



mots

RESTITUTION

ETATS GÉNÉRAUX DE L'ENFANCE EN DANGER

Lille

22 - 23 Juin 2021



Introduction

Les Etats Généraux de l'Enfance en Danger, organisés les 22 et 23 Juin 2021 à Lille Grand Palais par l'association « Les Maux Les Mots Pour Le Dire » et ce avec l'implication des autorités de tutelle, ont réuni un public de professionnels de la santé, du médico-social et de la justice, venus nombreux et motivés.

Ce succès démontre la grande demande d'informations et de formations de la part des professionnels confrontés à la maltraitance de l'enfant.

La journée du 23 juin, consacrée aux ateliers, déclinait la maltraitance de l'enfant sous toutes ses formes, dans le but de faire l'état des lieux et de proposer des actions de prévention. Ces différentes sessions ont permis un dialogue interdisciplinaire fructueux.

Ci-dessous, nous passons en revue les différentes maltraitances dont sont victimes les enfants et qui ont été l'objet d'ateliers spécifiques.

Le bébé secoué et l'enfant chimiquement battu

Personne référente : *Dr. Nathalie Noulé, Médecin légiste*

Les lésions radiologiques: quels mécanismes?

Pr. C. ADAMSBAUM, Radiologue, expert judiciaire et Dr. I. MANNES, Radiologue: Service de Radiologie Pédiatrique, Hôpital Kremlin-Bicêtre (94), Faculté de Médecine Paris Saclay

De la biomécanique aux lésions

Pr. J. S. RAUL, Neurochirurgien, Responsable de l'Institut médico-légal, CHU Strasbourg

Le point de vue médico-légal

Dr. N. NOULÉ, Dr. J.-M. GAULIER, Médecin, Service de toxicologie CHU Lille, Expert judiciaire

Le point de vue du juge

Mme C. PIROTTÉ, Magistrate, TJ de Valenciennes

Les outils de prévention en maternité

Dr. J.Y. FRAPPIER, Pédiatre, CHU Sainte-Justine, Montréal; Dr. T. RAKZA, Pédiatre en maternité, CHU Lille

Les conséquences et la réparation légale

Dr. M. GUILLAUME, Service de médecine physique et de réadaptation, hôpitaux de Saint-Maurice (94)

Témoignage : Association Stop Bébé Secoué

L'enfant secoué et l'enfant battu

Problématique :

Le syndrome du bébé secoué (SBS) résulte d'un acte violent, les épisodes sont souvent répétés avant de se manifester cliniquement. Il ne s'agit pas d'un jeu ni de lésions accidentelles. Les lésions rencontrées dans le SBS et le syndrome de l'enfant battu correspondent aux conséquences d'actes violents, avec des conséquences graves et même fatales.

Le constat :

- Nombre de victimes :
 - On estime environ 400 cas par an en France
- Qui sont les victimes ?
 - Nourrissons de 2 à 6 mois surtout, plus souvent masculins

- Qui sont les auteurs ?
 - o Les parents, très majoritairement, et les assistantes maternelles plus rarement
 - o masculin dans 70% des cas
- Mécanisme de la maltraitance :
 - o Le plus souvent un adulte excédé par les cris du nourrisson, perd son contrôle (« pète les plombs ») et secoue violemment l'enfant.
 - o L'extrémité cervico-céphalique du nourrisson n'est pas une extrémité cervico-céphalique d'adulte en miniature, de nombreuses différences structurelles existent.
 - o Le déplacement brutal de la tête en hyperextension et hyperflexion, amplifiée par la répétition, crée une accélération angulaire à l'origine des lésions principales (hématomes sous-duraux, hémorragies rétiiniennes).
 - o On sait que dans bon nombre de cas, les épisodes de secouement sont répétés avant de se manifester par un saignement intra-crânien.
- Quelles conséquences pour l'enfant ?
 - o L'arrachement des veines en pont entre le cerveau et ses enveloppes entraîne un saignement (hématome sous-dural)
 - o Il existe également un saignement de la rétine caractéristique, et dans les cas les plus graves un œdème cérébral par ischémie.
 - o Ces lésions conduisent au coma, à des crises d'épilepsie qui ne céderont pas.
 - o Ceci aboutit au décès dans environ 10% des cas et à des séquelles neurologiques souvent majeures dans un quart des cas.

Personne référente : J. M. Gaulier, Médecin service de toxicologie CHU Lille,
Expert judiciaire

Les enfants chimiquement battus

La problématique :

L'administration de psychotropes hypnotiques est une forme de maltraitance mal connue jusqu'à maintenant car souvent occulte et difficile à repérer. Ces actes de « soumission chimique » ne sont jamais faciles à mettre en évidence. Les cas avérés d'enfants chimiquement battus ne représentent donc que la (petite) partie émergée de l'iceberg.

