



HAL
open science

Les professionnels de santé confrontés aux situations de maltraitance sur des mineurs et des personnes âgées vulnérables

Hélène Romano

► **To cite this version:**

Hélène Romano. Les professionnels de santé confrontés aux situations de maltraitance sur des mineurs et des personnes âgées vulnérables. Droit. Université de Bordeaux, 2019. Français. NNT : 2019BORD0389 . tel-02498588

HAL Id: tel-02498588

<https://theses.hal.science/tel-02498588>

Submitted on 4 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE PRÉSENTÉE
POUR OBTENIR LE GRADE DE

**DOCTEUR DE
L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX**

ÉCOLE DOCTORALE DE DROIT (ED n°41)
SPÉCIALITÉ DROIT PRIVÉ ET SCIENCES CRIMINELLES

par **Hélène ROMANO-CURTET**

**LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ
CONFRONTÉS AUX SITUATIONS DE MALTRAITANCES SUR
DES MINEURS ET DES PERSONNES ÂGÉES VULNÉRABLES**

sous la direction de Madame la professeure **Adeline GOUTTENOIRE**

soutenue le 17 décembre 2019

Membres du jury :

Laurent BLOCH, professeur, université de Bordeaux

Adeline GOUTTENOIRE, professeure, université de Bordeaux, *directrice de recherche*

Jean-Yves HAYEZ, professeur ordinaire émérite, université catholique de Louvain (Belgique), *rapporteur*

Jean-Jacques LEMOULAND, professeur, université de Pau et des pays de l'Adour, *rapporteur*

LES PROFESSIONNELS DE SANTE CONFRONTES AUX SITUATIONS DE MALTRAITANCES SUR DES MINEURS ET DES PERSONNES AGEES VULNERABLES

Résumé - Ce travail s'inscrit dans le contexte social d'une meilleure attention portée aux victimes, en particulier de maltraitance. Au-delà de cette évolution qui se traduit dans les textes de loi à ce sujet, il apparaît, dans la pratique des professionnels de terrain, que les résistances sont nombreuses à signaler les plus vulnérables. C'est le cas des soignants qui se trouvent particulièrement concernés, car bien souvent les premiers à pouvoir repérer des signes de maltraitances (somatiques, psychologiques). Leur réticence, voire leur résistance à signaler, n'a jamais été étudiée sous l'angle du droit, à savoir les arguments utilisés pour expliquer l'absence de signalement et les incidences en termes de protection juridique des plus vulnérables. Cette thèse a donc pour objectif de mieux comprendre les enjeux liés aux résistances à signaler des soignants. Pour des raisons pratiques, cette étude cible les deux extrémités des âges de la vie : les mineurs et les personnes âgées vulnérables ; la question de la maltraitance des personnes handicapées ou des victimes de violences conjugales est tout aussi essentielle, mais aurait nécessité un travail d'analyse plus complexe, impliquant d'autres enjeux. L'étude est conçue à partir de l'analyse des résultats d'un questionnaire internet renseigné par 1157 soignants. L'objectif principal de cette recherche est de mieux comprendre les résistances des professionnels de santé face aux signalements lorsqu'ils prennent en charge une personne vulnérable pour laquelle une maltraitance est suspectée, en particulier lorsqu'il s'agit d'un enfant ou d'une personne âgée. Les objectifs secondaires sont multiples et visent à évaluer l'incidence des facteurs individuels (âges, ancienneté, niveau de formation, lieu d'exercice) et des facteurs collectifs (dynamique institutionnelle, travail en réseau) sur le positionnement des professionnels face au signalement. L'organisation des résultats est proposée en deux parties : la première aborde la question des professionnels de santé face aux enjeux cliniques en matière de repérage, la seconde celle des professionnels de santé face aux textes législatifs et à leurs obligations professionnelles. Il apparaît essentiel que s'inscrive une véritable pédagogie du droit sur les droits des personnes les plus vulnérables, auprès des professionnels, en particulier des soignants exposés au repérage. C'est l'affirmation des droits de chacun et la compréhension de sa singularité et de son contexte de vie, qui permettra d'améliorer les pratiques et d'éviter les dérapages en tout genre (du « trop de signalement » à l'aveuglement coupable). Cette étude se centre sur l'analyse des pratiques des signalements des soignants en France ; cette problématique est loin d'être exclusivement nationale et les questions qui y sont liées ne peuvent être assurées par un État que si une réglementation est mise en œuvre aussi au niveau international.

Mots clés : Maltraitance, Mineur, Personne âgée vulnérable, Famille, Protection

HEALTH PROFESSIONALS FACE ABUSE OF VULNERABLE MINORS AND ELDERLY PEOPLE

Summary : This work is part of the very particular social context of better attention paid to victims, especially abuse. Beyond this development, which is reflected in the many pieces of legislation on this subject, it appears in the practice of field professionals that many resistances point to the most vulnerable. This is particularly the case for caregivers who are particularly concerned, as they are often the first to be able to spot signs of abuse (somatic, psychological). Their reluctance or even resistance to reporting has never been studied from the point of view of the right to know the arguments used by these professionals to explain their lack of reporting and the implications in terms of legal protection of the most vulnerable. The aim of this thesis is therefore to better understand the issues related to resistance to report from caregivers. For practical reasons, we targeted this study at both ends of the ages of life, namely on minors and vulnerable elderly people; the issue of abuse of persons with disabilities or victims of domestic violence is equally essential, but would have required even more complex analysis, as it involves other issues. The study was based on an analysis of the results of an internet questionnaire provided by 1157 carers. The main objective of this research is therefore to better understand the resistance of health professionals to reporting when they are caring for a vulnerable person for whom abuse is suspected, particularly when it is a child or an elderly person. The secondary objectives in such research are multiple and aim to assess the impact of individual factors (age, seniority, level of training, place of practice) and collective factors (institutional dynamics, networking) on positioning of professionals in the face of reporting. The organization of the results is proposed in two part: the first addresses the issue of health professionals in the face of clinical issues in the field of identification, the second that of health professionals in the face of legislation and their obligations professionals in this area. It seems essential that a genuine pedagogy of the law and on the rights of the most vulnerable people, among professionals and in particular of caregivers who are particularly exposed to identification, should be included. It is undoubtedly the affirmation of the rights of each person and the understanding of his singularity and his context of life that will improve practices and avoid slippages of all kinds (from "too much reporting" to guilty blindness). This study focuses on the analysis of the reporting practices of carers in France, but we make it clear at the outset that this problem is far from being exclusively national and that the issues related to it can only be carried out by a state if regulations are also being implemented at the international level.

Keywords : Abuse, Minor, Vulnerable elderly person, Family, Protection

CERFAPS EA 4600

Centre européen de recherches en droit des familles, des assurances, des personnes et de la santé
Université de Bordeaux – 16 avenue Léon Duguit – CS 50057 – F 33608 Pessac cedex

Remerciements

À Madame la Professeure Adeline GOUTTENOIRE qui m'a fait l'honneur de diriger cette thèse. Merci pour sa confiance, sa patience et tous ses si précieux conseils.

Aux membres de mon jury de thèse de me faire l'honneur d'examiner ce travail et de participer à ma soutenance.

Aux personnes vulnérables, petites et grandes. Puisse cette recherche permettre une amélioration de leur prise en charge.

Aux professionnels qui ont accepté de prendre le temps de contribuer à cette étude.

À mes enfants, à mon mari, mes merveilleux bonheurs sans qui ma vie ne serait pas la vie.

