmées, le Conseil Général finance en outre 1 poste de puéricultrice à hauteur d'un temps plein, limité à 0,5 ETP en 2010.

○ **Agence Régionale de l'Hospitalisation**

- 0,5 ETP de pédiatre ;
- 0,5 ETP de psychologue ;
- 1 vacation de psychiatre par mois nécessaire à la supervision de l'équipe de l'UAED.

○ **L'Association fédérative « La Voix de l'Enfant »**

- frais d'équipement et d'installation du matériel audiovisuel ;
- 0,5 ETP de puéricultrice, complétant ainsi la participation du Conseil Général jusqu'à ce que ce dernier prenne totalement en charge le poste ;
- un stock de DVD pour l'enregistrement des auditions des mineurs,

**MISSIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTE
DE L'UNITE D'ACCUEIL DES ENFANTS EN DANGER**

Pédiatre

Missions générales

**Coordination de l'ensemble des actions de l'Unité
Dont le lieu d'accueil des auditions filmées**

Activités principales

- Organisation des soins, en hospitalisation et en consultation ;
- Activité clinique dans les services d'hospitalisation et aux urgences ;
- Consultations conjointes pédiatre/psychologue ou pédo-psychiatre ;
- Examens sur réquisitions ;
- Aide à la réflexion pour les autres praticiens, à l'hôpital ou en activité libérale ;
- Liaison avec les autres institutions intervenant dans la protection de l'enfance ;
- Participation aux synthèses de l'équipe (*élaboration d'un projet de soins pour l'enfant*) et aux autres temps inter-institutionnels ;
- Participation à la rédaction des signalements et informations préoccupantes.

Cadre de Santé

Le Cadre de Santé organisera l'activité paramédicale et coordonnera les différents acteurs spécifiques à cette unité, en veillant à l'efficacité et à la qualité de la prise en charge des enfants et de leur famille.

Puéricultrice

Il s'agit d'une création de poste dédié à la prévention, et financé à ce titre par le Conseil Général.

Il est l'aboutissement d'une réflexion UAED- P.M.I. élaborée depuis plusieurs années.

Il requiert responsabilité et autonomie de la personne recrutée qui doit par ailleurs avoir de l'expérience. Elle sera reconnue comme personne ressource dans son institution et dans les institutions partenaires.

Missions générales

- **Contribution à la mise en œuvre du lieu d'accueil des auditions filmées ;**
- **Organisation des soins avec le pédiatre et l'équipe d'UAED ;**
- **Travail de lien inter-institutionnel.**

Activités principales

Accueil et accompagnement des enfants pour leur audition filmée :

- Liaison avec les personnes accompagnantes (famille, professionnels) ;
- Accueil à l'arrivée au CHU de l'enfant et de sa famille ;
- Explication du déroulement de la prise en charge ;
- Observation des premiers échanges ;
- Évaluation de l'état affectif de l'enfant tout au long de la prise en charge, (la puéricultrice a la connaissance du développement staturo-pondéral, psychomoteur et affectif d'un enfant) ;
- Sur demande des gendarmes ou des policiers, assiste à l'audition, sans intervenir mais en empathie et pour soutenir l'enfant ;
- Après l'audition, si un examen sur réquisition est nécessaire, évaluation de la capacité de l'enfant à s'y engager, sinon un rendez-vous est pris à distance ;
- Participation au travail de liaison après l'audition.

Organisation des soins

- Observation de l'enfant en consultation et en hospitalisation ;
- Participation aux soins ;
- Participation aux consultations conjointes ;
- Participation à la rédaction des signalements et informations préoccupantes ;
- Participation aux synthèses de l'équipe (élaboration d'un projet de soins pour l'enfant).

Travail de liens

- Activités inter-institutionnelles (synthèses, formations et informations...) ;
- Liaison avec la PMI et les professionnels des institutions accueillants des enfants....

Pédopsychiatre

Missions générales

Observation, évaluation et mise en œuvre des soins psychiques

Contribution au fonctionnement de l'UAED

Activités principales

- Activité clinique dans les services d'hospitalisation et aux urgences ;
- Consultations conjointes pédiatre/pédopsychiatre ;
- Examens sur réquisition ;
- Soutien des professionnels de l'équipe et analyse des pratiques ;
- Liaison avec l'inter secteur de pédopsychiatrie, le Centre Nantais de la Parentalité, le service d'hospitalisation Mère-Bébé (HOME) ;
- Participation aux synthèses de l'équipe (élaboration d'un projet de soins pour l'enfant) et aux autres temps interinstitutionnels ;
- Participation à la rédaction des signalements et informations préoccupantes.

Psychologue

Missions générales

Observation, évaluation et mise en œuvre des soins psychiques

Contribution au fonctionnement de l'UAED

Activités principales

- Observation, évaluation, et définition du cadre de soins auprès des enfants hospitalisés et de leur famille : élaboration d'un projet de soins et d'accompagnement à la sortie ;
- Consultations conjointes pédiatre/psychologue ambulatoires dans un cadre de soin et de suivi ;
- Consultations conjointes pédiatre/psychologue sur réquisition ;
- Soutien des professionnels de l'équipe et analyse des pratiques : concertation, réflexion et ajustement du cadre de soin hospitalier ;
- Travail de liaison inter-institutionnel avec l'inter secteur de pédopsychiatrie, le Centre Nantais de la Parentalité, le service d'hospitalisation Mère-Bébé (HOME) et les autres institutions intervenant dans la protection de l'enfance... ;
- Participation aux synthèses de l'équipe (élaboration d'un projet de soins pour l'enfant) et aux autres temps inter-institutionnels et d'échange ;
- Participation à la rédaction des signalements et informations préoccupantes.

