

Aspect légal et social du dépistage de la maltraitance de l'enfant dans le cadre de la Loi de mars 2007

C. MAUREY-FORQUY

La loi du 10 juillet 1989 fait obligation d'évaluer, de signaler et d'agir dès qu'il y a présomption de mauvais traitements : toute atteinte physique et mental ayant des conséquences graves sur le développement physique ou psychologique d'un enfant et exercé par un adulte : coups, blessures, négligences, privations de soins ou d'aliments, abus sexuels, cruauté mentale ; tout ce qui inflige à l'enfant une souffrance inutile, exagérée et non justifiée.

Le Code pénal étend la notion de sévices à plusieurs catégories : « ... *les mauvais traitements et privations infligés à certaines catégories de personnes (mineur de moins de 15 ans ou personne non en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse)* ».

L'article 222-8 du Code pénal a introduit une notion qui est celle de « **vulnérabilité particulière** », concernant la répression des violences.

La loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 (JO du 6.03.07) sur la protection de l'Enfance affiche trois grandes ambitions : améliorer la prévention, rationaliser la procédure de signalement et développer les modes de prise en charge des enfants tout en diversifiant les types d'intervention sociale.

Cette loi introduit expressément la prévention des dangers et des risques de danger pour l'enfant dans le champ de la protection de l'enfance. Dans le Code de l'action sociale et des familles et le Code civil, les mots « mineurs maltraités »

Correspondance : Claudine Maurey-Forquy, Service Social Necker-Enfants Malades, 149, rue de Sèvres, 75015 Paris. Tél. : 01 44 49 47 79. E-mail : claudine.maurey-forquy@nck.aphp.fr

sont remplacés par les mots « **mineurs en danger** » et les « mauvais traitements » par « **situations de danger** ».

L'intérêt de l'enfant est défini comme « la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits ».

L'article 1^{er} de la loi a pour objet de clarifier les objectifs de la protection de l'enfance pour l'ensemble des acteurs et de donner à ces derniers un cadre d'action commun et cohérent : « *La protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs* ».

La loi attribue au président du Conseil Général **un rôle de coordination** visant à améliorer la continuité du suivi des enfants lorsqu'une mesure est prise par l'autorité judiciaire.

Il centralise les informations avec la création d'une **cellule de recueil et de traitement des informations préoccupantes et d'un observatoire départemental de la protection de l'enfance** placé sous son autorité. Ces informations relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, doivent être données à tout moment et quelle qu'en soit l'origine.

Il doit organiser les modalités de coordination en amont, en cours et en fin de procédure.

Les services publics ainsi que les établissements publics et privés susceptibles de connaître des situations de mineurs en danger ou risquant de l'être participent au dispositif départemental.

L'instauration d'un secret professionnel partagé :

Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance.

Il a été dit « *qu'en aucun cas, ces informations ne peuvent être communiquées à des services de police ou de gendarmerie dans le cadre d'un délit qui serait commis au sein de la famille concernée, ou au maire dans le cadre, par exemple, du contrat de responsabilité parentale* ».

Trois axes d'évaluation sont décrits dans le Guide Pratique de la Protection de l'Enfance édité par le Ministère de la Santé et des Solidarités (2007) au regard : de l'état des besoins essentiels au développement de l'utilisateur (physique, intellectuel, affectif et social), à la préservation de sa santé, sa sécurité, sa moralité et son autonomie ; de l'état des relations de l'utilisateur et du potentiel de l'entourage à se mobiliser ; et du contexte familial et de l'environnement influant sur sa situation et son développement.

1. Que faire en situation d'urgence ?

1.1. Mise à l'abri de l'enfant dans les situations de suspicion de maltraitance

Il n'est pas nécessaire d'avoir de certitude pour hospitaliser l'enfant suspect d'être victime de maltraitance. En cas de suspicion, l'hospitalisation s'impose. Quelles sont les circonstances de l'admission ? : Par qui a-t-il été adressé ? par l'équipe de secteur, par l'école, par le médecin traitant, par le SAMU ou les pompiers mais aussi par les instances judiciaires ou de police ou par les parents ou un autre membre de la famille.