Le constat :

- Nombre de victimes :
 - o 5 à 10 cas identifiés chaque année en France, en réalité probablement beaucoup plus car mal repérés ; il s'agit d'une maltraitance occulte.
- Qui sont les victimes ?
 - o enfants de 2 mois à 12 ans
- Qui sont les auteurs ?
 - o Les parents, très majoritairement, et les assistantes maternelles plus rarement
- Mécanisme de la maltraitance :
 - o Administration de psychotropes hypnotiques (benzodiazépines, pour l'essentiel)
- Quelles conséquences pour l'enfant ?
 - o Intoxications chroniques et aiguës

Les idées forces :

Toute suspicion de maltraitance implique une hospitalisation de l'enfant et un bilan médical complet. Le SBS est une cause majeure de mortalité et de morbidité traumatique chez le nourrisson, atteignant des enfants jusque-là en parfaite santé ; la prévention de ces catastrophes évitables est indispensable et nécessite des actions de grande envergure.

Les projets :

- Sensibilisation des différents acteurs médico-sociaux et promotion du dialogue interprofessionnel.
 - o session scientifique interprofessionnelle dans le cadre du congrès de la société française de neurochirurgie pédiatrique en Octobre 2021
 - o journée ciblée sur le SBS organisée par l'association les maux/les mots pour le dire en Mars 2022
- Poursuivre la mise en place du *crying plan* Canadien en maternité dans les Hauts-de-France et étendre cette expérience pilote aux autres régions.
- Développer un plan de mobilisation et de formation obligatoire pour les assistantes maternelles.
- Promouvoir la connaissance et la prévention du SBS à l'échelon européen.
- Mettre en place l'Enquête Nationale Annuelle Soumission Chimique (ANSM) (déclaration des cas).



Le syndrome du bébé secoué : comment réfuter les fake news ?

Personne référente : *Pr. Matthieu Vinchon, Neurochirurgien pédiatrie CHU Lille*

Les données médicales: « Au-delà du doute raisonnable »

Pr. M. VINCHON

L'enquête judiciaire : « Comment constituer un dossier étanche ? »

M. V. EVRARD, Officier de Police Judiciaire à la Brigade Locale de Protection de la Famille, CHU Lille

L'expertise psychiatrique: « Le déni peut-il être sincère ? »

Pr. P. DELION, Pédopsychiatre, Psychanalyste

Regards croisés d'un magistrat et d'un médecin sur le syndrome du bébé secoué

M. J.-M. FAURE, Magistrat honoraire, ancien président de cour d'Assises

La problématique :

De manière croissante, on assiste à une contestation des décisions de justice et des diagnostics médicaux de syndrome du bébé secoué (SBS). Cette contestation vient bien sûr des personnes accusées et de leurs défenseurs, mais rencontre également un écho de la part de certains membres de la communauté médicale et scientifique surtout anglo-saxons et scandinaves. Cette évolution récente, introduit en France celle qui s'est manifestée aux États-Unis depuis maintenant de nombreuses années où des cabinets d'avocats se sont spécialisés dans la défense de personnes accusées de maltraitance à enfant. Ces défenseurs se présentent comme redresseurs des « dénis de justice » dont leurs clients sont, selon eux, victimes.

Tout récemment, l'action menée auprès du conseil d'état demandant l'annulation des recommandations de la haute autorité de santé (HAS) sur le diagnostic et le signalement du SBS a été rejetée sans ambiguïté ; pourtant, il faut craindre que ces actions ne désarmeront pas, du fait notamment d'actions analogues menées dans certains pays, y compris dans l'Union Européenne.

Le constat :

- Nombre de victimes :
 - o croissant : « causes célèbres » sur le Net
- Qui sont les victimes ?
 - o les enfants, auxquels le statut de victime est nié et qui risquent de ne pas être indemnisés
 - o la justice car des actes d'agression restent impunis

- les médecins experts, accusés de collusion
 - les médecins cliniciens qui ont fait le diagnostic et sont accusés d'erreur médicale
 - et même à l'accusé à qui est conseillé une mauvaise stratégie de défense
- Qui sont les auteurs ?
 - avocats spécialisés négationnistes
 - médecins révisionnistes, surtout Anglo-Saxons et scandinaves
 - Mécanisme de la maltraitance :
 - introduire le doute, exploiter l'incertitude scientifique
 - utiliser une terminologie médicale ambiguë
 - assimiler la relaxe à l'innocence et à un diagnostic médical erroné

Les idées forces :

Le SBS est une entité définie depuis bientôt 50 ans, bien connue d'un grand nombre de professionnels, et basée sur les données cliniques, radiologiques, autopsiques, les aveux des perpétrateurs, les expérimentations animales et les modèles informatiques. Le diagnostic et le signalement font l'objet d'un consensus scientifique et médical sanctionné par les recommandations de la HAS. Ces dernières sont sorties renforcées par le rejet le 7 Juillet dernier de la requête faite auprès du conseil d'état d'abroger ces recommandations.

Le SBS survient en règle sans témoins, le dossier d'instruction est donc basé sur les aveux, ce qui nécessite une procédure rigoureuse. Un simple aveu du perpétrateur ne suffit pas ; pour constituer un dossier convaincant, l'enquête doit rassembler et documenter des informations détaillées, crédibles et cohérentes avec les lésions constatées.