Liste des principales abréviations

AAH	Administrateur Ad Hoc
AED	Action Educative à Domicile
AEMO	Action Éducative en Milieu Ouvert
AEP	Action Educative Prioritaire
aff.	Affaire
AJ. fam.	Actualité Juridique famille
AJ. Pénal	Actualité Juridique Pénale
AJDA	Actualité Juridique de Droit Administratif
al.	Alinéa
arr.	Arrêté
art.	article
AN	Assemblée Nationale
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux.
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
Ass. nat.	Assemblée Nationale
Ass. plén.	Assemblée Plénière
BDP	Bibliothèque de Droit Privé
BEH	Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire
BO Min. Justice	Bulletin Officiel du Ministère de la Justice
BO Education Nat.	Bulletin Officiel de l'Éducation Nationale
Bill. Civ.	Bulletin des arrêts de la Cour de cassation (Chambre civile)
Bull. AP.	Bulletin des arrêts de la Cour de cassation (Assemblée plénière)
Bull. Cass.	Bulletin des arrêts de la Cour de cassation (Chambre criminelle)
c./	contre
CA	Cour d'Appel
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
Cass. 1re Civ.	Cour de cassation, Première chambre civile
Cass. 2e Civ.	Cour de cassation, Deuxième chambre civile
Cass. Crim.	Cour de cassation, Chambre criminelle
C. civ.	Code civil
CCNE	Comité Consultatif National d'Éthique
CD	Conseil Départemental
C. déont. Méd.	Code de déontologie médicale
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CDU	Commission Des Usagers
CE	Conseil d'État
CEDH	Cour Européenne des Droits de l'Homme
Cf.	Confer
Ch.	Chambre

CJA	Code de Justice Administrative
CJCE	Cour de Justice des Communautés Européennes
CIDE	Convention Internationale des Droits de l'Enfant
CJUE	Cour de Justice de l'Union Européenne
Circ.	Circulaire
C. Org. Jud.	Code de l'Organisation Judiciaires
C. Pén.	Code Pénal
CPP/C. Pr. Pén.	Code de Procédure Pénale
CPC/C. Pr. Civ.	Code de Procédure Civile
Coll.	Collection
Comm.	Commentaire
Concl.	Conclusions
CME	Commission/conférence Médicale d'Établissement
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
Cons. Const	Conseil Constitutionnel
CRSA	Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie
CRIP	Cellule de Recueil d'Informations Préoccupantes
C. santé publ.	Code de la santé publique
CSS	Code de la Sécurité Sociale
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DES	Diplôme d'Études Spéciales
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
dir.	Sous la direction de
Doc. Fr	La Documentation Française
Doctr.	Doctrine
DPC	Développement Professionnel Continu
DPI	Dossier Patient Informatisé
Dr. fam.	Revue de Droit de la famille
Dr. Pén.	Revue de Droit pénal
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DU	Diplôme Universitaire
Ed.	Edition
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
Ex.	Exemple
GAJA	Grands Arrêts de la Jurisprudence Administrative Dalloz
GAJC	Grands Arrêts de la Jurisprudence Civile Dalloz
Gaz. Pal.	Gazette du palais
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
<i>Ibid.</i>	<i>Ibidem</i>
<i>In</i>	Dans
<i>In fine</i>	En fin de

<i>Infra</i>	Ci-dessous
IME	Institut Médico-Educatif
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
IP	Information Préoccupante
IR	Informations Rapides
ITEP	Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
JAF	Juge aux Affaires Familiales
JE	Juge des Enfants
JO	Journal Officiel
JOCE	Journal Officiel de Communauté Européenne
JOUE	Journal Officiel de l'Union Européenne
Jurispr.	Jurisprudence
LEDF	L'Essentiel du Droit de la Famille
LGDJ	Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence
loc. cit.	Revue précitée
LPA	Les Petites Affiches
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MECS	Maison d'Enfants à Caractère Social
MIE	Mineur Isolé Étranger
MJPM	Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs
MNA	Mineur Non Accompagné
N°	Numéro
Nor.	Notamment
Obs	Observation
ODAS	Office Départemental de l'Action Sociale décentralisée
OFPRA	Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides
OMS	Organisme Mondial de la Santé
ONED	Office National de l'Enfance en Danger
<i>Op.cit.</i>	<i>Opus citatum</i> : ouvrage précité
OPJ	Officier de Police Judiciaire
Ord.	Ordonnance
P./PP	Page
PAD	Placement à domicile
PMI	Protection Maternelle Infantile
Pré.	Précité
Préf.	Préface
PUF	Presses Universitaires de France
PV	Procès-Verbal
QE	Question écrite
QPC	Question prioritaire de constitutionnalité
Rapp.	Rapport
RDS	Revue de Droit de la Santé
RDSS	Revue de Droit Sanitaire et Social
RDT	Revue du Droit du Travail

Rec.	Recueil
Rect.	Rectifié
Rép. Dr. Civ. Dalloz	Répertoire de droit civil
Rép. Dr. Pén. Dalloz	Répertoire de droit pénal et de procédure pénale
Rép. Min.	Réponse ministérielle
Rép. Pr. Civ. Dalloz	Répertoire de Procédure Civile
Rev. Crit. DIP	Revue critique de Droit International Privé
Req.	Requête
RGDM	Revue Générale de Droit Médical
RGDP	Revue Général Des Procédures
RID comp.	Revue Internationale de Droit comparé
RJPF	Revue Juridique Personnes et Famille
RLDC	Revue Lamy Droit Civil
RRJ	Revue de la Recherche Juridique, Droit prospectif
RSC	Revue de Sciences Criminelles et de droit pénal comparé
RRJ	Revue de la Recherche Juridique
RSQ	Réseau Santé Qualité
RQS	Réseau Quali-Santé
RTD civ.	Revue Trimestrielle de droit civil
RTD eur.	Revue Trimestrielle de droit européen
RTD sanit. Soc.	Revue Trimestrielle de droit sanitaire et social
S.	Suivant(e)s
SBS	Syndrome du Bébé Secoué
SDN	Société des Nations
SNATED	Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger
Suppl.	Supplément
<i>Supra</i>	Ci-dessus
T.	Tome
T Corr.	Tribunal Correctionnel
TE	Tribunal pour Enfants
TGI	Tribunal de Grande Instance
TISF	Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale
Trib. Corr.	Tribunal Correctionnel
UDAF	Union Départementale des Associations Familiales
UNAF	Union Nationale des Associations Familiales
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
Vol.	Volume

SOMMAIRE

SOMMAIRE	11
INTRODUCTION	13
<i>Chapitre 1 : Objectifs</i>	16
<i>Chapitre 2 : L'élaboration de la recherche</i>	19
PREMIÈRE PARTIE LES PROFESSIONNELS DE SANTE FACE AUX ENJEUX CLINIQUES DU REPERAGE ET DE L'EVALUATION DE LA MALTRAITANCE	43
<i>Titre 1 : La nécessité de connaître la maltraitance pour pouvoir signaler</i>	45
Chapitre 1 : Les définitions de la maltraitance	47
Chapitre 2 : L'évaluation de la maltraitance	101
<i>Titre 2 : Les difficultés rencontrées par les professionnels pour reconnaître la maltraitance</i>	117
Chapitre 1 : Les difficultés de repérage liées aux résistances personnelles des professionnels ou des victimes ...	119
Chapitre 2 : Les difficultés de repérage dues au manque de formation.....	129
<i>Conclusion de la première partie</i>	149
SECONDE PARTIE LES PROFESSIONNELS DE SANTE FACE AUX ENJEUX LEGAUX DU REPERAGE ET DE L'EVALUATION DE LA MALTRAITANCE	151
<i>Titre 1 - Les connaissances relatives au dispositif de protection</i>	153
Chapitre 1 : Les connaissances nécessaires au niveau juridique	155
Chapitre 2 : Les connaissances nécessaires au niveau administratif	245
Chapitre 3 : Les connaissances relatives au secret professionnel	259
<i>Titre 2 - Les difficultés des professionnels soignants face aux dispositifs de protection</i>	283
Chapitre 1 : Des difficultés majorées par des méconnaissances multiples	285
Chapitre 2 : La difficulté de poser l'acte de signalement.....	307
<i>Conclusion de la seconde partie</i>	347
CONCLUSION GENERALE	351
BIBLIOGRAPHIE	357
ANNEXES	419
TABLE DES MATIÈRES	477

INTRODUCTION

L'actualité nous rappelle régulièrement que les personnes vulnérables (mineurs comme adultes), peuvent être objets de maltraitements de toutes sortes et certaines fois en mourir¹. Nombre de situations médiatisées viennent rappeler que ces maltraitements étaient connues, mais trop souvent non signalées par les professionnels. Ces obstacles, ces réticences, voire ces résistances à signaler peuvent paraître surprenante compte tenu des connaissances actuelles au niveau des troubles manifestes de maltraitance et du nombre de textes législatifs existant tant dans le domaine civil que pénal pour protéger les plus vulnérables.