Les mauvais traitements ou leur suspicion sont parfois le motif d'hospitalisation mais le plus souvent le motif est autre. Le médecin présent à l'admission s'efforcera, en cas de suspicion, d'obtenir l'hospitalisation pour permettre une mise en observation et un bilan complémentaire (quel que soit le milieu économique). En cas de refus, le service social hospitalier doit s'assurer d'une liaison avec les services extrahospitaliers susceptibles de connaître ou de prendre en charge l'enfant.

Globalement, on peut distinguer deux situations cliniques relativement contrastées qui appellent des conduites différentes : *l'existence de sévices graves ou la forte suspicion d'un danger immédiat* pour l'enfant (**tableau 1**). En cas d'urgence et de réel danger, l'équipe hospitalière et plus particulièrement l'assistant de service social aura recours au procureur de la République qui délivrera une OPP (Ordonnance de Placement Provisoire) qui confiera celui-ci à l'institution hospitalière, donc permettra l'hospitalisation de l'enfant contre la volonté des parents.

La seconde situation concerne la suspicion de sévices sans danger avéré dans l'immédiat (**tableau 2**) avec un signalement administratif auprès du Président du Conseil Général utile pour étudier la mesure de protection de l'enfant en dehors d'un contexte de danger manifeste.

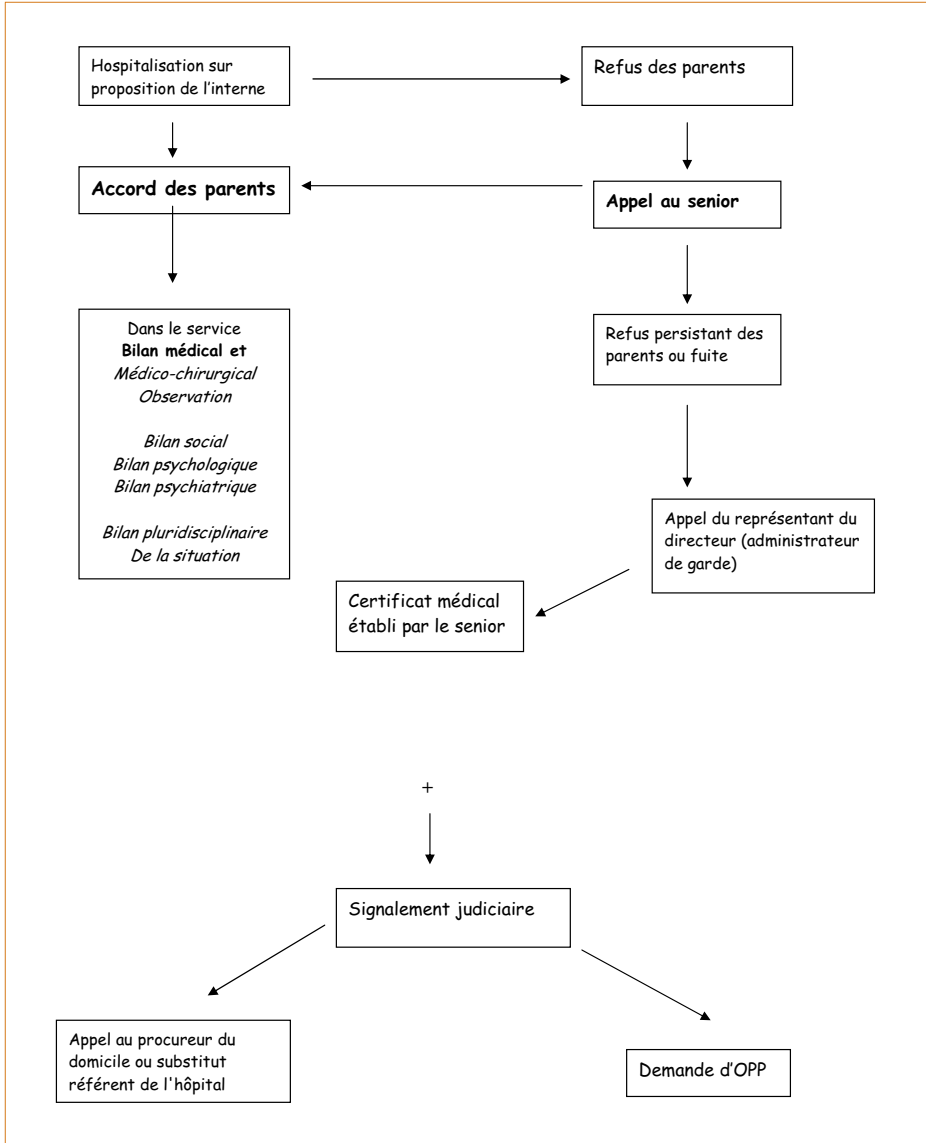
Une troisième situation concerne particulièrement *les suspicions ou abus sexuels* (**tableau 3**).