Assistante sociale

Missions générales

Accueil et accompagnement des familles

Activités principales

- Liaison avec le secteur social ;
- Évaluation des difficultés sociales des familles ;
- Information des familles sur leurs droits, aide aux démarches administratives voire judiciaires ;
- Participation aux synthèses de l'équipe (élaboration d'un projet de soins pour l'enfant) et aux autres temps inter-institutionnels ;
- Participation à la rédaction des signalements et informations préoccupantes.

Secrétaire

- Accueil des enfants et de leur famille ;
- Permanence téléphonique spécifique pour les familles et les professionnels du lundi au vendredi de 9h à 17h ;
- Gestion des rendez-vous ;
- Gestion de la saisie, du classement et de l'archivage des dossiers ;
- Organisation des temps institutionnels (synthèse, rencontre inter-institutionnelles) et saisie des comptes-rendus de séance ;
- Transmissions des demandes et des informations à l'équipe pluridisciplinaire ;
- Vérification du recueil de l'activité.

Gynécologue

- Examens sur réquisition, particulièrement des jeunes filles pubères ;
- Consultations conjointes médecin/psychologue ou pédopsychiatre ;
- Participation aux synthèses et temps inter-institutionnels ;
- Liaisons professionnelles avec l'UGOMPS (unité de gynécologie-obstétrique médico-psycho-sociale) ;
- Participation à la rédaction des signalements et informations préoccupantes.

Annexe 12

HAS

Synthèse des recommandations professionnelles (2007)

Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans)

« Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans) »

OBJECTIF

Proposer un protocole à tous les professionnels concernés par le thème, pour que la « prise en charge en cas de mort inattendue d'un nourrisson » soit standardisée, harmonisée entre les différents intervenants, efficace, et homogène sur l'ensemble du territoire national, afin :

- de réaliser un ensemble d'investigations pour déterminer la cause du décès
- d'améliorer la prise en charge et le suivi de la famille
- de rendre disponibles des statistiques de mortalité fiables

Prise en charge de tous les cas de mort inattendue du nourrisson (MIN) par un centre de référence MIN

- Alerter systématiquement le centre 15 pour tous les cas de MIN
- Établir systématiquement un contact et un échange d'informations entre le centre 15 et le centre de référence MIN
- Transporter le corps de l'enfant vers un centre de référence MIN

Quand alerter l'autorité judiciaire ?

À tout moment de la procédure : s'il apparaît un doute sur l'origine naturelle du décès, le médecin doit alerter les autorités judiciaires

Chaque situation doit être évaluée au cas par cas, si possible de façon multidisciplinaire, en s'appuyant sur l'ensemble des données disponibles (faisceau d'arguments)

Établissement du certificat de décès

- ◆ Dans ce contexte particulier, établir le certificat de décès en deux étapes :
 - Lors de la constatation du décès, remplir un certificat de décès à transmettre à l'état civil :
 - partie administrative : si décès non suspect cocher la case « prélèvements en vue de rechercher la cause du décès », si décès suspect cocher la case « obstacle médico-légal »
 - partie médicale : mentionner la cause la plus probable du décès
 - À l'issue des explorations diagnostiques : remplir un certificat médical de décès complémentaire à transmettre au CépiDc :
 - partie médicale : mentionner les causes du décès retenues après les explorations et compléter la partie « autopsie »

Points clés de la prise en charge

Sur le lieu de l'intervention, en urgence :

- Prise en charge systématiquement médicalisée de l'enfant et des parents
- Remplir une « fiche d'intervention » afin de recueillir toutes les éléments d'information notés sur place
- Organiser le transport du corps de l'enfant (médecin sur place ou centre 15) en accord avec les parents

Au centre de référence MIN :

- Organiser un accueil immédiat et attentionné des parents : entretien médical et accompagnement auprès de l'enfant
- Mener les explorations médicales à visée diagnostique le plus rapidement possible, après accord signé des parents
- Réaliser une autopsie médicale, après information et accord signé des parents selon la procédure définie dans le protocole, si possible dans les 48 premières heures
- Informer les parents des résultats des examens pratiqués
- Aviser les parents que tous les frais (transport de l'enfant, explorations médicales) sont à la charge du centre de référence MIN
- Proposer un soutien psychologique et/ou associatif à la famille

Modalités de suivi à moyen et long terme :

- Organiser au centre de référence MIN une confrontation multidisciplinaire pour analyser les éléments du dossier et faire une synthèse diagnostique
- Prise en charge (accompagnement, soutien psychologique, informations complémentaires, etc.) ultérieure de la famille et des tiers présents lors du décès
- Évaluer la nécessité de mettre en place des comités de revue des cas de décès d'enfants, multidisciplinaires et ayant des objectifs épidémiologiques, d'évaluation des pratiques et de prévention

Protocole de conduite à tenir : « PRISE EN CHARGE EN CAS DE MORT INATTENDUE DU NOURRISSON (MOINS DE 2 ANS) »