Les causes sont sûrement multiples, mais certains éléments reviennent régulièrement du côté des professionnels confrontés à des situations qui devraient les alerter et les amener à mettre en place les mesures adaptées de protection : la peur des représailles, la crainte de se tromper, le manque de formation, la surcharge de travail, les difficultés de collaboration interdisciplinaire et interinstitutionnelle, la méconnaissance des textes, sont parmi les explications les plus souvent données face à la difficulté de signaler. Au niveau judiciaire l'affaire dite « d'Outreau »² a sans nul doute eu une incidence sur le rapport des professionnels aux propos des enfants et sur l'évolution actuelle qui conduit à la plus grande prudence quand des révélations de maltraitance sont faites. La judiciarisation exponentielle qui existe dans notre pays depuis plusieurs années et qui fait des Français une société « victimophile »³ où tout citoyen est prêt à porter plainte pour tout et rien⁴ n'a pas facilité le positionnement des professionnels qui sont désormais bien plus menacés de poursuites que par le passé, dès qu'ils se positionnent pour tenter d'aider une victime. Loin de protéger les personnes maltraitées, cette judiciarisation chronique semble au contraire les exposer de façon paradoxale à être bien moins protégées : quand elles parviennent à révéler, elles sont plus difficilement crues ; quand les professionnels les entendent, ils sont beaucoup plus prudents à signaler et quand le système

¹ En France, un enfant meurt tous les cinq jours sous les coups de ses parents ou de proches, selon le rapport de la Mission sur les morts violentes d'enfants au sein des familles de mai 2018 du Ministère des solidarités et de la santé (inspections générales des affaires sociales - IGAS), du Ministère de la Justice et du Ministère de l'Éducation Nationale http://www.justice.gouv.fr/art_pix/2018-044%20Rapport_Morts_violentes_enfants.pdf. Aucune étude n'a jamais été menée sur le nombre de personnes âgées décédant suite à des maltraitements.

² Rapport de l'inspection générale des services et de la commission Viout, 2006, <http://www.justice.gouv.fr/publications-10047/rapports-thematiques-10049/traitement-judiciaire-de-laffaire-doutreau-11950.html>

³ ROMANO H., CYRULNIK B., *Je suis victime. L'incroyable exploitation du trauma*. Savigny-sur-Orge, éd. Duval, 2015.

⁴ FASSIN D., RETCHMAN R., *L'empire du traumatisme. Enquête sur le statut de victime*. Paris, Flammarion, 2007.

judiciaire est saisi, son fonctionnement si particulier conduit bien souvent à des malentendus dont celui de croire que la justice est là pour les « réparer » ou que sans plainte, aucun devenir ne sera possible. Certaines associations et avocats incitent ainsi les personnes à déposer des plaintes sans limites, sous prétexte que sans ces démarches elles n'iront pas mieux, sans les informer de la réalité du peu de plaintes non instruites en raison de la logique pénale⁵. Car pour envisager la poursuite d'une personne mise en cause comme responsable de maltraitances il faut des preuves ou des aveux et dans ce type de situations il est exceptionnel que les auteurs reconnaissent les faits et qu'il y ait des preuves (au sens matériel du terme) sont rares. Face à des signalements non suivis de mesures judiciaires de protection, les professionnels ne comprennent pas et hésitent à signaler de nouveau. Quant aux victimes confrontées à des classements sans suite ou des non-lieu à poursuivre, elles sont désemparées et vivent ces décisions comme une injustice profonde⁶ qui vient renforcer leur vécu de désappartenance et d'incompréhension face à la logique judiciaire⁷.

En devenant le maître d'œuvre d'une politique publique d'aide aux impliqués, l'Etat n'a pas anticipé les effets secondaires au niveau individuel comme au niveau collectif de ces signalements et de ces plaintes restés sans suite. Et l'une de ces conséquences apparaît être aujourd'hui une résistance des professionnels. Les difficultés aux signalements des personnes vulnérables (mineurs comme personnes âgées) apparaissent dans ce contexte comme un symptôme d'une société en quête de sens et en souffrance à pouvoir réellement protéger les citoyens les plus faibles.

Au niveau sociétal et plus particulièrement médical, un autre élément pourrait être pris en compte, celui de l'évolution visant à rentabiliser toute intervention depuis la loi sur la T2A (votée en 2004 dans le cadre de la réforme du secteur des soins et du fonctionnement des établissements de santé). La T2A - tarification à l'activité⁸ a en effet créé un séisme identitaire du côté des intervenants du secteur de la santé, devenus malgré eux bien davantage des commerciaux du soin que des acteurs de santé : les cadres de santé s'appellent désormais des

⁵ Enquête IPSOS du 28 février 2019 qui relève que la justice classe sans suite 74 % des plaintes pour viol (alors que ces plaintes ne représentent que 10 % de l'ensemble des viols), correctionnalise la moitié des plaintes pour viols qui sont instruits, et qui pour finir ne juge comme des viols que 10 % des plaintes pour viols. https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2019-06/2019-rapport_d_enquete_ipsos-web.pdf

⁶ CARIO R., La justice restaurative : Vers un nouveau modèle de Justice pénale ?, *AJ pénal*, 2007, p. 373.

⁷ ALT-MAES F., *Le concept de victime en droit civil et en droit pénal*, *Revue de science criminelle*, 1994, p.35. et DECOCQ A. L'avenir funèbre de l'action publique, in *L'avenir du droit. Mélanges en hommage à François Terré*, Paris, Dalloz, PUF, éd. J.-Cl., 1999, p. 781 ; R. Cario, La justice restaurative : Vers un nouveau modèle de Justice pénale ?, *AJ pénal*, 2007, p. 373.

⁸1898<https://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/etablissements-sante/qu-est-ce-que-tarification-activite-t2a.html>

« managers » (il existe même des « bed-managers » pour assurer la pleine occupation des lits à l'hôpital, comme dans un hôtel) ; les patients sont devenus des clients et les « bons soignants » sont ceux qui exécutent le plus d'actes possible en un minimum de temps. Les professionnels de santé n'ont plus le temps ni la formation adéquate pour assurer les soins appropriés et y associer leurs partenaires, en particulier ceux du milieu judiciaire et social.

Or repérer, prendre en charge, soigner, une victime de maltraitance nécessite du temps, de la patience et de l'attention. Autant de facteurs que les professionnels n'ont plus suffisamment de temps.

Cette étude se centre sur l'analyse des pratiques des signalements des soignants en France, mais nous précisons d'emblée que cette problématique est loin d'être exclusivement nationale et que les questions qui y sont liées ne peuvent être assurées par un État que si une réglementation est mise en œuvre aussi au niveau international.

CHAPITRE 1 : OBJECTIFS

Ce travail s'inscrit dans le contexte social bien particulier que nous venons de rappeler : celui d'une judiciarisation constante corrélée à une victimisation systématique. La reconnaissance récente de la dimension des victimes dans le système pénal « s'accompagne d'un populisme ouvertement répressif qui n'hésite pas à expérimenter de nouvelles formes de gestion de la délinquance »⁹ et de la souffrance psychique. Or le droit pénal n'est pas conçu pour les victimes. Il est initialement conçu pour sanctionner une faute (contravention, délit, crime) et pour une moindre part obtenir réparation de cette faute si elle est prouvée. En vertu de l'article 111-1 du Code pénal, « les infractions pénales sont classées, suivant leur gravité, en crimes, délits et contraventions. » À ces types d'infractions correspondent des peines. Ainsi, connaître la peine permet de savoir à quelle classe d'infraction correspond le comportement prohibé. Et définir la classe d'infraction s'avère particulièrement complexe en matière de maltraitance, car pour qu'une infraction soit constituée l'élément matériel (*actus reus*) doit être établi tout autant que l'élément moral (*mens rea*) à savoir l'intentionnalité. Pour qu'une infraction soit constituée, il est nécessaire que l'acte matériel ait été voulu par l'auteur. En matière de crime et de délit, il est nécessaire de prouver l'intention criminelle pour que l'infraction soit caractérisée, sauf dispositions contraires¹⁰. Concernant les contraventions, certaines sont intentionnelles et d'autres non intentionnelles.