Dans le domaine de la protection de l'enfance, l'assistant social hospitalier devra avant tout :

Évaluer le danger encouru par l'enfant pour permettre au médecin d'établir le diagnostic ; les observations du personnel soignant et du personnel éducatif sont importantes. Le Service social tentera d'obtenir des informations sur l'enfant et sa famille auprès des différents services médico-sociaux les connaissant.

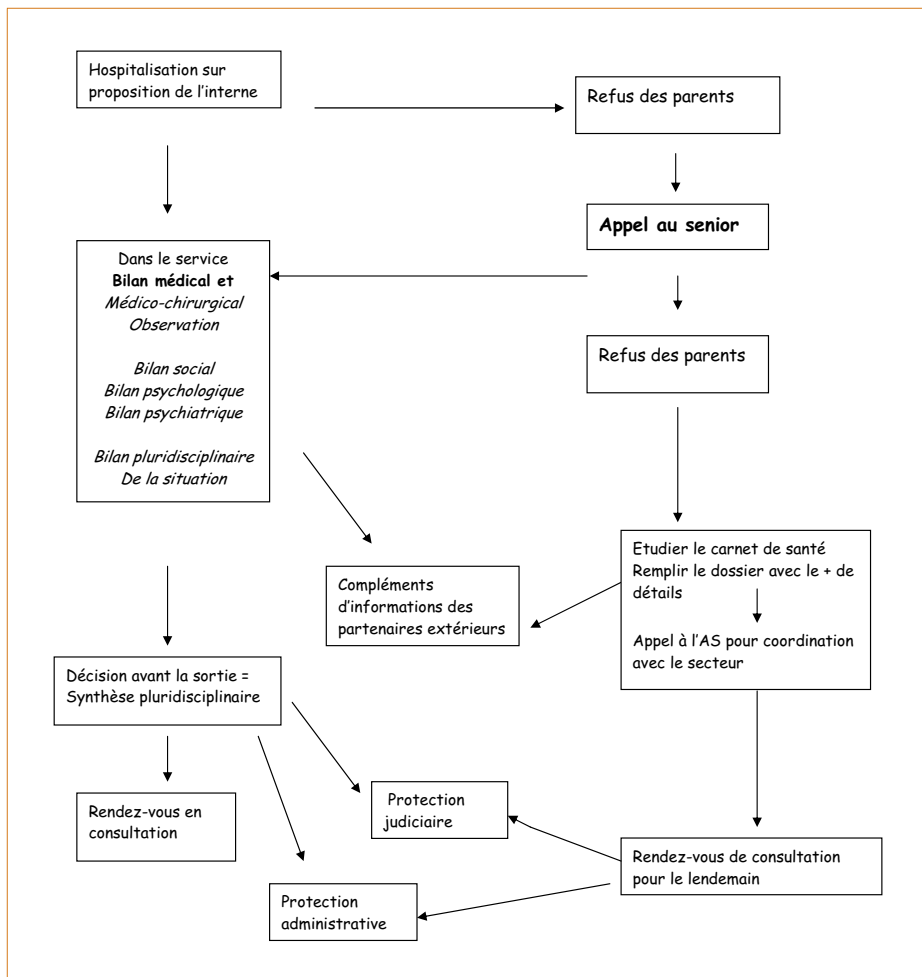
Il devra évaluer certaines données avec la famille au cours d'entretiens : des données liées à la famille et à son histoire : par exemple mise en évidence d'exigences éducatives inadéquates, difficultés psychoaffectives antérieures (abandon, placement, dissociation familiale, ruptures...); des données liées à l'environne-