Le déni du maltraitant, basé sur le refus de la culpabilité, peut obéir à plusieurs mécanismes psychopathologiques. Le fonctionnement psychotique, qui ne reconnaît pas le principe de réalité, et le fonctionnement pervers, qui nie l'existence d'autrui, sont très rares. De manière générale, la dénégation suit un fonctionnement névrotique, qui est celui de tout un chacun. Ce mode de fonctionnement, qui tient compte d'autrui, dépend donc de l'acceptation des dénégations par celui-ci (« est-ce qu'on me croit ? »). Ce déni n'est donc pas solide et permet le plus souvent un cheminement vers l'aveu, à mesure que l'interrogatoire « ferme les portes ». A l'inverse, si cet autrui est négationniste, il renforce le déni qui occulte le souvenir, et la dénégation peut devenir sincère.

Sur le plan juridique, la notion de « bébé secoué », qui est un diagnostic médical, n'est pas une infraction pénale spécifique. En effet, la loi n'a pas pour attribut de valider une vérité scientifique. Il s'agit en revanche de faits de violences sur mineurs avec de nombreuses circonstances aggravantes qui sont des délits, voire des crimes. Les praticiens du droit disent « l'arbitre, c'est le dossier » et le jugement se base donc sur les rapports d'experts et en particulier les recommandations de l'HAS. La vérité judiciaire ne peut cependant s'établir que sur la base d'une certitude absolue ; si cette dernière manque, il ne peut y avoir de condamnation, alors que la réalité du SBS n'est pas remise en question. Un non-lieu, une relaxe ou un acquittement ne signifient donc pas une défaite humiliante pour la partie civile, et pas davantage un désaveu pour l'expert.

Les projets :

1) Créer un comité de liaison entre les sociétés de pédiatrie médico-légale, de neurochirurgie pédiatrique, de neuropédiatrie, SOFMER... pour :

- Définir un langage commun : judiciaire, médical
- Actualiser en continu les données scientifiques et juridiques et analyser les objections au consensus scientifique sur le SBS
- Pouvoir réagir en temps réel pour
 - o défendre les professionnels attaqués
 - o défendre les valeurs de la rigueur et de l'objectivité scientifiques

2) Affirmer l'indépendance de la justice et de la science :

- Le médecin ne juge pas
- Le verdict rendu ne confirme ni ne remet en cause le diagnostic médical



Les négligences lourdes

Personnes référentes : *Grégory Dubois, Psychologue, Chef de projet identification et accompagnement des traumatismes infantiles DGA-SOL*
Caroline Dubreil, Psychologue

Négligences et repérage des signes de souffrance du bébé

Dr. R. MASCARO, Pédiopsychiatre, et Médecin directeur de l'Espace LEBOVICI, Lille, responsable du Fil d'Ariane

Clinique de la carence et situations gigognes

Dr. M. BALENÇON, Pédiatre, Médecin légiste, expert judiciaire, CASED CHU Rennes, UMJ Mineurs Hôtel-Dieu APHP

Prévenir et protéger en centre parental, l'approche écosystémique d'Aire de famille

M. F. VAN DER BORGHT, psychologue, haptopsychothérapeute, thérapeute familial

Les Lieux d'Accueil Enfants Parents

Mme C. NGALLÉ MIANO, Thérapeute Familiale - Formatrice

La problématique :

Les négligences lourdes sont une forme de maltraitance silencieuse, active ou passive, et d'autant plus difficile à repérer qu'elle est banalisée. Il est en effet difficile de caractériser et de concevoir l'omission. C'est l'épuisement parental qui conduit à de la négligence, et l'enfant est rendu responsable voire coupable de la situation du parent. Il s'agit de repérer un ensemble de signaux faibles qui, pris individuellement peuvent être peu lisibles.

La carence affective est une forme de maltraitance « à bas bruit », qui n'amène pas à consulter pour elle-même, c'est pourquoi il faut apprendre à la dépister pour la prendre en charge préocemment. Cette prise en charge est par nature multidisciplinaire et interprofessionnelle.

Le constat :

- Nombre de victimes :
 - o Prévalence des négligences : 6 à 11,8% enquête US) ; en France, avec une prévalence intermédiaire à 9%, 1 388 700 mineurs seraient concernés.

- Qui sont les victimes ? :
 - o toutes classes sociales
- Qui sont les auteurs ? :
 - o anciens enfants négligés souvent
- Mécanisme de la maltraitance :
 - o la carence affective, forme passive de maltraitance
 - o la carence alimentaire
 - o le mode de vie insécurisé

Les idées forces :

Il faut savoir repérer les signes de souffrance suffisamment tôt pour prévenir et accompagner. La difficulté est de repérer les signaux faibles : mouvements répétitifs, mécaniques, infections répétées, difficultés lors du portage en lien avec des troubles du tonus corporel, particularités dans le regard, tendance à pousser très fort au niveau de la tête... Les négligences lourdes affectent le développement staturo-pondéral (sans omettre le surpoids), l'état des dents, le développement physique et psychique. La santé fournit donc à la fois des indices du diagnostic, et une bonne porte d'entrée dans le dialogue avec les parents.

Les interventions précoces visent à :

- dépister les situations à risque (PMI, maternités), et les situations avérées (PMI, ASE, pédopsychiatre) ; il s'agit d'une « prévention précoce prévenante »
- accompagner, dans les centres parentaux, l'accueil en crèche, parfois dans le cadre d'un CAMPS.