Conduite à tenir lors de l'appel téléphonique d'urgence au 15	
Qui : médecin régulateur du centre 15	<ul style="list-style-type: none"> - Envoi immédiat des secours les plus proches et systématiquement d'un véhicule d'urgence médicalisé - Si l'ACR paraît incertain ou récent : conseils par téléphone de gestes de secourisme - Maintenir le contact téléphonique avec l'appelant - Faire préciser les circonstances de l'événement - Si autres enfants présents : s'assurer qu'ils sont pris en charge par un adulte
Conduite à tenir sur place	
Où : sur place Qui : médecin premier intervenant	<ul style="list-style-type: none"> - Selon l'état de l'enfant : entreprendre ou non des manœuvres de réanimation, et les interrompre dans un délai raisonnable en l'absence de reprise d'activité cardiaque - Tenir informés les parents des gestes pratiqués et s'assurer qu'ils ne restent pas seuls - Annoncer le décès aux parents avec respect, tact et empathie, par un médecin (après s'être présenté) - Ne pas évoquer de diagnostic potentiel à un stade aussi précoce - Proposer aux parents un rapprochement physique avec l'enfant décédé - S'assurer de la prise en charge des autres enfants présents et les rassurer - Prendre contact avec le centre de référence MIN pour organiser le transfert de l'enfant - Prévenir le médecin habituel de l'enfant et lui faire préciser les antécédents ou l'histoire médicale récente de l'enfant <p>Si événement en dehors de la présence des parents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les contacter dès que possible - éviter d'annoncer d'emblée le décès par téléphone sauf si les parents le demandent expressément <p>Si décès chez une assistante maternelle : prévenir le service de PMI, s'assurer de la continuité de la garde des autres enfants et s'assurer qu'elle bénéficie d'une prise en charge avec la même attention que les parents</p>
Informations à recueillir sur place : compléter la « fiche de recueil » qui sera transmise au centre de référence	
Où : sur place Qui : médecin premier intervenant	<p>Examen complet de l'enfant dénudé : noter les lésions cutanéomuqueuses, lividités, tension des fontanelles, température, signes de déshydratation ou dénutrition, etc.</p> <p>Entretien avec chacune des personnes présentes et si possible par le même intervenant : guider l'échange en laissant les personnes s'exprimer librement, et en étant attentif à d'éventuelles discordances ou incohérences</p> <p>Documents à recueillir : carnet de santé et ordonnances récentes de l'enfant</p> <p>Examen détaillé du lieu de décès :</p> <ul style="list-style-type: none"> - examen de l'endroit où a été trouvé l'enfant : caractéristiques du lit ou du couchage, type de literie, couettes, coussins, peluches, etc. - température de la pièce, recherche de CO, présence d'animaux, signes de tabagisme - noter la présence de médicaments (pédiatriques ou pour adultes) ou de produits toxiques susceptibles d'avoir pu contribuer au décès - si l'examen du lieu du décès n'est pas possible immédiatement, prévoir avec l'accord des parents une visite ultérieure, dans les 48 h, par l'équipe de centre du référence
Transport du corps de l'enfant	
Où : sur place Qui : médecin premier intervenant	<p>Expliquer aux parents qu'en cas de MIN le transport est systématique vers un centre de référence, pour mener les investigations médicales, afin de rechercher la cause du décès et pour leur proposer une prise en charge dans un service hospitalier spécialisé (on n'évoquera pas sur place la question de l'autopsie, qui sera expliquée à l'hôpital, sauf bien sûr si les parents soulèvent la question)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informer les parents : lieu où est transporté l'enfant, coordonnées du médecin du centre de référence et du médecin « premier intervenant » - Organiser, en lien avec la régulation du 15, le transport vers le centre de référence - proposer aux parents d'accompagner le corps de leur enfant dans le véhicule - Informer les parents que tous les frais de transport de l'enfant (aller, retour et transport secondaire) sont pris totalement en charge par le centre de référence - Si malgré les explications, les parents refusent le transport, le médecin jugera au cas par cas, en fonction des premières constatations, de la nécessité de cocher la case « obstacle médico-légal », après les avoir informés que cela entraînera une prise en charge judiciaire <p>Dans tous les cas, le centre MIN sera tenu informé par la régulation du 15</p>