Tableau 1 – Sévices graves ou suspicion de danger immédiat



ment socio-culturel : familles défavorisées (chômage, pauvreté), mauvaises conditions de logement ou encore des difficultés d'intégration ; des périodes de vulnérabilité de la famille : deuil, grossesse non désirée, isolement lié à un changement de domicile, divorce ; des dysfonctionnements dans la relation parents/enfants : indifférence, hostilité ou agressivité vis-à-vis de l'enfant plus particulièrement au moment des repas, intolérance aux cris, absence de projet, état dépressif...

Tableau 2 – Suspicion de sévices sans danger avéré immédiat

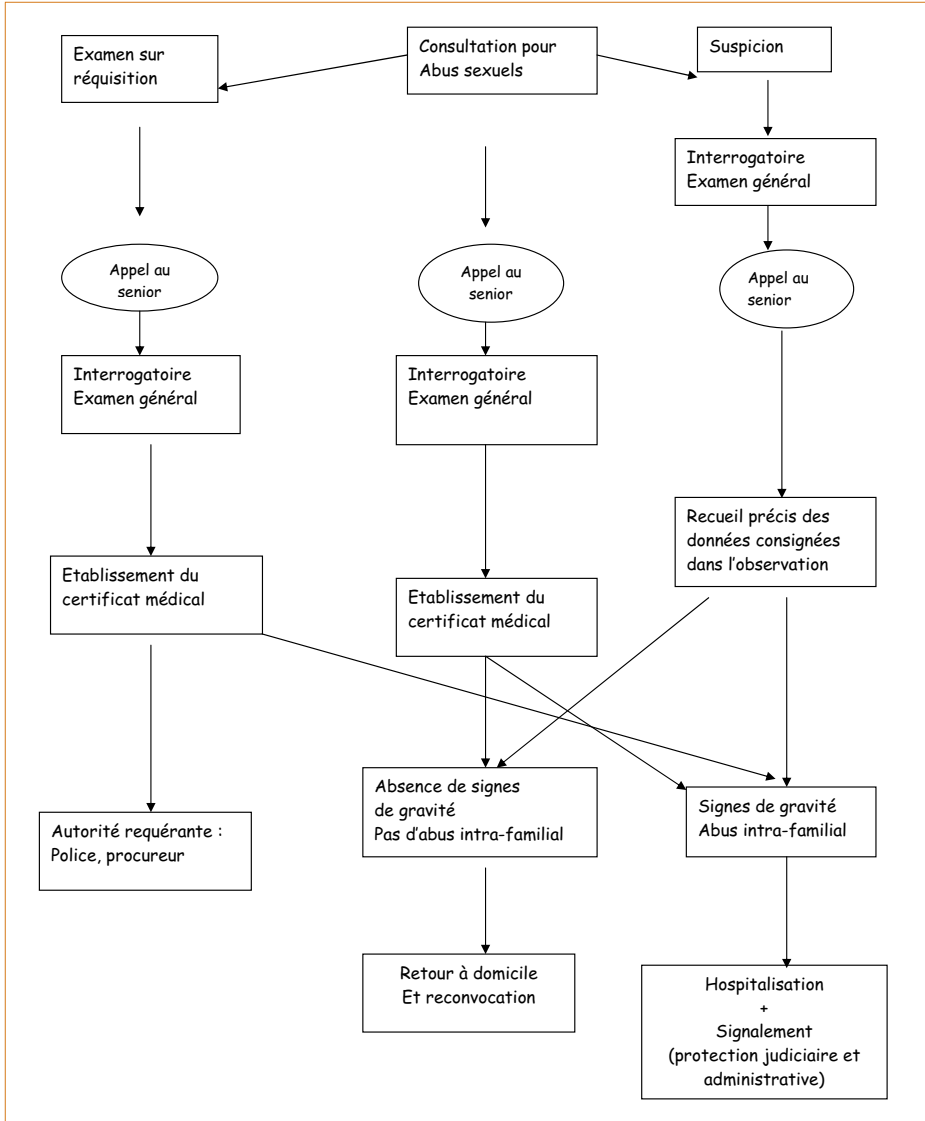


Identifier les conduites de santé et les conduites à risque dans chaque famille

À partir d'informations élémentaires sur le développement psycho-moteur, sur les conditions de vie de l'enfant, l'Assistante Sociale doit repérer le comportement des parents et plus particulièrement celui de la mère face au jeune enfant.

Repérer et identifier les partenaires intervenant dans la prise en charge de l'enfant suspecté de maltraitance grâce à un recueil de données auprès des partenaires sur le vécu de la personne sur son environnement familial et amical, une analyse des potentialités de l'entourage, une mise en commun des éléments de danger ce qui engendre des décisions en équipe avec une décision de signalement ou pas, des mesures de protection, un retour à domicile ou une séparation.

Tableau 3 – Abus sexuels



Impliquer les partenaires ou en chercher d'autres

Préparer le patient à sa sortie ou à une séparation avec son milieu tout en préservant les liens familiaux.

C'est donc grâce au travail d'équipe dans les services d'hospitalisation que le service social pourra progresser dans son évaluation des situations et proposer des solutions adaptées et cohérentes dans la protection des personnes et l'accompa-

gnement des familles. Il assurera le lien entre l'hôpital et les partenaires extérieures en évaluant également les potentialités de l'environnement.

1.2. Les modalités du signalement

Dans la loi du 5 mars 2007, les modalités du signalement sont réorganisées en vue de donner la primauté à l'intervention sociale sur l'intervention judiciaire.