Prendre en charge la souffrance du bébé négligé nécessite :

- un environnement dans lequel un adulte sensible, attentif, engagé dans la relation et réactif aux signaux de détresse prend soin du bébé au quotidien.
- des soins spécifiques précoces pour l'enfant et la famille : observation thérapeutique, psychomotricité, accompagnement thérapeutique, prise en charge des troubles de la parentalité....

Les centres d'accueil parentaux accueillent des familles, parents et futurs parents, suivant un modèle écosystémique préventif développé par Aire de Famille. Ils fournissent hébergement et accompagnement psychosocial intensif de l'enfant avec ses deux parents associant soutien à la conjugalité et à la parentalité.

Ils permettent de prendre également en charge les parents, qui souvent ne veulent pas reproduire ce qu'ils ont vécu. Dans ce cadre sûre, chacun à son rythme, ils expérimentent de nouveaux modes relationnels avec le jeune enfant. Les centres favorisent également les échanges entre les couples qui apprennent en s'inspirant les uns des autres. Les séjours sont renouvelables tous les 6 mois jusqu'aux 3 ans de l'enfant.

Les négligences lourdes sont un problème sociétal car les enfants qui grandissent dans ces situations sont marqués de cette empreinte. Il est éclairant de penser les négligences et les maltraitances en termes de situations gigognes, l'une entraînant l'autre et créant des situations générant le mal-être, la désinsertion sociale voire les conduites délictueuses. Une approche holistique est nécessaire pour briser ce cycle de la violence qui se reporte d'une génération sur l'autre. On ne peut espérer une amélioration que par le changement de l'environnement socio-familial ; avec des soins spécifiques et une grande attention, la reprise du développement est cependant possible. Ce qui est en jeu est une réelle mutation de société.

Les projets :

- Former les professionnels à savoir repérer les signes de négligence.
- Évaluer les effets des négligences sur la santé et le développement de l'enfant et évaluer le coût sociétal.
- Promouvoir et faire connaître les Lieux d'Accueil Enfants Parents fait partie des outils au service de la prévention précoce.
- Faire fonctionner en synergie dans un seul dispositif de prévention précoce les différentes politiques publiques, actuellement cloisonnées et morcelées : protection de l'enfance, lutte contre la pauvreté, lutte contre les violences intrafamiliales et violences conjugale.



L'enfant et la violence conjugale

Personne référente : *Isabelle Lonvis-Rome, Haute Fonctionnaire à l'Egalité Femmes-Hommes du Ministère de la Justice, Magistrate*

Prévention

M. M. LAUNAY, Responsable adjoint Pôle Enfance famille Jeunesse, Département du Nord

Les enfants exposés à la violence conjugale: recherche et pratique

Dr. A MATTHEWS, Pédiatre, Médecin référent Enfance en Danger, Responsable Pédiatrie sociale CHU Lille

La voix de l'enfant : Du pénal au civil, de la victime au témoin

Mme M. BRUNEL, Maître de conférence, PSITEC, Psychologie et Justice

Impact psychotraumatique et développemental chez les enfants co-victimes de violences conjugales

Mme F. CORREIA, psychologue; Dr. F. WAREMBOURG, Psychiatre, Responsable UF urgences psychiatriques, Référente régionale, Cellule d'Urg. Médico-Psychologique SAMU 59

L'enfant et les juges

Mme A. NAPPEZ, Juge des Affaires familiales, TJ de Bobigny; Mme V. ISART, 1ère Vice-Présidente, En charge de la fonction juge des enfants, TJ de Lille

Kit pédagogique de l'École Nationale de la Magistrature sur les violences intra-familiales faites aux enfants

Mme L. BEGON, Magistrate coordonnatrice de formation continue

La problématique :

La prise de conscience et la reconnaissance de l'effet dévastateur des violences conjugales sur l'enfant sont récentes. Pourtant, l'enfant est une victime à part entière des violences conjugales au centre desquelles il se trouve et dont il est le témoin et souvent l'enjeu. Le repérage et la prise en charge précoce sont cependant difficiles en raison de la diversité des portes d'entrée (médicale, médico-sociale, judiciaire), ce qui met l'accent sur la nécessité de travail en réseau pour la prévention, et des formations croisées des intervenants. La qualité du travail en amont de la justice conditionne la réponse judiciaire.

Le constat :

- Nombre de victimes :

Entre 2010 et 2015, l'INSEE évalue à 143 000 le nombre d'enfants vivant, en France, dans un foyer touché par les violences conjugales (Enquête Cadre de vie et sécurité).

- Qui sont les auteurs ?

En 2019, 149 homicides au sein du couple ont été perpétrés. 121 femmes en ont été victimes, pour 28 hommes.

- Conséquences pour l'enfant :

- En 2019, 21 enfants ont été tués sur fond de conflit conjugal, dont 16 sans que l'autre membre du couple ne soit victime.
- En 2019, on recense 82 enfants orphelins de père, de mère, ou des deux parents.
- Chez les survivants, troubles de stress post-traumatiques, soit 10 à 17 fois plus que pour la population enfantine en général. L'enfant élevé dans la violence développe un comportement violent.