Quand alerter l'autorité judiciaire ? : Cette question peut se poser à tout moment de la prise en charge	
Qui : médecin premier intervenant ou pédiatre du centre de référence	Sur les lieux du décès, en cas de signes d'emblée évocateurs de maltraitance (ecchymoses multiples ou d'ages différents, morsures, brûlures de cigarettes, maigreur extrême, etc.) : - cocher la case « obstacle médico-légal » sur le certificat de décès et alerter immédiatement les autorités judiciaires (parquet du TGI) Pour les autres situations : - évaluation au cas par cas en s'appuyant sur des éléments objectifs, recueillis sur le lieu du décès et/ou issus des premières investigations hospitalières - si besoin, prendre conseil auprès d'un médecin légiste En cas de décès alors que l'enfant est confié à un tiers, les explorations <i>post-mortem</i> sont indispensables : en cas de refus, contacter le procureur
Prise en charge hospitalière dans un centre de référence MIN	
Où : centre de référence MIN Qui : pédiatre et équipe du centre de référence	Accueil des parents : - veiller à les recevoir dès leur arrivée, dans une pièce réservée, s'adresser à eux en évoquant leur enfant par son prénom - les aborder avec une attitude prudente, patiente, compréhensive, respectueuse de leur douleur, sans chercher à « consoler », et leur expliquer les suites de la prise en charge (examens pratiqués sur l'enfant, procédures administratives, etc.) - compléter les données recueillies initialement par un interrogatoire médical précautionneux - leur proposer un temps d'intimité auprès de leur enfant, les aider et les soutenir - donner si nécessaire des conseils pour l'arrêt brutal de l'allaitement Investigations médicales (à mener dès l'arrivée du corps et après accord écrit des parents) comprenant principalement un examen clinique complet, des examens biologiques (même précautions d'asepsie que chez un enfant vivant) et radiologiques Ces informations seront reportées dans un dossier médical standardisé MIN Tous les frais liés aux investigations sont pris en charge par le centre de référence À ce stade, la situation sera réévaluée avec ces nouveaux éléments, et s'il y a un doute sur l'origine naturelle du décès, le procureur sera alerté
Demande d'autopsie médicale	
Où : centre de référence MIN Qui : pédiatre du centre de référence	C'est un examen primordial dans le bilan pour déterminer la cause du décès : - pratiqué selon un protocole préétabli et par un anatomopathologiste compétent en pédiatrie - il permet le plus souvent d'exclure certaines pathologies héréditaires ou congénitales et les morts violentes - si une cause médicale héréditaire est retrouvée, cela permet d'adapter la prise en charge de la fratrie - la détermination de la cause du décès est un appui pour la famille dans le processus de deuil - tous les frais liés à l'autopsie sont pris en charge par le centre de référence. L'autopsie médicale est donc à proposer systématiquement aux parents - Il est nécessaire de leur en faire signer l'autorisation, après avoir : <ul style="list-style-type: none"> o pris le temps de leur en expliquer l'intérêt et les modalités, o répondu clairement à toutes leurs questions (délais de réalisation, des résultats, aspect de l'enfant après l'examen, etc.) o proposé d'adapter si besoin les modalités en fonction de contraintes culturelles ou religieuses propres à la famille o proposé si besoin un délai de réflexion - Les premiers résultats de cet examen (même partiels) seront expliqués aux parents dans les jours suivants En cas de refus des parents : - effectuer une synthèse des données disponibles (cliniques et paracliniques, dont une imagerie cérébrale indispensable dans ce cas) pour apprécier au cas par cas et si besoin signaler à la justice
Synthèse du dossier médical individuel	
Où : centre de référence MIN Qui : équipe du centre de référence	Confrontation multidisciplinaire permettant d'analyser les informations recueillies, afin principalement de : - conclure à une cause de décès et adapter la prise en charge de la famille en conséquence - faire un signalement si des éléments évocateurs d'une origine violente sont retenus à ce stade Les conclusions de cette confrontation seront expliquées aux parents, et transmises aux médecins concernés

Suivi de la famille et de l'entourage	
Qui : pédiatre du centre de référence - interlocuteur référent lors du suivi	<p>Organiser la prise en charge à court, moyen et long terme de la famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recevoir les parents en consultation pour leur expliquer les résultats des investigations puis les conclusions de la confrontation multidisciplinaire - Informer les membres de la famille qu'ils peuvent bénéficier d'un suivi par un psychologue et donner aux parents, par écrit, les coordonnées de structures ou de professionnels auprès desquels ils pourront trouver un soutien psychologique (CMP, psychiatres, psychologues,...) - orienter les parents vers des associations d'aide au deuil, donner des supports d'information sur le deuil (brochures, sites Internet...) - proposer un soutien aux personnes (autre que la famille) qui avaient la garde de l'enfant au moment du drame - donner des informations et prévoir de renforcer le suivi en cas de grossesse ultérieure
Établissement du certificat de décès	
Qui : médecin, pédiatre du centre de référence ou médecin d'institut médico-légal	<p>Le certificat de décès est un document administratif et un outil d'évaluation en santé publique. Il comprend deux parties : une partie « administrative » et une partie « médicale ».</p> <p>Afin que les informations apportées par ce document soient les plus précises possible, il est recommandé de remplir le certificat médical de décès en deux étapes</p> <p>Après la survenue du décès, remplir le certificat de décès :</p> <ul style="list-style-type: none"> - si cause du décès non suspecte : cocher « oui » pour « prélèvements en vue de rechercher la cause du décès ». Le certificat sera remis à la mairie. - si cause suspecte : cocher « oui » pour « obstacle médico-légal ». Le certificat sera remis à l'autorité judiciaire - dans les deux cas, il sera rempli le plus précisément possible en mentionnant la cause probable du décès (dans la partie I) et les éventuelles causes associées (dans la partie II) - ne pas remplir la partie concernant l'autopsie (pas encore effectuée à ce stade) <p>Un certificat médical de décès complémentaire (formulaire identique au premier certificat) : est à envoyer ultérieurement au CépiDc (par voie électronique dès la mise en place de cette certification), en respectant l'anonymat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à compléter après analyse et synthèse des résultats des investigations - afin de mentionner la cause de décès retenue et de compléter la partie « autopsie » - si la cause demeure inexpliquée : mentionner « mort subite inexpliquée »



Ce document présente les points essentiels des recommandations professionnelles :
 « **Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans)** » - Recommandation pour la
 pratique clinique - date de validation par le Collège février 2007.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité
 sur www.has-sante.fr

Annexe 13

Les notions fondamentales du droit de la famille et de la protection de l'enfance

Édouard Durand²²

Alors que la période contemporaine est le théâtre d'une mutation profonde du droit de la famille et de l'enfance, il est utile de préciser quelques notions fondamentales qui sont à la fois fréquemment utilisées et souvent mal connues : l'autorité parentale et l'intérêt supérieur de l'enfant.

L'autorité parentale

Conformément aux dispositions de l'article 371-1 du Code civil, « L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité. »

L'autorité parentale a été créée par la loi du 4 juin 1970 par laquelle le législateur l'a substituée à la puissance paternelle. Or, en se référant à Hannah Arendt²³, on retiendra d'une part que le pouvoir et l'autorité ont en commun la hiérarchie et d'autre part qu'à la différence du pouvoir (de la puissance), l'autorité « exclut toujours le recours à des moyens extérieurs de coercition », autrement dit à la violence.