Désormais, les cas de saisine de la justice par le président du conseil général obéissent à de nouvelles règles qui diffèrent selon que l'enfant est en danger ou présumé être en danger :

1.2.1. Si l'enfant est en situation de danger

Le président du Conseil Général doit aviser, sans délai, le procureur de la République si : l'enfant a déjà fait l'objet d'une ou plusieurs mesures à domicile, d'accueil de jour ou ponctuel qui n'ont pas permis de remédier à la situation ; si l'enfant n'a jamais fait l'objet d'une de ces mesures mais que celles-ci ne peuvent être mises en place en raison du refus de la famille d'accepter l'intervention du service de l'ASE.

1.2.2. Si l'enfant est présumé en situation de danger

Le président du Conseil Général ne doit aviser, sans délai, le procureur de la République que s'il est impossible d'évaluer cette situation. Il fait connaître à celui-ci les actions déjà menées, le cas échéant. Toute personne travaillant au sein des services publics ou des établissements publics et privés susceptibles de connaître des situations de mineurs en danger qui avise directement, du fait de la gravité de la situation, le procureur de la République d'un mineur en danger, doit adresser **une copie de cette transmission** au président du conseil général (CASF art. L. 226-4 II modifié). De plus ces mêmes professionnels doivent transmettre **sans délai** au président du conseil général, ou au responsable délégué par lui, **toute information préoccupante** sur un mineur en danger ou risquant de l'être (CASF art.L. 226-2-1 nouveau). Les personnes concernées par cette obligation sont aussi les professionnels de santé, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers.

La loi précise que la transmission de l'information « *a pour but de permettre d'évaluer la situation du mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier* » (CASF art. L. 226-2-1 nouveau). La transmission n'est donc pas limitée aux informations qui pourraient déclencher un signalement judiciaire.

La loi prévoit que le président du conseil général informe les personnes qui lui ont communiqué des informations des suites qui leur ont été données.