Les idées fortes :

L'enfant est une victime à part entière de la violence conjugale. L'apport fondamental des sciences humaines a conduit à adapter les réponses médicales et médico-sociales en termes de nécessité de signalement et prise en charge précoces. Le bilan somatique est réalisé en priorité, l'accent doit cependant être mis sur la prévention, et donc le repérage des situations à risque. L'approche du système familial doit être globale et pluridisciplinaire, il importe de ne pas traiter de manière isolée la mère et l'enfant, et de veiller à ne pas la déconsidérer comme mère.

Un protocole de repérage et une transversalité hospitalière entre adulte et enfant (unités d'hospitalisation mère-enfant) sont des expériences à diffuser. Les mesures de protection et les pratiques judiciaires doivent se baser sur les mêmes principes en passant par le dialogue et un travail en réseau entre les différents intervenants.

Les projets :

- Mise en place d'un (une) délégué(e) aux affaires juridiques dans tous les hôpitaux
- Développement d'unités mère-enfants dans les hôpitaux
- Multiplication des protocoles de repérage et de prise en charge des femmes et enfants victimes de violences conjugales
- Formations croisées des professionnels à l'entretien et au recueil de la parole de l'enfant, avec une sensibilisation au psychotrauma.



Repérer les maltraitances, de la prévention au signalement, le rôle central du Département

Personne référente : *Anne Devreese, Directrice générale adjointe chargée des politiques enfance, familles et jeunesse au Département du Nord*

Accompagnée par Dr. V. TERNEL, médecin référent protection de l'enfance et responsable de la CRIP 59, M. F. GHYSELEN, Directeur CREALI Haut-de-France, Dr. N. VABRES, pédiatre coordonnateur, Unité d'accueil des enfants en danger, CHU de Nantes

Action du Département et de ses partenaires pour repérer les maltraitances, interventions auprès des familles

Le référentiel: Indices de vulnérabilité, identification des risques et protection de l'enfance

CREAI Hauts-de-France

Les Cellules de Recueil d'Informations Préoccupantes (évaluation des informations préoccupantes et signalements)

La problématique :

Malgré les avancées récentes des connaissances sur les conséquences à l'âge adulte des violences et négligences subies dans l'enfance, le repérage des maltraitances infantiles demeure un sujet tabou et une mission complexe pour les professionnels de santé, sociaux et plus largement les intervenants auprès des enfants. Le Département, chargé de la coordination au sein des CRIP (cellules de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes) des différents acteurs mobilisés dans le repérage des violences faites aux enfants, peine à développer les articulations pourtant nécessaires entre les institutions sociales, médicales, judiciaires et les autres partenaires (les forces de l'ordre, l'école, les villes...).

Pourtant, l'expérience montre qu'il est possible d'améliorer le repérage et le traitement des maltraitances infantiles quand les différents acteurs se mobilisent, qu'ils s'appuient sur des références partagées et mettent en œuvre des formations pluridisciplinaires et pluri institutionnelles centrées sur les besoins fondamentaux de l'enfant et l'évaluation des ressources dans l'environnement proche.

Les constats :

Au 31 décembre 2019, on estime à 312 500 le nombre de mineurs bénéficiant d'une décision de protection de l'enfance (pour une large majorité il s'agit de décisions prises par le juge des enfants) - chiffres clés ONPE



Chaque année, plus de 100 000 nouveaux dossiers d'enfants sont orientés vers le juge des enfants (112 706 nouvelles saisines en 2019)

La caractérisation du danger reste un enjeu complexe. Il est difficile de mesurer la part des enfants victimes de violences physiques, sexuelles, de négligences lourdes dans la population générale, comme dans la population des enfants protégés. Les chiffres produits relatifs aux morts violentes d'enfants au sein des familles sont manifestement sous-estimés (rapport des inspections IGAS, IGAENR, IGJ 2017).

Mais on sait que :

- Les très jeunes enfants sont parmi les plus touchés par les violences intrafamiliales alors qu'ils représentent une part minoritaire des enfants protégés
- Les enfants des milieux favorisés bénéficient rarement des mesures de protection alors que les maltraitances infantiles concernent tous les milieux sociaux.
- Les enfants victimes de violences et négligences risquent de développer dans l'enfance et à l'âge adulte des troubles graves qui entravent leurs capacités cognitives, affectives et plus largement compromettent leur santé et leurs projets de vie (mise à jour récente des processus de production de handicap), dès lors que les maltraitances ne sont pas identifiées et qu'ils ne bénéficient pas de réponses adaptées en terme de soins et de protection notamment.

Les idées forces :

- L'invisibilité des maltraitances infantiles

Afin d'éviter le sentiment de disqualification des professionnels mobilisés dans l'évaluation des situation d'enfants en danger, il est important de lutter contre les idées reçues et de rappeler la complexité du repérage des maltraitances infantiles. Les connaissances scientifiques et expériences cliniques permettent de comprendre pourquoi les violences faites aux enfants sont le plus souvent invisibles, et comment des professionnels, même compétents et motivés sont toujours en risque de ne pas les repérer. Ce risque est d'autant plus fort que les enfants développent des stratégies d'adaptation aux contextes dans lesquels ils évoluent, que les parents semblent coopérer, et que les professionnels agissent seuls.