Ainsi, l'autorité parentale doit être comprise :

- comme une construction sociale consacrant à la fois l'égalité des deux parents (à la différence de la puissance paternelle) et la hiérarchie entre les parents et l'enfant ;
- comme une prérogative excluant le recours à la violence. D'ailleurs, un parent violent n'inspire pas l'autorité mais la peur.

Juridiquement, l'autorité se définit comme un pouvoir donné pour l'exercice d'une fonction. C'est la raison pour laquelle la doctrine désigne l'autorité parentale comme un droit-fonction, en écho aux dispositions du Code civil qui la définit comme un ensemble de droits et de devoirs indissociables.

L'autorité parentale s'applique traditionnellement aux divers champs de la protection et du développement de l'enfant : la santé, l'éducation, la surveillance principalement.

En droit, l'autorité se définit aussi comme un pouvoir subordonné à une finalité ; sur ce point, l'article 371-1 du Code civil énonce clairement que la finalité de l'autorité parentale est l'intérêt de l'enfant, qui a été substitué à la protection de l'enfant (finalité énoncée par la loi du 4 juin 1970) par la loi du 4 mars 2002 sous l'influence de la Convention internationale des droits de l'enfant.

²² Juge des enfants, coordonnateur de formation à l'École nationale de la Magistrature

²³ Hannah Arendt. *La crise de la culture, Qu'est-ce que l'autorité ?* Paris, 1972, Gallimard.

L'exercice de l'autorité parentale

L'ambition de promouvoir la coparentalité conduit le législateur et les juridictions à favoriser par principe l'exercice conjoint par les deux parents de l'autorité parentale, quelle que soit la situation du couple et de la famille.

Ainsi l'article 372 du Code civil dispose :

« Les père et mère exercent en commun l'autorité parentale.... Toutefois, lorsque la filiation est établie à l'égard de l'un d'entre eux plus d'un an après la naissance d'un enfant dont la filiation est déjà établie à l'égard de l'autre, celui-ci reste seul investi de l'exercice de l'autorité parentale. Il en est de même lorsque la filiation est judiciairement déclarée à l'égard du second parent de l'enfant.... L'autorité parentale pourra néanmoins être exercée en commun en cas de déclaration conjointe des père et mère adressée au greffier en chef du tribunal de grande instance ou sur décision du juge aux affaires familiales. »

Et l'article 373-2 du même code prévoit que « la séparation des parents est sans incidence sur les règles de dévolution de l'exercice de l'autorité parentale. »

Si la loi prévoit de confier à l'un des deux parents l'exercice exclusif de l'autorité parentale, « si l'intérêt de l'enfant le commande » (art. 373-2-1 c.civ), le principe de coparentalité conduit à une application restrictive de cette disposition.

Pourtant, l'exercice exclusif de l'autorité parentale est l'un des moyens, juridique et éducatif, de favoriser la protection de l'enfant, notamment dans les situations de violences familiales et tout particulièrement de violences conjugales. En effet, on observe que dans le contexte des violences conjugales, l'exercice conjoint de l'autorité parentale est un moyen de perpétuer l'emprise même après la séparation conjugale²⁴.

L'exercice de l'autorité parentale à l'égard de l'enfant placé

Lorsque l'enfant est confié à un tiers ou une institution par décision du juge des enfants en assistance éducative, et conformément aux dispositions de l'article 375-7 du Code civil, « Les père et mère de l'enfant bénéficiant d'une mesure d'assistance éducative continuent à exercer tous les attributs de l'autorité parentale qui ne sont pas inconciliables avec cette mesure. Ils ne peuvent, pendant la durée de cette mesure, émanciper l'enfant sans autorisation du juge des enfants. »

Ainsi, lorsqu'une mesure de placement est prononcée, les parents continuent d'exercer l'autorité parentale²⁵. Toutefois, le juge des enfants peut, dans des conditions strictement définies par la loi, autoriser la personne ou le service à qui l'enfant est confié à prendre une décision relevant de l'autorité parentale :

« Sans préjudice de l'article [373-4](#) et des dispositions particulières autorisant un tiers à accomplir un acte non usuel sans l'accord des détenteurs de l'autorité parentale, le juge des enfants peut exceptionnellement, dans tous les cas où l'intérêt de l'enfant le justifie, autoriser la personne, le service ou l'établissement à qui est confié l'enfant à exercer un acte relevant de l'autorité parentale en cas de refus abusif ou injustifié ou en cas de

²⁴ Durand E. *Violences conjugales et parentalité : protéger la mère c'est protéger l'enfant*. Paris, 2013, L'Harmattan.

²⁵ Voir notamment, le rapport de l'ONED : *Famille, parenté, parentalité et protection de l'enfance, quelle parentalité partagée dans le placement ?* (Coordonné par Xavier Charlet), septembre 2013

négligence des détenteurs de l'autorité parentale, à charge pour le demandeur de rapporter la preuve de la nécessité de cette mesure. »

Le retrait de l'autorité parentale

La maltraitance des enfants peut également conduire à retirer l'autorité parentale aux parents ou à l'un d'eux.