Les dérives victimologiques¹¹ actuelles parasitent souvent les procédures et au final, ne permettent plus d'assurer une protection psychique effective des victimes d'infractions pénales, puisqu'on les leurre sur les suites possibles. Ces dérives conduisent à une inflation législative, bien souvent sous pressions politico-médiatiques suite à des faits divers avec une intervention pénale qui n'est plus en mesure de juger sereinement. Avec de telles dérives, le droit pénal est devenu un droit de l'urgence médiatique et du règne de l'émotion. Pour exemple, l'étendue de la prescription ou la volonté d'inscrire dans le Code pénal le terme de féminicide sous la pression de certaines associations. Mais prétendre que cette évolution de la pénalisation

⁹ DREYER E., *Droit pénal général*, 3^e éd., Paris, Lexisnexis, 2014, n° 172, p. 115.

¹⁰ La tentative de l'infraction est punie de la même peine que la commission de l'infraction par exemple une tentative de viol peut être punie de la même peine que le viol. L'auteur doit avoir commencé l'exécution de son acte criminel, mais avoir été arrêté par un fait indépendant de sa volonté. Autrement dit, il doit y avoir commencement d'exécution et absence de désistement volontaire de l'auteur pour que l'infraction tentée soit caractérisée. La sanction, en droit, est la même que si l'infraction avait été effectivement accomplie. En pratique, il est fréquent que les juges personnalisent les peines et modèrent alors la sanction.

¹¹ ROMANO H., CYRULNIK B., *Je suis victime. L'incroyable exploitation du trauma*. Savigny-sur-Orge, eds Duval, 2015.

permettra de « mettre des mots sur les maux » et « un baume sur les souffrances des victimes »¹² est une mystification lourde de conséquences, car si une victime espère du système pénal qu'elle la restaure psychiquement, elle risque d'attendre bien longtemps ; le système pénal n'ayant pas vocation à être un espace thérapeutique. Sortir de la confusion et des dérives actuelles pourrait se faire par un meilleur usage du signalement, ce qui ne peut s'envisager sans les connaissances cliniques et judiciaires adaptées.

Les professionnels, et tout particulièrement les soignants ont ici une fonction fondamentale en termes de repérage des maltraitances et de leur prise en charge. Les règles actuelles dans le champ de la protection de l'enfant et des personnes vulnérables visent non seulement la protection individuelle de chacun d'eux, mais aussi l'incidence de cette protection au niveau de la société dans son ensemble. La protection des personnes vulnérables ne peut être envisagée sans prendre en considération les intérêts individuels, mais aussi l'intérêt général, ce qui peut conduire à certaines difficultés (par exemple quand il s'agit de protéger un enfant maltraité par ses parents, les professionnels doivent prendre en considération l'intérêt supérieur de l'enfant tout en ayant bien connaissance des textes législatifs sur l'autorité parentale et ses attributions, pour ne pas voir invalider les mesures prises).

Ce contexte conduit à une impression de confusion pour certains professionnels de terrain (secteur public ou privé, comme activité libérale) qui s'interrogent sur leur identité professionnelle et le sens des textes qu'ils sont censés connaître et appliquer. Au-delà des textes il y a donc les problématiques qu'ils soulèvent au niveau individuel, interindividuel et institutionnel. Les évolutions sociales, politiques et législatives récentes ont conduit à une certaine instabilité et à une insécurité institutionnelle : « Exponentiel, instable, obscur, l'édifice normatif est devenu au fil des ans, un véritable engrenage pour les collectivités territoriales. »¹³ Les professionnels de santé devraient avoir un rôle majeur dans les signalements des situations de danger, mais cela reste, en pratique, loin d'être le cas. Envisager les raisons de ces difficultés face au signalement apparaît essentiel pour pouvoir proposer des perspectives nouvelles pour la protection et l'accompagnement des plus fragiles. Afin de répondre à cette problématique et de développer les connaissances sur les réactions des professionnels de santé face au signalement des personnes âgées vulnérables et des mineurs maltraités il a été décidé de partir de l'expérience même de ceux qui en font l'expérience à savoir les professionnels soignants.

¹² LEPAGE A., Réflexions sur l'inscription de l'inceste dans le Code pénal par la loi du 8 février 2010, *JCP. G.*, n° 12, 22 mars 2010, doctr. 335, p. 335-339.

¹³ DOLIGE E., *La simplification des normes applicables aux collectivités locales*, Mission parlementaire, 2011, p. 3.

L'objectif principal de cette recherche exploratoire est donc de mieux comprendre les résistances des professionnels de santé face aux signalements lorsqu'ils prennent en charge une personne vulnérable pour laquelle une maltraitance est suspectée, en particulier lorsqu'il s'agit d'un enfant ou d'une personne âgée.

Les objectifs secondaires dans une telle recherche sont multiples et visent à évaluer l'incidence des facteurs individuels (âges, ancienneté, niveau de formation, lieu d'exercice) et des facteurs collectifs (dynamiques institutionnelles, travail en réseau) sur le positionnement des professionnels face au signalement. Il s'agit de proposer, en partant du constat des pratiques des professionnels de santé et de leurs témoignages, de proposer des mesures pour améliorer le dispositif législatif actuel et son efficacité.

CHAPITRE 2 : L'ELABORATION DE LA RECHERCHE

La formulation d'une problématique liée aux pratiques professionnelles nécessite certaines précisions sur l'organisation de la rédaction de cette thèse, en particulier quant au choix du public concerné, au recueil des données et à l'analyse des résultats.

Section 1 - Le choix du public concerné

Engager une recherche auprès de soignants sur un sujet connu pour être source de résistances multiples n'était pas simple et nécessite au moment d'élaborer cette étude de devoir dans un premier temps faire des choix sur le public concerné, car la vulnérabilité concerne des mineurs comme des adultes qu'ils soient en situation de handicap, qu'il s'agisse de femmes enceintes ou de personnes âgées. Dans un second temps sera abordée la question des professionnels sollicités par cette recherche, car de nombreux intervenants sont susceptibles de signaler des personnes vulnérables qu'ils exercent dans le domaine soignant, judiciaire, social, éducatif ou qu'ils soient de simples citoyens.

§ 1 : Les victimes

La maltraitance ne concerne pas que les mineurs et les personnes âgées vulnérables. Des adultes peuvent aussi en être victimes en dehors du grand âge du fait de leur vulnérabilité psychique, d'une situation de handicap, d'un contexte d'emprise (violences conjugales). Il n'était pas envisageable d'aborder toutes ces situations qui comportent des spécificités tant au niveau clinique que des modalités de protection judiciaire. Il a donc été décidé de se consacrer aux deux extrémités des âges de la vie : l'enfance et le grand âge.

A – Les mineurs

Si pour le système judiciaire c'est l'entité « mineur » qui est généralement utilisée¹⁴, pour les soignants ce terme n'a pas de sens, car il regroupe des enfants d'âge très différents, ayant des

¹⁴ Il faut cependant relever que le terme « enfant » est le plus souvent utilisé dans les dispositions législatives relatives au droit de la famille. Ainsi, le terme « mineur » est mentionné dans 116 articles du Code civil français, alors que le terme « enfant » est cité dans 241 articles du même Code. Le terme « mineur » s'impose davantage en

niveaux cognitifs, de représentations spatio-temporelles, de capacités mnésiques et de maturité affective extrêmement variables qu'il s'agisse d'un bébé, d'un enfant ou d'un adolescent. Le mineur correspond à la période de la vie qu'est l'enfance. Si notre société a longtemps ignoré l'importance de ces premières années dans le développement d'un enfant¹⁵, ce n'est plus le cas depuis le XIX^e siècle où l'attention portée à ces années de la vie est devenue de plus en plus importante. Jusque-là trois périodes étaient repérées : l'enfance, l'âge adulte, la vieillesse avec une espérance de vie plus que limitée¹⁶ puisqu'elle ne dépassait pas, en moyenne trente ans à la fin du XVIII^e siècle a diminution de la mortalité infantile, les progrès dans l'éducation et l'évolution des modes d'organisation de la société et des familles¹⁷ ont ainsi conduit à une prise de conscience que l'enfance était une période bien particulière qui nécessitait une attention spécifique (que ce soit au niveau social, éducatif, psychologique, médical ou juridique). Derrière le terme « enfance » sont ainsi progressivement apparues différentes périodes ayant chacune un vocabulaire spécifique : la prime enfance avec le mot « bébé »¹⁸, l'enfance, puis au XX^e siècle la notion d'adolescence dont l'étymologie vient du mot latin (*adolescere* qui signifie « grandir vers ». L'usage d'un terme spécifique pour décrire cette période de la vie où le corps et le psychisme de l'enfant se transforment pour devenir ceux d'un adulte va conduire à des attentions spécifiques en particulier au niveau médical, et psychologique. Ainsi, peu à peu, notre société a pris conscience de l'importance à porter à tous les sujets, et ce, dès leur plus jeune âge avec cette notion, au niveau juridique, que l'enfant n'étant pas autonome, nécessite une protection particulière.