Parmi les violences faites aux enfants, les négligences graves en particulier sur les jeunes enfants sont sans doute les plus difficiles à repérer (signaux faibles, voir Négligences lourdes) alors que leurs conséquences peuvent être irréversibles sur le développement de l'enfant.

- Les enjeux techniques et de coopération

L'identification des maltraitances est possible, mais elle doit s'appuyer sur :

- Des références partagées et des méthodes validées, régulièrement actualisées pour tenir compte des résultats de recherche et des expériences menées (référentiels ESOPE notamment)
- La centralisation des informations et des préoccupations au sein d'un espace unique, pluri institutionnel : la CRIP
- La mobilisation de tous les acteurs dans le cadre d'une mise en réseau (formations, stages croisés, construction de réponses coordonnées)

Les projets :

- Développer des articulations entre :
 - Médecins départementaux, référents protection de l'enfance et référents enfance en danger dans les hôpitaux
 - Médecine légale et pédiatrie dans les centres hospitaliers
 - Parquets et Départements (actualisation régulière des protocoles relatifs au signalement des enfants en danger)
- Déployer des unités d'accueil pédiatriques des enfants en danger dans les centres hospitaliers et organiser l'hospitalisation pour évaluation en pédiatrie des enfants manifestement victimes de négligences graves (IP récurrentes, faisceaux de préoccupations convergentes...)
- Favoriser les formations pluri institutionnelles sur le repérage et la prise en compte des maltraitances infantiles.
- Soutenir la recherche et diffuser des références partagées et actualisées auprès des professionnels de première ligne.
- Organiser un parcours de soins pour les enfants victimes de maltraitances (expérimentation d'un parcours de soins coordonné pour les enfants protégés/ Loire Atlantique).



Violences sexuelles, viols

Personne référente : *Dr. Estelle Aubry, Chirurgien infantile CHU de Lille*

Le rôle des associations

Association Internationale des Victimes d'Inceste (AIVI), Association Colosse aux Pieds d'Argile (milieu sportif); Association Enfance et partage

Le retentissement psychologique

Mme C. FROCHISSE, psychologue

Intervention de la cellule Mineurs de la Gendarmerie de CAMBRAI

Mme CHAFAI, adjudante et M. NIVELET, adjudant

Adolescentes agressées sexuellement par des tiers au Québec: ce qu'elles nous ont appris en 4 décennies

Dr. J.Y. FRAPPIER, Pédiatre, CHU Ste-Justine de Montréal

Prévention du 1er passage à l'acte des Auteurs de Violences Sexuelles: l'exemple du « dispositif STOP »

Mme I. MARTIN-BERTSCH, Psychologue CRIAVS Centre Val de Loire

Témoignage : Mme C. VINCENT

La problématique :

Les chiffres officiels sont sous-estimés car trop peu d'informations préoccupantes sont rédigées. En effet la maltraitance sexuelle sur les enfants est un sujet difficile à concevoir. Il met le témoin devant ses limites personnelles, il l'amène à devoir penser l'impensable. La peur que le témoin ressent alors l'incite facilement à se protéger et donc à réfuter ce qu'il voit, à nier ce qu'il entend. Finalement, il préférera, tout comme la victime d'ailleurs, nier ou s'inventer une histoire plutôt que d'admettre et de signaler. Actuellement, des associations différentes et complémentaires font avancer les choses. Les instances publiques s'organisent également et surtout on voit, venant de personnes d'horizons différents, une volonté de lever un tabou. La problématique essentielle après la levée du secret repose comme souvent sur la différence de temporalité des différents intervenants (victime/soignant/police/justice/social).

Le constat :

- Nombre de victimes :
(d'après ONPE 2019 regroupant les « *violences sexuelles* » : les viols et les agressions sexuelles (dont harcèlement sexuel)).

En 2015 : 8 300 enfants âgés de 0 à 9 ans et 11 900 enfants âgés de 10 à 17 ans enregistrés par les services de police et de gendarmerie comme victimes de violences sexuelles, soit 20 200 mineurs. Mais sous-estimation (lorsque des associations comme *Colosse aux pieds d'argile* interviennent, il y a toujours au moins une victime qui se signale).

- Qui sont les victimes ?

86% des victimes recensées sont des filles, mais le tabou est plus grand encore chez les garçons.

- Qui sont les auteurs ?

56% des agresseurs recensés sont un père ou beau-père, 20% un membre de la famille élargie, 20% un adulte du milieu scolaire ou para scolaire ; 40% des violeurs ont été violés dans leur enfance.

- Mécanisme de la maltraitance :

Majoritairement, l'agression se fait dans le milieu familial, puis en termes de fréquence en milieu scolaire ou para scolaire. L'agression sexuelle elle-même est le mécanisme de la maltraitance, mais aussi sa répétition du fait de la proximité de l'agresseur et de son ascendant sur la victime.

Ensuite, le regard des autres (témoins, soignants, représentants de l'ordre, travailleurs sociaux, juges...) peut lui aussi poursuivre la maltraitance, tout comme la négation ou la diminution des faits quand ils sont relatés.