Le retrait d'autorité parentale peut être prononcé par les juridictions pénales, la cour d'assises en cas de crime ou le tribunal correctionnel en cas de délit. Conformément aux dispositions de l'article 378 du Code civil, « peuvent se voir retirer totalement l'autorité parentale par une décision expresse du jugement pénal les père et mère qui sont condamnés, soit comme auteurs, coauteurs ou complices d'un crime ou délit commis sur la personne de leur enfant, soit comme coauteurs ou complices d'un crime ou délit commis par leur enfant, soit comme auteurs, coauteurs ou complices d'un crime sur la personne de l'autre parent. »

Toutefois, il peut aussi être prononcé par le tribunal de grande instance, en dehors de toute condamnation pénale, notamment dans le cas de maltraitance :

« Peuvent se voir retirer totalement l'autorité parentale, en dehors de toute condamnation pénale, les père et mère qui, soit par de mauvais traitements, soit par une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques ou un usage de stupéfiants, soit par une inconduite notoire ou des comportements délictueux, soit par un défaut de soins ou un manque de direction, mettent manifestement en danger la sécurité, la santé ou la moralité de l'enfant. » (art. 378-1 al 1 c.civ)

Le même texte prévoit enfin que « peuvent pareillement se voir retirer totalement l'autorité parentale, quand une mesure d'assistance éducative avait été prise à l'égard de l'enfant, les père et mère qui, pendant plus de deux ans, se sont volontairement abstenus d'exercer les droits et de remplir les devoirs que leur laissait l'article [375-7](#). »

L'intérêt de l'enfant

Sous l'influence notamment de la Convention internationale des droits de l'enfant, l'intérêt supérieur de l'enfant est devenu l'une des notions fondamentales du droit de la famille, et plus largement de l'ensemble des champs disciplinaires et professionnels ayant trait à la famille et à l'enfance.

Si la Convention internationale des droits de l'enfant utilise le vocable d'intérêt supérieur de l'enfant, le droit français utilise celui d'intérêt de l'enfant.

L'intérêt de l'enfant est la finalité de l'autorité parentale (voir supra) et apparaît aussi comme un principe transversal du droit de la famille ; il est un des principes directeurs²⁶ de l'assistance éducative.

La loi du 5 mars 2007 a très opportunément fait référence à l'intérêt de l'enfant en créant dans le code l'action sociale et des familles un article L112-4 qui dispose « L'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant. »

²⁶ Laurence Bellon, *L'atelier du juge*, 2011, Erès.

La référence aux besoins fondamentaux de l'enfant est ici essentielle ; elle conduit à distinguer deux approches de l'intérêt de l'enfant qui paraissent déterminantes.

D'une part, l'intérêt de l'enfant peut être compris et utilisé comme une approche « au cas par cas » des besoins de chaque enfant dans les décisions judiciaires et non judiciaires prises pour assurer sa protection et son développement. Dans une certaine mesure, cette interprétation de l'intérêt de l'enfant est dominante. Elle transparaît dans les normes européennes²⁷ et semble utilisée en ce sens par les juridictions françaises.

D'autre part, l'intérêt de l'enfant peut être recherché en référence plus étroite aux besoins fondamentaux de tout enfant, sur les plans physiques, intellectuels, sociaux et affectifs. Cette approche doit être privilégiée car elle est susceptible de mieux guider les adultes chargés de protéger les enfants, les parents au premier chef puis les professionnels, et d'assurer une plus grande cohérence des décisions.

²⁷ Par exemple, la directive européenne du 25 octobre 2012 sur les droits des victimes en son article 1 : les États membres veillent à ce que, lorsqu'il s'agit d'appliquer la présente directive et que la victime est un enfant, l'intérêt supérieur de l'enfant soit une considération primordiale, évaluée au cas par cas. »

Annexe 14

Le travail social, les CRIP et leur évolution

Auditions le 10 avril 2014, par le Comité de suivi, de :

Brigitte Bouquet, professeur émérite, Chaire de travail social et intervention sociale du CNAM

Joëlle Nicoletta, responsable de la CRIP des Côtes d'Armor.

Audition de Joëlle Nicoletta

- La cellule départementale de recueil des informations préoccupantes (CRIP) est un **dispositif centralisé dans les Côtes d'Armor conformément à l'esprit de la loi**. Il s'agit d'éviter la déperdition d'informations. La cellule recueille et traite toutes les informations préoccupantes (IP) quelque soit l'émetteur.
- **Les missions de la CRIP s'exercent en articulation avec les services médico sociaux du département et avec les partenaires** concourant à la protection de l'enfance.
- Un **protocole** départemental a été signé par ces derniers, formalisant le circuit des IP. La CRIP est donc bien repérée au niveau départemental.
- Les partenaires signataires du protocole participent également à l'observatoire départemental. Les enjeux de l'ODPE (observatoire départemental de la protection de l'enfance) sont de transmettre les données anonymisées à l'ONED conformément au cadre légal et réglementaire, d'assurer le suivi du schéma , des évaluations externes des établissements accueillants des mineurs et de partager et analyser les connaissances des publics concernés par la protection de l'enfance sur le territoire départemental afin d'éclairer les politiques publiques. La protection de l'enfance étant une compétence départementale, et face à la disparité de mise en œuvre de cette politique, il est indispensable qu'un pilotage nationale fort existe.
- Dans le cadre de l'information préoccupante, **l'évaluation** est une question centrale. Elle doit intégrer les principes de la loi de 2007 et les valeurs de service public en assurant :
 - *une égalité de traitement des mineurs sur l'ensemble du territoire ;
 - *une dimension participative des mineurs et leur famille ;
 - *une lisibilité de l'action départementale.
- L'évaluation dans le cadre d'une IP constitue une **opportunité pour un travail de prévention**. La loi de 2007 a précisé et restreint le sens du terme signalement en le réservant à la saisie de l'autorité judiciaire. La logique de l'IP est autre et doit être comprise dans sa dimension de prévention : « se préoccuper » de la situation d'un enfant en risque potentiel et l'évaluer le plus précocement possible.
- Ce changement de terminologie a des conséquences sur l'intervention sociale en introduisant un seuil d'anticipation. Elle se situe en amont et **vise à prévenir en assurant un suivi à toute difficulté évaluée.**
- L'évaluation de l'IP pose la question du mandat des TMS (travailleurs médico sociaux) : comment travailler sur les compétences parentales sans renoncer à protéger l'enfant à partir d'une commande explicite ?