Ce bref rappel historique nous amène inévitablement à pointer la différence d'usage qui est faite entre le terme « d'enfant » et de « mineur ». Selon le dictionnaire l'enfant est un mot issu du latin *infans*, « qui ne parle pas ». Au niveau psychologique l'enfant est celui qui est dépendant des adultes pour son bon développement et le petit d'homme est un des rares mammifères à ne pouvoir survivre sans la présence et les soins d'adultes protecteurs. Au niveau juridique c'est le terme « mineur » qui est privilégié,¹⁹ car le mot « enfant » a un double sens au niveau juridique. Il manifeste un lien de filiation entre un individu et une autre personne d'une autre génération indépendamment de leurs âges respectifs : « l'enfant est un descendant au

droit pénal. Ce mot est par exemple mentionné dans 85 articles du Code pénal français, alors que le terme « enfant » ne figure que dans 32 articles du même Code.

¹⁵ ARIES Ph., *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, coll. « Points », Seuil, 1973, p. 140 et s.

¹⁶ <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes/esperance-vie-france/>

¹⁷ LEMOULAND J.J, *Droit de la famille*, Paris, Ellipses, Coll. Cours magistral ; 2014.

¹⁸ ARIES Ph., ouvr. précité, p. 44 et s.

¹⁹ Rapport de la Commission présidé par le Professeur André Varinard remis à la Garde des Sceaux le 3 décembre 2008. http://www.presse.justice.gouv.fr/art_pix/1_RapportVarinard.pdf

premier degré, fils ou fille sans considération d'âge. »²⁰ Une seconde définition peut aussi être retenue, celle qui caractérise l'enfant par sa jeunesse qui le rend immature pour assurer et assumer les devoirs et responsabilités de la vie sociale et juridique comme un adulte. C'est d'ailleurs cette représentation qui est reprise dans l'article premier, la Convention internationale relative aux droits de l'enfant (dite CIDE) du 20 novembre 1989 définit l'enfant comme « tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable ».

La notion de « mineur »²¹ apparaît comme plus objective, car c'est le critère d'âge qui introduit la distinction avec l'âge adulte. Comme le rappelle Gérard Cornu « Chacun sait que l'incapacité civile des mineurs, reconnaissance légale de leur état de faiblesse naturelle, est l'effet d'une politique de protection et non d'une quelconque gérontocratie. L'incapable n'est pas la victime d'une brimade, d'un sacrifice de l'individu à la société, mais le bénéficiaire d'une mesure qui rétablit en sa faveur un équilibre des forces que la nature n'a pas encore réalisé ».²² En France, la majorité civile est ainsi fixée à dix-huit ans depuis le 5 juillet 1974. Selon l'article 388 du Code civil, « Le mineur est l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de dix-huit ans accomplis. ». Et cette distinction entre mineurs et majeurs a conduit le législateur à développer un droit des mineurs « qui désigne l'ensemble des règles ayant vocation à s'appliquer à cette catégorie particulière de personnes, se caractérise ainsi tant par son objet, que par ses sources, et également du fait des acteurs de sa mise en œuvre. »²³ Ce droit a notamment pour objectif la protection des mineurs considérés comme des personnes vulnérables.

B - Les personnes âgées vulnérables

La vulnérabilité est un terme qui est aujourd'hui utilisé sans limites ni véritable définition et dont le sens apparaît des plus flous voir ambigu. Comprendre qui est vulnérable ; savoir ce qui rend vulnérable ; repérer les signes de vulnérabilité ; connaître les protections à envisager sont des enjeux intimement liés. Autant de remarques qui nécessitent de revenir à l'origine même de ce terme : le mot « vulnérable » est issu du latin *vulnerabilis*, de *vulnerare* (blesser), qui vient lui-même de *vulnus* (blessure, plaie). Être vulnérable est donc un adjectif

²⁰ CORNU G., *Vocabulaire juridique : association Henri CAPITANT*, Paris, PUF, 2005.

²¹ LEMOULAND J.J., *La condition juridique du mineur*, Coll. Carré Droit, Paris, éd. Litec, 2004.

²² CORNU G., L'âge civil, in *Mélanges en l'honneur de Paul Roubier*, Dalloz, 1961, T. 1, p. 9.

²³ BONFILS P., GOUTTENOIRE A., *Droit des mineurs*, Paris, Dalloz, 2014.

polysémique puisqu'il définit à la fois la personne qui est blessée et le fait de blesser. La vulnérabilité sous-tend ainsi le fait d'être prédisposé à souffrir d'une blessure qu'elle soit psychique ou physique. Une personne vulnérable est donc quelqu'un qui peut être blessé sans que l'étymologie ne donne plus de précision sur les causes de cette disposition à être diminuée. Selon le dictionnaire Larousse, la vulnérabilité est « le caractère de ce qui est à la merci de la moindre agression, au propre comme au figuré ». Autrement dit, contrairement au défaut français qui consiste à catégoriser très vite les personnes, il est important de développer une vision globale, citoyenne et humanisante des individus qui ne les réduit pas à leur statut. Ce qui amène à comprendre que ce n'est pas tant l'âge ou le fait d'être limité physiquement ou psychologiquement qui constitue la vulnérabilité que le fait que cet état empêche ou ait empêché la victime de se protéger, ce qu'il sera nécessaire en droit d'établir et d'expliquer.

La vulnérabilité est le propre de l'homme puisque nous sommes tous mortels, susceptibles d'être malades, affaiblis, faillibles, incapables défendre nos intérêts et dépendants des uns des autres. « Composante des vertus humaines » selon Aristote, elle nous confronte à notre propre finitude et à la fragilité de la vie. Elle témoigne de la plasticité humaine et à cette notion fondamentale d'appartenance à une même humanité qui, si elle ne nous permet pas tous d'être égaux au sens d'identique, nous assure une égalité en termes de valeur humaine : fort ou faible, grand ou petit, en pleine santé ou rachitique, chacun de nous a le droit, au-delà des difficultés et des différences rencontrées, au même respect, à la même dignité. Vulnérabilité et respect sont intimement liés comme en témoigne la Déclaration universelle des droits de l'homme : le respect de la dignité humaine s'exprime notamment par la reconnaissance d'une pleine capacité à tous les individus, laquelle garantit aux personnes la liberté d'agir de manière autonome. Ces deux notions s'interrogent mutuellement et influencent inéluctablement le législateur confronté à la dimension éminemment délicate de l'altérité. En faisant désormais référence à la vulnérabilité, le législateur engage une conception moderne de l'homme et de la représentation actuelle de sa dignité, de ses ressources, de son autonomie et de la façon de promouvoir le soin de l'autre. Ce qui conduit depuis les années 1990²⁴ à une multiplication des études relatives à la vulnérabilité entendue à travers différents spectres, dont celui de la doctrine juridique²⁵. L'essor de l'attention portée à la vulnérabilité a conduit à l'associer à des corollaires négatifs tels que l'insécurité, le risque, la dépendance, l'isolement, etc. Les raisons de l'attention

²⁴ COHET CORDEY F., Préface, in COHET CORDEY F. (dir.), *Vulnérabilité et droit, Le développement de la vulnérabilité et ses enjeux en droit*, Colloque organisé par le Centre de droit fondamental à Grenoble le 23 mars 2000, PUG, 2000, p.9.