Si l'Assistante Sociale a la faculté de révéler par application des dispositions de l'article 226-14 du Code pénal, des situations de maltraitance, le législateur ne

lui a pas reconnu une quelconque mission d'investigation dans la détermination des sévices.

En effet, la mission de l'Assistante Sociale n'est pas de rechercher le coupable des sévices dont elle a connaissance, mais plutôt de prendre ou faire prendre les mesures de protection nécessaires à l'égard de la victime. Son rôle est essentiel car le signalement constitue le point de départ dont dépend l'intervention judiciaire. Le signalement n'est pas un objectif en soi mais un moyen de protéger l'enfant et d'aider la famille en difficultés.

Il s'agit de signaler les faits rapidement et efficacement.

L'Assistante Sociale doit donc aller vite tout en faisant preuve de discernement, sachant que certaines situations peuvent être délicates, voire difficiles à vivre, en raison des liens des personnes mises en cause avec la victime.

La jurisprudence impose une obligation de prudence et de circonspection dans le signalement et plus particulièrement dans la rédaction de certificats ou de rapports.

Le signalement de la maltraitance est possible par courrier, par télécopie, par téléphone auprès des autorités judiciaires.

L'obligation de signaler est prévue dans l'article 69 et 80 du Code de la famille et de l'aide sociale.

2. À qui signaler ? Que signaler ?

2.1. Les sévices ou privations sur mineur de 15 ans (hors présomption d'agression sexuelle)

Le Code pénal dans son article 226-14, vise « *les autorités judiciaires, médicales ou administratives* » comme étant les destinataires du signalement. Ce sont les interlocuteurs directs de l'Assistant Social face à une situation de maltraitance.

Il faut entendre par **autorités judiciaires**, le procureur de la République, mais aussi le juge des enfants. Ces autorités, une fois mises au courant des faits litigieux, auront le pouvoir de déclencher, suivre l'enquête et prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité de l'enfant.

Les autorités médicales et administratives comprennent le Président du Conseil Général, le médecin de PMI, le conseiller technique du service social, l'inspecteur chargé de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) au sein de la DDASS, le service de protection judiciaire de la jeunesse (SPJJ).

La loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 donne obligation de signaler à la Cellule de Recueil d'Informations Préoccupantes de chaque département qui décidera la suite à donner et l'interlocuteur le mieux placé pour instruire le signalement.

2.2. Les sévices ou privations laissant présumer une agression sexuelle (article 226-14-2 du Code pénal)

Lorsque la victime d'une agression sexuelle a donné au médecin (généraliste) son accord pour que soient signalés les faits dont elle a fait l'objet, seul le procureur de la République peut être destinataire du signalement.

Lorsqu'il est informé d'une situation de maltraitance, le procureur a l'obligation d'agir rapidement : il ordonne l'ouverture d'une enquête et saisit en même temps le juge des enfants qui prendra les mesures de protection concernant le mineur (hospitalisation de l'enfant, par exemple).

2.3. Quel est le contenu du signalement ?

La première partie concerne les éléments administratifs : état civil, nationalité, domicile de l'enfant, des parents et personnes concernées par le problème (grands-parents, assistante maternelle, instituteur...).

La deuxième partie fait état des conditions et motifs d'hospitalisation ou de consultation, les explications fournies par la famille, l'enfant.

La troisième partie indique les éléments de l'histoire familiale : formation du couple, conditions matérielles d'existence (changement de domicile, chômage, endettement), les relations psychoaffectives entre le père, la mère, l'enfant et les autres enfants, les antécédents de séparation enfant/parents (placement sanitaire, hospitalier ou nourrice), les éléments de psychopathologie de l'enfant ou de la famille (éthylisme, toxicomanie, troubles mentaux...). Tous les éléments obtenus auprès des différents intervenants sociaux pouvant donner un éclairage supplémentaire sont mentionnés.

La quatrième partie est consacrée aux motivations du signalement ainsi qu'aux propositions des mesures éducatives (demande d'OPP, AEMO, suivi PMI...).