De plus, arrêter la reconstruction à la reconstruction physique est là encore une forme de maltraitance ou de mauvais traitement ou de traitement incomplet. La maltraitance sexuelle sur un enfant est une violence, un abus et une transgression qui engendre incontestablement une effraction dans l'appareil psychique de l'enfant. En plus de la réparation physique pas toujours nécessaire il y aura la nécessité d'un travail de contenance et de transformation.

Les idées forces :

Tous nous constatons un besoin d'ouvrir les yeux, pour apprendre à libérer la parole des enfants et des adultes. Pour cela nous proposons d'aider à accueillir la parole et identifier les signaux en fournissant un lieu où on peut parler de façon anonyme (boîte aux lettres, blog...). Il faut favoriser les déclarations et signalements en offrant une trame facile d'accès pour faciliter la réalisation de l'écrit de signalement.

Il faut agir également sur les violeurs (40% ont été violés), de façon précoce pour les reconstruire et donc déconstruire le passage à l'acte. I

I faut ne plus forcer l'enfant à garder le contact avec les adultes maltraitants s'il ne veut pas, s'il exprime qu'il ne peut pas.

Il faut changer les règles en apprenant à l'enfant à dire « je ne sais pas » « je ne comprends pas » dès le primaire.

Les projets :

- Améliorer l'accès aux soins
 - o La prise en charge CPAM pour les psychologues libéraux afin de pallier au manque d'accès aux Centres Médico-Psychologiques (18 mois attente pour certains CMP trop encombrés, des patients jamais vus).
- Organiser le travail des professionnels
 - o Formation à l'abord de l'enfant et encore plus à l'abord de l'enfant traumatisé car l'enfant selon son âge peut exprimer son mal-être selon différents types d'expression (somatisation, inhibition, tristesse de l'humeur, provocations, agressivités, agitation...) par exemple formation Mélanie...
 - o Favoriser le travail des professionnels sur la base du volontariat car on ne peut pas forcer à travailler sur ce sujet. Seul chacun peut savoir s'il a la possibilité de s'impliquer sans se laisser envahir.
 - o Favoriser le rapprochement des équipes s'occupant des victimes et celles des auteurs, favoriser le partage d'information des différentes structures en créant des lieux de partage, des locaux communs...
- Renforcer la législation internet
 - o Obligations pour les sites internet surtout à connotation sexuelle à afficher la promo des associations et instances de prévention d'agression sexuelle.
 - o Obligation d'être munis d'une CB pour aller sur des sites dédiés à des adultes (pornographie)
 - o Rendre impossible les ouvertures intempestives d'images pornographiques ou de soumission.

- Influer les programmes éducatifs :
 - o Règles « je ne sais pas, je ne comprends pas » en primaire
 - o Enseigner l'anatomie et les zones intimes aux enfants
 - o Parler de pudeur et d'intimité (on peut montrer son corps aux médecins... pas à tous, pas n'importe où ni n'importe quand...)
 - o Fournir aux écoles des jeux simples et ludiques sur « on a le droit, on n'a pas le droit » peut être commun à la prévention des violences conjugales, au harcèlement...



Harcèlement scolaire et cyber-harcèlement

Personne référente : *Patrick Drubigny, Proviseur Rectorat d'Amiens*

L'enfant différent (handicap de l'enfant)

Dr. B. De REVIERS, présidence de l'Association Anna

Le protocole à adopter face au harcèlement

Mme C. SKOTAREK, Conseillère technique de service social, Rectorat de Lille; M. P. DRUBIGNY, Proviseur, Rectorat d'Amiens

La justice face au harceleur : procédures disciplinaires et judiciaires

M. J.-C. MEDES, Juge des enfants TJ de Béthune; M. H. MAIRY, Policier Gardien de la Paix spécialisé dans le cyber-harcèlement et les risques liés à l'utilisation d'internet.

La problématique :

La violence entre enfants est un phénomène qui n'a rien de nouveau, mais dont les formes ont évolué avec le temps. Même si la violence s'exprime à l'école en tant que lieu de vie, elle est plus un reflet de ce qui se passe à l'extérieur qu'un produit de l'école même. Il ne faut pas négliger les situations perçues comme violentes par l'enfant comme notations, réprimandes, etc. Le harcèlement s'est multiplié avec l'apparition des réseaux sociaux, avec le caractère intrusif de ces derniers, car la victime n'a plus de lieu de refuge ni de temps de répit. Actuellement, 75 % des conseils de discipline ont un lien plus ou moins étroit avec un problème de réseau.

Le constat :

- Nombre de victimes :
 - sous-estimé en raison de l'omerta
 - grand nombre de victimes du « harcèlement diffus »
 - nombre croissant de victimes du cyber-harcèlement
- Qui sont les victimes ?
 - souvent enfant socialement isolé, évoluant hors du groupe
 - souvent forte personnalité, « qui dérange »
 - parfois enfant « différent », porteur d'un préjudice morphologique, psychologique ou familial.