- Sur le plan méthodologique, l'évaluation d'une information préoccupante ne justifie en aucun cas une posture d'enquête ou de vérification du contenu de l'IP qui mettrait inévitablement la famille dans une position défensive et les professionnels en porte à faux avec leur éthique. Une formation obligatoire au **référentiel CREA/ONED** validé scientifiquement a été dispensée à tous les travailleurs médico sociaux en charge de l'évaluation.
- L'utilisation du référentiel permet d'établir des constats partagés et non des appréciations normatives pouvant être ressenties comme menaçantes. L'évaluation est centrée sur les besoins de l'enfant présents et à venir et prend en compte la dimension pluridisciplinaire.
- Il existe un comité de pilotage national du référentiel CREA/ONED pour garantir son application ; il est important d'assurer une homogénéité de traitement dans le souci d'un traitement équitable et fiable, à cet égard son utilisation généralisée serait pertinente.
- A relever : 80% des IP concernent des situations ayant fait l'objet d'une intervention par les services du département pour diverses difficultés (aides financières, RSA ...) cela pose la question des risques qu'il importe de définir.
- Dans les Côtes d'Armor a été créé un « groupe ressources » composé d'une **équipe pluridisciplinaire** : conseillers techniques + l'équipe de la CRIP aide à l'appropriation (2 AS, 2 ES, 1 médecin (30%), 3 administratifs, 1 chef de service.
- Ce groupe a vocation à soutenir l'appropriation du référentiel par tous les professionnels et assurer la formation des nouveaux. Actuellement, 6 mois après la fin de la formation, 15% des professionnels utilisent le référentiel.
- La subsidiarité et **l'articulation avec le parquet** doivent être clairement définies ; la réactivité du parquet est un facteur important ; dans le département c'est aujourd'hui le cas : les saisies sont traitées en temps réel et le Parquet les suit à 100 %.
- Carences en **formation spécialisée** au titre de la formation initiale sur la protection de l'enfance ; de même la formation continue devrait être mieux programmée selon un plan de formation ; les formations collectives sont utiles, créant une dynamique et une base commune pour tous ceux qui sont concernés par la protection de l'enfance ; la formation des cadres est également à renforcer : le recrutement des cadres se fait maintenant essentiellement à l'issue des concours administratifs et les « postes enfance » (ASE) sont les derniers choisis.
- Actuellement ce sont les travailleurs sociaux dits « généralistes » qui sont en charge de la prévention et de l'évaluation des IP. Leur formation n'est pas assez spécialisée dans le champ de la protection de l'enfance et le repérage de la maltraitance. De plus, il leur est difficile de prioriser la protection de l'enfance dans l'ensemble de leurs missions qui vont de l'accès aux droits en passant par l'insertion et le vieillissement.
- En France, contrairement au Québec, la protection de l'enfance reste souvent traitée de manière conjoncturelle, au niveau de la crise. Peu d'analyse structurelle projetant **l'avenir de l'enfant** qui reste trop souvent soumis aux aléas parentaux.
- Les enfants restent trop souvent exposés à la pathologie du lien : il est difficile de reconnaître que certains parents ne pourront pas assumer leurs rôle sur du long terme en raison de difficultés personnelles durables.
- Il est important de rappeler que la protection de l'enfance est la seule politique publique qui permet un véritable « droit d'ingérence » certes encadré. Les intérêts des familles ne doivent pas faire oublier les droits et besoins des enfants. L'autorité

parentale est un ensemble de droits et devoirs permettant d'assurer la protection de l'enfant.

- Il est observé à l'occasion du débat que la **collégialité** est essentielle pour éviter l'isolement, rendre plus solide et fiable l'évaluation. Il est nécessaire de ne pas faire d'amalgame entre la négligence des parents qui peut avoir un impact sur le développement de l'enfant et les difficultés socio-économiques qu'ils rencontrent.
- Est aussi abordé le **projet pour l'enfant** qu'il faudrait davantage développer car il favorise une vision globale de la problématique, donne de la lisibilité aux actions à entreprendre, recentre sur l'enfant, prend en compte son contexte de vie, contribue à impliquer les parents, la famille....
- Il est relevé qu'une **analyse clinique** des situations est indispensable ; la pathologie du lien n'a rien à voir avec la stigmatisation ; il est aussi relevé que la pathologie mentale peut dans certains cas faire écran à des situations de danger.