Cette évaluation doit être accompagnée d'un certificat médical descriptif des lésions ou comportements observés.

En résumé, le modèle type d'un signalement doit comporter : les données administratives sur l'enfant ou la personne suspectée de maltraitance et de sa famille, le motif de l'hospitalisation, l'histoire du patient, de la famille et de l'entourage, les commentaires – appréciations – vécu sur l'événement traumatique (circonstances) et le motif de l'hospitalisation, exprimés par le patient et sa famille, l'organisation de vie de la famille, les éléments de danger et en conclusion les propositions des mesures de protection à prendre.

Il n'est pas nécessaire de dire tout ce que l'on sait ou tout ce que l'on a fait. Il est nécessaire de dire seulement ce qui est utile, mais tout ce qui est utile à la traduction du danger.

Quelques conseils de rédaction :

Un écrit se conçoit en fonction de sa conclusion et l'élément fondamental du signalement doit apparaître clairement. L'exposé de la situation familiale est souhaitable mais pas toujours possible. Il n'est pas nécessairement long et comporte uniquement les éléments éclairant le signalement. Dans le cas où le signalement restituerait les propos et observations d'autres intervenants, l'auteur du signalement doit faire relire son écrit par les professionnels concernés. Des points de vue spécifiques et nuancés peuvent apparaître. Les propos du signalement doivent être concis, c'est-à-dire : contenir des faits, des éléments objectifs, écarter les interprétations et les jugements de valeur, privilégier la description, renoncer à l'emploi de certains adjectifs péjoratifs et réducteurs, à la place des descriptions et des faits, veiller au respect de la vie privée sans reprendre les rumeurs de l'entourage n'ayant aucun rapport avec l'élément fondamental du signalement.

Les liaisons logiques sont respectées et marquées : cependant, or, mais, etc. Le discours est linéaire et les faits doivent être lisibles sans retour en arrière. La chronologie des faits est bien repérable ainsi que les générations. Il faut toujours se situer par rapport à l'enfant.

Il convient d'utiliser le style direct pour les faits constatés : « J'ai... », « Nous avons constaté », les guillemets pour les propos rapportés : l'enfant a dit : « ... », le style indirect pour énoncer des éléments émanant d'intervenants ; le conditionnel sert à exprimer ce qui est seulement supposé, les hypothèses de compréhension et de travail : « il me semble ou il nous semblerait que... », l'indicatif est utilisé pour les éléments vus, entendus, compris...

3. L'accompagnement des victimes et des familles et la mise en place de relais

Au delà de la mise à l'abri de la victime et du signalement, le service social hospitalier assurera le suivi de ces situations de maltraitance dans le cadre de l'hospitalisation ou de consultations hospitalières, avec un accompagnement des familles soit dans l'objectif d'un retour à domicile (dans la mesure où la personne maltraitante ne sera pas dans l'environnement proche de la victime) soit dans le projet d'une séparation de la victime avec son milieu familial.

Après avoir repéré la nature des difficultés rencontrées, le rôle de l'Assistante sociale est d'orienter les familles vers les structures compétentes, afin d'assurer la continuité de la prise en charge. Elle devra ainsi préparer la sortie de l'enfant après une hospitalisation, plus particulièrement dans les situations d'enfants à risque ou en danger (situations difficiles du point de vue relationnel mère/enfant ou parents/enfant). Un suivi médical en PMI ou par des pédiatres hospitaliers ou libéraux sera proposé.

4. Le suivi des mesures judiciaires

Après l'envoi du signalement judiciaire auprès du procureur de la République, il est important de connaître les décisions prises par le Parquet :

4.1. Résultats de l'enquête de la Brigade des mineurs ou de la gendarmerie

Le Parquet, au vu des résultats de l'enquête, peut décider d'un classement sans suite ou de saisir le juge des enfants et/ou le juge d'instruction. Il peut aussi prendre la décision immédiate d'un placement en lieu sûr de l'enfant (en liaison avec l'ASE ou d'autres structures judiciaires).