- Qui sont les auteurs ?
 - o soit par un individu seul ou à la tête d'un groupe constitué, pratiqué de façon agressive et consciente ; le meneur est souvent un enfant en difficulté, parfois récidiviste ; les suiveurs sont les maillons faibles.
 - o soit il peut s'agir d'une action multiple diffuse et collective, banalisée et possiblement inconsciente pour les auteurs.
- Mécanisme de la maltraitance :
 - o dans le premier cas, des actions visibles que l'on peut rattacher à leur(s) auteur(s)
 - o dans le second, des actes mineurs mais répétés, ne portant apparemment pas à conséquence mais vécus comme insoutenables par la victime
 - o omerta, peur légitime des représailles, les enfants partagent et transmettent leur peur aux parents
- Quelles sont les conséquences pour les victimes ?
 - o déscolarisation ; les « phobies scolaires » sont un signe d'alerte fréquent mais déjà tardif.
 - o troubles psychiques parfois irréversibles, scarification, tentative de suicide, suicide

Les idées forces :

- Il est nécessaire d'intervenir le plus tôt possible, car la situation s'installe dans la durée et elle peut aboutir à un acte suicidaire.
- Les situations de souffrance sont à rechercher systématiquement lors de toute évaluation médicale pour traumatisme non élucidé, possiblement auto-infligé.
- La victime doit être défendue, ce n'est pas à elle de quitter l'établissement. Elle nécessite un accompagnement de la part de l'institution et un suivi pour veiller à l'absence de récidive.
- L'enfant différent doit pouvoir intégrer l'école pour préparer son intégration à la société ; on peut lui enseigner comment faire accepter sa différence et désamorcer les mécanismes de rejet. Pour les autres enfants, apprendre à connaître et respecter la différence fait partie de l'apprentissage de la vie.
- Dans le harcèlement diffus, il faut faire prendre conscience aux persécuteurs de la souffrance rencontrée par leur victime ; une fois la prise de conscience entamée, le plus difficile est atteint.

- Dans le harcèlement volontaire, nécessité d'enquête minutieuse, documentée, avec interrogatoire contradictoire. Le droit scolaire comporte un volet pénal et prévoit des sanctions, qui sont prononcées par le chef d'établissement devant le conseil de discipline. Ces sanctions doivent être proportionnées et individualisées, et basées sur la possibilité de reconstruction de la victime et de rachat du (des) perpétiteur(s).

Les projets :

- Formation des personnels de l'éducation nationale pour :
 1. Le repérage précoce des situations d'isolement et de marginalisation
 2. Donner l'information au enfants et parents pour libérer la parole (lutte contre l'omerta)
 3. Améliorer le suivi des victimes pour passer le cap et s'armer contre ces situations
- L'intégration des enfants porteurs de préjudice morphologique est un axe important du plan maladies rares.
- Le cyber-harcèlement est un problème croissant qui dépasse le monde scolaire et nécessite la mise en place d'un organisme de veille en lien avec les établissements scolaires.



Conclusions

Les journées des 22-23 Juin 2021 ont témoigné de l'importance de l'interaction entre les structures de service public (le ministère de la santé, les ARS, le secrétariat à la protection de l'enfance, le ministère de la justice et le secrétariat d'état à la protection des mineurs, le ministère de l'intérieur, le ministère de l'éducation nationale et des universités), et un monde associatif vigoureux comprenant d'un côté associations de victimes et parents de victimes et de l'autre associations de professionnels.

Ce qui revient sans cesse au cours des interventions, ce sont :

- les difficultés de dépistage des violences invisibles (enfant chimiquement battus, négligences lourdes, violences sexuelles banalisées, harcèlement diffus)
- l'importance à donner à la parole de l'enfant et la difficulté de la recueillir
- la nécessité de formations de professionnels
- la nécessité des actions de prévention
- la nécessité de coordonner les actions des différents professionnels

Ces journées ont montré la complémentarité entre l'expertise des acteurs du terrain (santé, médico-social, justice, éducation) et l'action des décideurs représentants de l'état à l'échelon national, régional et local. La nécessité d'un partenariat s'impose donc comme une évidence.

Les associations de professionnels sont en effet qualifiées pour collaborer à :

- Établir les objectifs à prioriser dans les actions de formation
- La mise en place des programmes de formation de professionnels (objectifs de formation, organisation des formations en ligne et en présentiel)
- Des actions de prévention auprès du public (parents, futurs parents y compris au lycée, assistantes maternelles).
- Évaluer les résultats de ces mesures

Le caractère systémique et l'impact majeur (y compris financier) de la maltraitance sont encore largement sous-estimés, comme le montre la prise de conscience récente des maltraitances « occultes » (négligences lourdes, soumission chimique, cyber-harcèlement).

Le cycle de la violence, qui se perpétue d'une génération à la suivante, fait de la prévention de la maltraitance un enjeu sociétal majeur, qui nécessite un plan ambitieux, car c'est réellement de changer le monde pour le rendre meilleur qu'il s'agit. Comment notre société relèvera ce défi pourra être vu comme un test par les générations futures. A l'évidence, la tâche est immense, mais il ne manque pas de volonté à tous les acteurs, institutionnels ou non, pour y parvenir.

Maître Danielle Gobert, Avocat au Barreau de Lille, Présidente de l'association

Pr. Matthieu Vinchon, Neurochirurgien pédiatrie au CHR de Lille, et Vice-Président de l'association

M. Jean-Michel Faure, Magistrat honoraire, Ancien Président de Cour d'Assises, et Vice-Président de l'association