²⁵ La référence à la vulnérabilité se retrouve dans des contextes multiples allant du droits des mineurs isolés, aux droits des victimes de violences conjugales ou des enfants en situation de danger.

récente portée à ce concept peuvent se trouver dans la préoccupation de notre société contemporaine face à tout ce qui relève des « crises » (économique, sociale, technologique, climatique, politique, identitaire, religieuse, familiale... La perception du risque lié à toutes ces crises possibles, conduit à repérer les facteurs qui permettent d'y faire face à ceux qui fragilisent les individus et dont la vulnérabilité fait partie. Elle est marquée par une charge émotionnelle qui n'est pas sans poser question dans le domaine du droit qui repose sur une conception des individus comme des êtres « désubstantialisés et désensibilisés »²⁶ et où prime la neutralité nécessaire pour permettre l'application de loi et d'un système juridique contraignant.

En évoluant, notre société actuelle a privilégié l'immédiateté, la satisfaction, la perfection et le désir d'individuation avec des individus au final bien plus centrés sur eux-mêmes et leur propre épanouissement personnel que sur la solidarité envers les autres. En changeant de paradigme, le système social a mis à mal l'attention collective. En considérant la personne vulnérable comme sujet du droit et de droits, le législateur a renouvelé la conception juridique de l'individu et de sa protection. La prise en compte ce nouveau facteur l'a amené à distinguer les termes de « personne vulnérable » et de « vulnérabilité de la personne » dont les définitions se croisent tout en ayant leurs propres spécificités²⁷. Il s'agit d'inscrire désormais la vulnérabilité dans sa conception tacite à travers une sorte de pacte dénégatif conclu entre les personnes autonomes à l'égard de celles qui ne le sont pas en faisant en sorte que les règles de droit puissent les protéger. Autrement dit, il existe une continuité entre la notion commune et universelle d'une vulnérabilité propre à l'espèce humaine et la représentation d'une vulnérabilité particulière spécifique à la situation de certaines personnes. Et c'est à leur sujet que le droit peut intervenir en leur apportant une protection particulière en raison de vécus spécifiques, mais le droit ne peut se saisir de la notion universelle de vulnérabilité sous peine de voir son utilité réduite à néant (si le droit considère que toute personne est vulnérable au même niveau, toutes les mesures de protection dites particulières sont applicables à tous et au final n'ont plus rien de particulier et la référence à la vulnérabilité devient un non-sens. Cette distinction explique la distinction faite par le législateur entre « personne vulnérable » et « vulnérabilité de la personne ». Dans le premier cas il s'agit de s'intéresser au vécu de l'individu dans sa situation propre, dans le second cas c'est la condition de la personne en tant que sujet de besoin qui prime. La « vulnérabilité de la personne » relève d'un concept là où la

²⁶ FORTIER V., LEBEL-GRENIER S. (dir.), *Les sentiments et le droit, Rencontres juridiques Montpellier-Sherbrooke (juin 2011)*, Sherbrooke, Éditions Revue de droit de l'Université de Sherbrooke, 2012.

²⁷ DUTHEIL-WAROLIN L., *La notion de vulnérabilité de la personne physique en droit privé*, Thèse de doctorat, Limoges, 2004, p.6.

« personne vulnérable » est bien davantage une notion c'est-à-dire quelque chose qui permet immédiatement de comprendre ce qu'elle représente alors que le concept exige de pouvoir élaborer son sens en lien avec d'autres références. Si l'on se réfère à la sphère juridique, le concept vise la manière à atteindre une règle de droit et ne crée pas directement des obligations et des droits. Alors que la notion a une dimension opérationnelle. Elle est ce qui permet d'appréhender des faits, de les qualifier, de les catégoriser et de les inscrire avec un certain nombre d'effets de droit selon les catégories auxquelles elle se réfère. Elles ont « caractère prélogique [...] : le juge les découvre plus qu'il ne les construit ; il s'y réfère plus qu'il ne les définit [...] ». Il y a dans l'utilisation des notions un aspect intuitif. »²⁸

Il existe une pluralité de raisons d'être vulnérable. Au-delà de la vulnérabilité générale constitutive de notre humanité, nous ne sommes pas tous vulnérables aux mêmes niveaux en fonction des épreuves vécues par la vie, de notre âge et de notre capacité ou non à y faire face. L'individu n'est pas vulnérable en soi, mais en raison d'un contexte spécifique entraînant une faiblesse particulière et il est jugé vulnérable en comparaison à d'autres personnes considérées comme non vulnérables. Sans stigmatiser tel ou tel comme vulnérable, car les circonstances peuvent conduire à des évolutions, il est important de comprendre la vulnérabilité comme un état psychique lié à la singularité de chaque personne et au contexte duquel elle se trouve et qui lui fait alors avoir un risque accru de subir un préjudice.

Aucun texte ne définit réellement un âge pour qualifier une personne âgée. Si les mineurs sont de principe considérés comme vulnérables en raison de leur dépendance à l'adulte et de leur maturité à tous niveaux, les adultes voient ce statut attribué à certains d'entre eux non en raison d'un âge spécifique qui serait atteint, mais bien davantage en lien avec le fait qu'un grand âge ne permet pas, toujours, d'avoir les mêmes ressources qu'un adulte jeune. Ce qui pose la question de ce qu'est une personne âgée. Différents qualificatifs sont donnés pour les décrire, tels que « séniors », « retraités », « aînés », « vétérans », sans qu'aucun âge ne soit jamais fixé si ce n'est celui de l'âge moyen du départ (actuel) en retraite à savoir 65 ans en Europe ce qui fait de cette notion une donnée très floue²⁹. Derrière cette difficulté de terminologie, une difficulté se pose en raison de l'hétérogénéité de cette catégorie de la

²⁸ GAUDEMET Y., *Les méthodes du juge administratif*, Paris, LGDJ, Bibliothèque de droit public, 1972, p.37-38.

²⁹ À noter que l'OMS définit une « personne âgée comme une personne de plus de 60 ans », mais cette définition n'est pas généralisée au niveau mondial.

population, car si certaines personnes ne présentent aucun problème de santé (physique ou mental), d'autres sont en mauvaise santé, dépendantes, voire très dépendantes, isolées ou totalement abandonnées. L'amélioration de la qualité de vie, l'avancement dans la durée de vie fait qu'aujourd'hui avoir 50 ans peut être considéré comme être à la moitié de la vie quand il y a deux siècles atteindre ce même âge relevait de l'exploit. Il est des personnes de 80 ans en pleine forme physique et mentale quand d'autres de 60 ans peinent à avancer. La population âgée en France est donc très hétérogène avec des profils des plus contrastés, mais des besoins de sécurité spécifiques à couvrir sur le plan de la délinquance dont les personnes âgées sont des cibles faciles, les accidents de la voie publique et de la vie courante et bien évidemment au niveau médico-judiciaire pour les protéger quand elles ne sont plus en mesure de le faire. La médecine évolue et tout particulièrement la « gérontechnologie » ou « e-médecine » qui permet de répondre aux besoins de prises en charge médicales des personnes âgées souhaitant restées le plus longtemps chez elles, via des applications de toutes sortes : télésurveillance, bracelets de localisation, surveillance de l'hypertension, du diabète, du rythme cardiaque à distance, capteurs antichute, etc. Si ces progrès médicaux peuvent être source de progrès dans la protection des personnes âgées devenant vulnérables, elles ne sont pas sans poser des questions éthiques, aucune application ne pourra jamais remplacer ce qu'apporte une présence humaine bienveillante près d'une personne fragilisée.

L'espérance de vie des Françaises est actuellement de 84 ans, celle des Français de 77 ans et elle progresse régulièrement chaque année. Entre 1950 et 2050, le nombre de personnes de plus de 80 ans passera de 13 à 137 millions³⁰. Et selon l'OMS la proportion de personnes de plus de 60 ans va presque doubler entre 2015 et 2050 passant de 12 % à 22 % de la population mondiale. La représentation sociétale de la vieillesse est une donnée importante à prendre en compte pour définir ce que serait une personne âgée, c'est-à-dire une personne qui présente physiologiquement, physiquement économiquement, les attributs que notre société donne au grand âge.