Audition de Brigitte Bouquet

- **Complexité** extrême du travail de terrain ; les difficultés sur le terrain sont réelles ; les questions sont tensionnelles ;
- Pour les assistantes sociales **du fait de la forte demande concomitante des diverses institutions**, elles se retrouvent **trop** solitaires devant les arbitrages entre les **multiples priorités** (logement, aide financière, protection des enfants, etc.) ;
- Le repérage et le diagnostic des situations ne sont pas si simples à effectuer ; cela est d'autant plus vrai aujourd'hui, alors que les moyens humains baissent, alors que les **situations plus complexes** nécessitent plus de disponibilité ; l'interrogation de ces professionnels est donc forte, leurs difficultés sont difficiles à exprimer ;
- Les **disparités** de moyens et de traitement à l'échelle nationale posent question ;
- Le dispositif apparaît normatif (excessivement, plus de procédures, d'écrits ...) et donc lourd, laissant **moins de temps pour le travail avec les familles** ;
- La CRIP doit être vécue comme un appui, mais elle l'est souvent comme une norme, un donneur d'ordre qui envoie les AS seules sur le terrain, ces dernières parlent de « toute puissance de la CRIP » ; il est évoqué l'existence dans un département d'une commission de recours pour « contrebalancer » le poids de la CRIP ;
- Les tensions résultent bien souvent de cette **contradiction** entre la nécessité d'évaluer vite et celle de se donner le temps de comprendre la situation compte tenu de sa complexité ;
- Les AS **craignent l'asymétrie relationnelle renforcée suite à un signalement. Comment faire** « pour ne pas perdre le contact avec la famille » ? ; les familles considèrent qu'elles sont jugées ; le signalement peut engendrer une perte de confiance ; il y a nécessité de dialoguer en dépit de la méfiance ; il faut savoir composer entre le respect de la personne et l'ingérence dans la vie privée ; à la fois assurer aide et contrôle, aide et contrainte ; cet équilibre n'est jamais assuré, jamais acquis ; **il pose les questions de l'accord de la famille, de son « adhésion » et de « sa participation » réelle à la mesure ; parfois « faux accord des parents »** qu'on croyait acquis et qui le retirent ;
- Il faut être conscient également de l'impact pour les familles d'informations préoccupantes ou signalement injustifiés. **Ne pas surajouter de la souffrance** ;

- Faut-il s'occuper des parents ou des enfants ; les consignes institutionnelles varient **et provoquent cette logique bipolaire** ;
- Problème du manque de soutien des cadres de proximité qu'il faut former aussi ; la **formation des cadres** est à revisiter ;
- **En formation initiale : Développer la réflexion sur le secret professionnel/partage d'informations** ;
- La formation continue se réduit ; or, la formation continue doit être **sauvegardée car elle permet de mieux appréhender l'implication et le positionnement** ;
- Les formations pluri-professionnelles doivent se multiplier au sein même des institutions pour acquérir le même langage, et favoriser les complémentarités ;
- Il n'existe que peu de groupes de réflexion sur les pratiques professionnelles au niveau local ; or, l'écoute, le soutien des professionnels de la protection de l'enfance sont indispensables pour pouvoir poursuivre leur mission ; ils se sentent en général très **isolés** ; se développe un fort **sentiment d'impuissance**, tant les priorités sont nombreuses et les situations complexes.

LISTE DES SIGLES

AFREE	Association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement
AP-HP	Assistance publique - Hôpitaux de Paris
ARS	Agences régionales de la santé
ASE	Aide sociale à l'Enfance
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BPM	Brigade de Protection des Mineurs
CASED	Cellule d'accueil spécialisée de l'enfance en danger
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CepiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm)
CG	Conseil Général
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CIDE	Convention internationale des droits de l'enfant
CIM	Classification internationale des Maladies de l'OMS
CIM - 10	Classification internationale des Maladies de l'OMS – 10 ^{ème} révision
CMP	Centre médico-psychologique
CNAM	Conservatoire National des Arts et Métiers
CNAPE	Convention nationale des associations de protection de l'enfance
CNIL	Commission nationale de l'Informatique et des Libertés
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRIP	Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes
CREAI	Centre régional pour les enfants, adolescents et adultes inadaptés
DES	Diplôme d'Études spécialisée
DGESCO	Direction générale de l'Enseignement scolaire (depuis 2006)
DGS	Direction générale de la Santé
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et de la Statistique
EHESP	École des hautes études en santé publique
Elfe	Étude longitudinale française depuis l'enfance
ENM	École Nationale de la Magistrature
EPP	Entretien Périnatal Précoce

ETP	Équivalent temps plein
HAS	Haute Autorité de Santé
IME	Institut médico-éducatif
IMP	Institut médico-pédagogique
IMPRO	Instituts médico-professionnels
INED	Institut national d'études démographiques
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IP	Information préoccupante
IUFM	Institut Universitaire de Formation des Maîtres
JAF	Juges aux affaires familiales
MAP	Menace d'accouchement prématuré
MDPH	Maisons Départementales des Personnes Handicapées
MIG	Missions d'intérêt général
MIN	Mort inattendue du nourrisson
ODAS	Observatoire de l'Action sociale décentralisée
ODPE	Observatoire départemental de la protection de l'enfance
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONED	Observatoire national de l'Enfance en Danger
ONDRP	Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales
ORS	Observatoire régional de la Santé
PACES	Première Année Commune des Études de Santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PCG	Président du Conseil général
PCRD	Programme communautaire de recherche et de développement
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRAPS	Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins
RMM	Revue de Mortalité et de Morbidité
SBS	Syndrome du bébé secoué

SESSAD	Services d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile
SIGAPS	Système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques
T2A	Tarifcation à l'activité
TGI	Tribunal de grande Instance
TMS	Travailleurs médico sociaux
UAED	Unité d'accueil des enfants en danger
UF	Unité Fonctionnelle
UGOMPS	Unité de gynécologie-obstétrique médico-psycho-sociale
UMJ	Unité médico-judiciaire
UMPSP	Unité Médico Psycho Sociale en Périnatalité