4.2. Saisine du juge des enfants avec la mise en place des mesures éducatives

Dans le domaine civil, ce sont les mesures éducatives qui sont mises en œuvre par le Juge des enfants. Celui-ci peut prononcer deux types de mesures : soit une intervention dans la famille avec maintien de l'enfant dans son milieu avec une mesure éducative en milieu ouvert (AEMO), une investigation d'observation éducative (IOE) soit le placement de l'enfant.

Les IOE (observation de 6 mois) et AEMO seront assurées par des éducateurs ou assistantes sociales de la Sauvegarde de l'Enfance, par le service social de l'enfance ou encore par des associations. Pour décider de son action, le juge pour enfants a besoin d'une juste évaluation avec le maximum d'informations concernant l'enfant et sa famille. De plus l'Assistante sociale hospitalière restera en contact avec ces services pour assurer le relais et poursuivre la prise en charge médico-sociale en toute cohérence.

4.3. Ouverture d'une instruction pénale

La procédure vise à aboutir à des mesures répressives, à l'encontre des auteurs de mauvais traitements. L'article 227-15 du Code pénal prévoit « *des peines d'emprisonnement pour toute personne auteur de coups et blessures volontaires sur un enfant de moins de 15 ans ou personne non en mesure de se protéger* ». D'autres mesures répressives indirectes peuvent être prononcées devant le tribunal de grande instance telle que la déchéance de l'autorité parentale (article 378 du Code civil) ou par le tribunal civil qui confie l'enfant à un tiers ou à l'ASE.

4.4. Risques judiciaires encourus par les soignants

Le professionnel de santé ne doit pas dénoncer l'auteur des faits. En effet, l'article 226-14 du Code Pénal établit une dérogation au secret professionnel et autorise la dénonciation des violences, mais en aucun cas celle de leur auteur présumé, que celui-ci en ait fait l'aveu au professionnel ou que ce dernier l'ait déduit de ses observations.

Il y a un risque de poursuites à l'encontre de l'auteur du signalement s'il y a confusion entre le constat neutre et la désignation de l'auteur des violences, même si cette désignation est faite « entre les lignes ».

Il y a donc possibilité de dénoncer mais non obligation. Si l'intéressé se tait, il ne sera pas pénalement punissable, s'il parle en violation des dispositions sur le secret professionnel, il ne sera pas plus punissable car il y est justifié par la loi elle-même.

Lorsque les informations détenues sont des informations non nominatives, rien ne s'oppose à ce qu'elles soient communiquées à l'interlocuteur policier.

La loi du 5 mars 2007 exonère les professionnels de poursuites judiciaires pour « signalement abusif ».

5. Conclusion

La loi du 5 mars 2007 soulève plusieurs questions pour le Service Social Hospitalier :

- 1) La légitimité pour l'évaluation du Service Social Hospitalier dans la mesure où la cellule de recueil effectue une 2^e évaluation sans toujours tenir compte des éléments déjà transmis : l'espace administratif ne substituerait-il à l'espace clinique ?
- 2) Les délais donnés pour la prise de décision, avant la sortie de l'enfant ou dans un temps prolongé en hospitalisation au détriment de l'enfant.
- 3) La continuité dans la prise médico-sociale. Quelles connaissances les professionnels de la cellule peuvent avoir sur des pathologies ou symptômes complexes ?

L'articulation entre les acteurs devrait être favorisée par l'assouplissement des règles de partage de l'information entre les professionnels.

Ainsi l'instauration d'un secret professionnel partagé peut remettre en question la confiance des usagers pour lesquels le secret professionnel est une « garantie fondamentale du respect de l'intimité et des libertés individuelles des usagers ». Ce partage d'informations à caractère confidentiel entre-t-il dans notre éthique professionnelle et n'entachera-t-il pas la garantie pour les familles que rien ne sera dévoilé qui puisse leur porter préjudice ? Une non-opposition de la personne dûment avertie devra être recueillie par le professionnel.