La notion de vulnérabilité liée à l'âge varie selon les pays et les cultures et il nous apparaît important de le rappeler non seulement parce que les soignants sont issus de cultures plurielles, mais aussi que les personnes âgées qu'elles prennent en charge ne s'autoriseront pas toutes à exprimer leurs difficultés selon leurs origines.

³⁰ Département de l'Information, O.N.U, septembre 1994.

Au niveau international il est ainsi intéressant de constater que la vulnérabilité liée à l'âge est diversement interprétée. Les Nations-Unies proposent dans les années 1980 différents textes pour protéger les personnes âgées et assurer leur dignité et leur sécurité.^{31,32} L'Union européenne dans sa Charte des droits fondamentaux reprend dans son article 25 le droit des personnes âgées de vivre dignement et de ne pas les exploiter^{33,34} Mais le grand-âge n'est pas systématiquement mis en avant pour faire valoir les droits des requérants et c'est bien davantage la notion « d'incapacité » qui est utilisée, ce concept apparaissant comme moins flou. Ainsi dans plusieurs arrêts la Cour Européenne des droits de l'homme s'est principalement attaché à cette notion d'incapacité qu'à l'âge de la victime pour fonder la protection juridique de la personne : « les personnes ne jouissant pas de la capacité juridique sont particulièrement vulnérables et l'article 8 fait donc peser sur l'État l'obligation positive de leur accorder une protection spéciale par la loi. »³⁵ Dans l'affaire Papon. La CDEH a refusé en juin 2001 de considérer son grand âge (90 ans) comme facteur de vulnérabilité rendant incompatible sa détention. La Cour a argumenté ainsi : « dans aucun des pays membres du Conseil de l'Europe, l'âge élevé ne constitue en tant que tel un obstacle à la détention [...]. Toutefois, l'âge, en conjonction avec d'autres facteurs, tels que l'état de santé, peut être pris en compte soit au moment du prononcé de la peine, soit lors de son exécution [...]. Si aucune disposition de la Convention n'interdit en tant que telle la détention au-delà d'un certain âge, la Cour a déjà eu l'occasion d'indiquer que, dans certaines conditions, le maintien en détention pour une période prolongée d'une personne d'un âge avancé pourrait poser problème sous l'angle de l'article 3 de la Convention. Cependant, il convient dans chaque cas d'avoir égard aux circonstances particulières de l'espèce [...] » Après avoir considéré l'ensemble des faits, la Cour a jugé la requête n° 64666/0

³¹ Nations Unies, Assemblée générale, Résolution 37/51 concernant la « question du vieillissement » du 3 décembre 1982, document A/RES/37/51 ; Nations Unies, Assemblée générale, Résolution 46/91 relative à l'« Application du Plan d'action international sur le vieillissement et activités connexes » du 16 décembre 1991, document A/RES/46/91. Nations Unies, Deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement tenue à Madrid du 8 au 12 avril 2002, « Déclaration politique et Plan d'action international sur le vieillissement » du 11 avril 2002, document A/CONF.197/MC/L.2.

³² Nations-Unies, Assemblée mondiale sur le vieillissement, Rapport de l'Assemblée mondiale sur le vieillissement tenue à Vienne du 26 juillet au 6 août 1982, document A/CONF., p. 113-131

³³ Union Européenne, « Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne » proclamée solennellement par le Parlement européen, le Conseil et la Commission le 7 décembre 2000, JO CE du 18 décembre 2000, C 364, p.1-22. Cette Charte a été incorporée dans le Traité de Lisbonne.

³⁴ Conseil de l'Europe, Comité des ministres, Recommandation du Comité des ministres aux États membres, relative à la dépendance adoptée le 18 septembre 1998 lors de la 641e réunion des Délégués des ministres, document n° R (98) 9 F (1998). Ce document, sans mentionner spécifiquement les personnes âgées, porte plus largement sur les personnes dépendantes.

³⁵ CEDH, 16 juillet 2009, Zehentner c. Autriche, req. n° 20082/02 et CEDH, 7 juin 2001, avec l'affaire Papon

Irrecevable, car la situation du requérant n'atteignait pas un degré suffisant de gravité pour entrer dans le champ d'application de l'article 3 de la Convention européenne.

En droit international l'âge, n'est ainsi considéré comme source de vulnérabilité que s'il peut être mis « en conjonction avec d'autres facteurs ». Ce qui peut servir certains mis en cause comme Biljana Plavšić poursuivie par le Tribunal pénal international pour génocide ou complicité de génocide et de crime contre l'humanité commise en ex-Yougoslavie. Sa Défense a mis en avant son âge (72 ans) pour bénéficier d'une peine adaptée et a obtenu gain de cause : « la Chambre estime devoir tenir compte de l'âge de l'accusée, et ce pour deux raisons : premièrement, la dégradation de l'état physique liée à la vieillesse peut rendre l'exécution d'une même peine plus pénible pour une personne âgée que pour une personne plus jeune. Deuxièmement, comme l'a fait remarquer la Cour d'appel de la Nouvelle-Galles-du-Sud saisie de l'affaire Holyoak, un criminel âgé, une fois libéré, peut ne plus avoir devant lui que peu d'années à vivre »³⁶. Biljana Plavšić, Présidente de la Bosnie-Herzégovine de 1990 à 1992 puis élue Présidente de la République Serbe de Bosnie en 1996, est accusée par le TPIY (Tribunal International pour l'ex-Yougoslavie) de génocide ou complicité de génocide, de violation des droits et coutumes de la guerre et de crime contre l'humanité. Dans un premier temps elle plaide non coupable avant de changer de stratégie et de plaider coupable en 2002. Elle est condamnée à onze ans de prison pour crime contre l'humanité le 27 février 2003, pour son rôle dans la guerre en particulier à l'égard des civils. Mais elle bénéficie d'une libération en octobre 2009 après avoir réalisé les deux tiers de sa peine. Ses avocats ayant fait valoir son âge : « La Défense invoque également les systèmes de droit pénal du Royaume-Uni, d'Australie et du Canada dans lesquels le Juge peut considérer l'âge avancé comme une circonstance atténuante »³⁷.

§ 2 : Les professionnels visés

Un autre choix a dû être fixé vu la pluralité des professionnels susceptibles d'intervenir dans le cadre de signalement (agents du secteur social, juridique, éducatif, scolaire, soignant, administratif...) Il a été décidé de centrer ce travail de recherche sur la réaction des soignants qui sont le plus souvent en première ligne en matière de repérage, mais aussi en raison de l'importance de leurs écrits pour les magistrats, car ce sont ces professionnels de santé qui

³⁶ TPIY, Chambre de première instance, 27 février 2003.

³⁷ TPIY ; Jugement portant condamnation, affaire n° IT-0039&40/1-S, §96

peuvent transmettre les éléments cliniques spécifiques de maltraitance ; ce qui nécessite qu'ils les connaissent, qu'ils soient informés de la législation et qu'ils s'autorisent à les transmettre aux autorités leur signalement. Il sera toutefois fait référence à différents moments de ce travail à d'autres professionnels tels que les travailleurs sociaux, les éducateurs ou les magistrats, à titre comparatif.

L'importance d'étudier les réactions des professionnels de santé face à la maltraitance est d'autant plus grande qu'ils ont été identifiés à plusieurs reprises par les auteurs d'études, de rapports et d'articles à ce sujet, comme le « maillon faible » de la chaîne de la protection des personnes vulnérables en particulier dans le domaine de la protection de l'enfance. Il sera donc ici précisé les professionnels concernés par le qualificatif de « soignants » et l'importance des juridictions ordinales dans certaines professions, car elles peuvent avoir une fonction essentielle lors d'une prise de décision de signalement. La situation particulière des psychologues sera enfin abordée, car ces professionnels ont une place importante quand la question d'un signalement se pose, mais la question de leur statut particulier n'est pas sans poser de difficultés.

A - Les professionnels considérés comme « soignants »

Selon le Code de la santé publique (CSP), les professions de la santé se décomposent en trois catégories. La première est composée selon les articles. L4111-1 à L4163-10 du CSP des professions médicales (médecins, sages-femmes et odontologistes). La seconde des professions de la pharmacie et de la physique médicale : pharmaciens, préparateurs en pharmacie, préparateurs en pharmacie hospitalière, physiciens médicaux (art. 4211-1 à 4252-3) ; la troisième des professions d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes et psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens), aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers (art. 4311-1 à 4394-3).

Être soignant ce n'est donc pas qu'un statut professionnel et l'obtention d'un diplôme, mais c'est aussi une identité construite à partir de la dynamique singulière de chacun et des transmissions issues de notre histoire, de notre culture et de nos expériences personnelles et professionnelles. Le soin (dimension relationnelle) n'est pas assimilable à la pratique des soins (dimension théorique et technique), car le soin nécessite une intention et la volonté d'être porté vers l'autre et pour l'autre qu'est le patient. ; ce qui explique que dans une situation de soin la compétence technique des soins ne présage en rien de la qualité humaine. Face à la

pluralité culturelle et religieuse des patients il arrive régulièrement aux soignants d'être confrontés à des attitudes, tenues, positionnements face aux soins, qui interrogent leurs pratiques professionnelles : ports de vêtements religieux ou traditionnels pendant les soins ; questions sur le conditionnement des médicaments ; refus de transfusion ; refus de tel soignant pour motif religieux ; refus de vaccination avant un pèlerinage ; soins post-mortuaires et toilettes mortuaires exigés ; autopsie refusée ; jeûne religieux pendant une hospitalisation ; refus de contraception ; IMG et IVG refusées ; demande de circoncision pour motif non médical ; pratiques sectaires, etc. les situations sont multiples³⁸ et parmi elles se trouve celle liée aux comportements radicalisés.

Face à ces multiplicités culturelles et religieuses, il est régulièrement rappelé aux soignants la notion de « laïcité » dans les soins, mais sans que le droit français ne donne la moindre définition précise de ce que serait cette valeur érigée en principe fondateur de l'État français. L'article 10 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 précise que « nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la Loi ». Mais c'est surtout dans l'article 1^{er} de la Constitution du 4 octobre 1958, que la laïcité est énoncée comme une des principales valeurs de la République : « La France est une République, indivisible, laïque, démocratique et sociale. » La laïcité correspond en fait à un ensemble de droits et de devoirs pour tout citoyen et pour l'État. Elle repose sur trois principes juridiques : l'égalité des citoyens, la liberté de conscience, et la neutralité de l'État à l'égard des religions. Elle ne saurait donc être réduite à cette notion de séparation entre Église et État ou de modalité d'expressivité d'une religion.

Au niveau des soins, plusieurs règles de droit et obligations des professionnels sont organisées par ce principe de laïcité³⁹ rappelé par la circulaire n° DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé (recommandations qui ne concernent

³⁸ Lire à ce sujet les fiches mises à disposition par l'Ordre National des médecins :

http://www.ordmed31.org/IMG/pdf/print_28001_om_fiches_x34.pdf

1 - principe d'égalité de traitement entre les patients et de la non-discrimination, inscrit à diverses reprises dans le Code de la santé publique (CSP art. L. 1110-3, L.6112-2, R. 4127-7, R. 4127-211, R. 4127-305, R. 4312-25, R. 4321-58, R. 4322-52)

- droit reconnu aux patients hospitalisés dans les établissements publics de participer à l'exercice de leur culte (CSP art. R. 1112-46)

- libre choix du médecin et de l'Établissement par le patient (CSP art. L. 1110-8, R. 4127-6)

- l'obligation d'assurer la continuité et la qualité des soins (CSP art. L. 1110-1, L. 1110-3, R. 4127-47, L. 6112-2)

- conditions dans lesquelles un soignant peut refuser de délivrer des soins (CSP art. L. 1110-3, R. 4127-47)

- devoir de neutralité s'imposant aux agents du service public (CE, 8 décembre 1948 ; CE, 3 mai 1950 ; CE, 23 juin 2000)

- pouvoirs de police administrative conférés au directeur de l'établissement public de santé (CSP art. L. 6143-7).

- interdiction de la dissimulation du visage dans l'espace public - loi n° 2010-1192 du 11 octobre 2010

que le secteur public). Mais au final, il n'existe actuellement aucun texte d'ensemble réglementant la laïcité et ses rapports entre acteurs du système de soin.

Certaines professions disposent d'un décret d'exercice codifié comportant une liste d'« actes » que les professionnels concernés sont autorisés à effectuer : c'est le cas de certains médecins (chirurgien), des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des pédicures-podologues, des ergothérapeutes, des psychomotriciens, des orthophonistes, des orthoptistes, des manipulateurs d'électroradiologie médicale.

Par ailleurs, parmi les professionnels de santé, la majorité est regroupée au sein d'un ordre professionnel (médecins, infirmiers, pharmaciens, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues). Ces ordres sont des organismes à caractère corporatif et sont institués par la loi. Ils ont une fonction essentielle de représentation de la profession, mais également un rôle fondamental de service public en participant à la réglementation de l'activité et en intervenant si nécessaire en tant qu'instance disciplinaire pour ses membres si une difficulté se pose dans la pratique de celui-ci. Pour ces professions, l'appartenance à l'ordre de sa profession est obligatoire pour pouvoir exercer.

B - L'importance des juridictions ordinaires pour certaines professions soignantes

La majorité des professions de santé sont organisées en Ordre, mais pas toutes. Pour celles qui ont un ordre, les professionnels ont l'obligation d'adhérer pour pouvoir exercer⁴⁰ (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, infirmiers, podologues...). Seront rappelés ici l'historique de ces ordres, leurs missions et leur évolution probable dans un contexte où ils sont décriés par certains.

1° - Historique

Historiquement les ordres trouvent leur origine entre la fin du XIX^e siècle et le milieu du XX^e siècle où médecins, avocats, architectes, experts-comptables et quelques autres professions, parviennent à obtenir une grande autonomie dans la conduite de leur travail par rapport à d'autres professionnels. L'idée qu'ils défendent alors est que seuls leurs pairs ont le pouvoir de juger la qualité de leur travail et ils finissent par convaincre les autorités. Entre 1940

⁴⁰<https://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/juridiction-administrative/rub2021/instances-juridictionnelles-ordres-professions-medicales-paramedicales.html>

et 1947 vont ainsi être créés les principaux ordres afin de s'assurer que les professionnels font bon usage de cette autonomie qui leur est accordée. L'Etat accepte leur création avec l'engagement que les ordres assurent une mission de service public⁴¹, c'est-à-dire qu'ils soient garants de la compétence de leurs professionnels, de leur honnêteté et de leur probité. Ce rapide rappel historique permet de comprendre les débats réguliers au sujet de l'utilité des ordres en particulier au niveau de leurs fonctions perçues comme ambiguës par certains. Car tous les ordres ne fonctionnent pas de façon identique (certains font des évaluations des pratiques professionnelles de leurs pairs ; certains n'ont pas de pouvoir disciplinaire) et surtout le gouvernement de Vichy a marqué durablement le fonctionnement des ordres en leur transférant la fonction de représentation des professions qui était jusque-là la mission des syndicats interdits à cette période sombre de l'histoire. Après la libération et le retour des syndicats avec leur légalisation, cette fonction de représentation n'a pas été remise en cause ce qui n'est pas sans poser certaines difficultés quand des défenses corporatistes s'opposent à celle de l'intérêt général. Les années 1970 vont marquer une évolution importante en raison de l'élévation du niveau général d'instruction et du poids pris par les usagers devenus des consommateurs en attente de résultats et n'hésitant plus à engager des procédures dès qu'un problème se pose avec un professionnel. Les personnes ne sont plus disposées à laisser leur santé, leurs finances, leurs intérêts en général, à des professionnels dont certains ont trop longtemps fait preuve de toute-puissance. Les ordres sont donc régulièrement mis en cause en particulier dans leurs capacités à réellement défendre l'intérêt général et sanctionner si de besoin un des leurs.

2° - Les missions des Conseils de l'ordre

Leurs missions sont définies par l'article L. 4121-2 du Code de la santé publique qui précise que ces ordres doivent veiller « au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire, ou de la profession de sage-femme et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie. »

Les ordres professionnels ont des chambres disciplinaires qui sont des juridictions administratives. À ce titre elles peuvent infliger des sanctions disciplinaires. Chaque ordre fonctionne spécifiquement, mais la plupart ont une chambre disciplinaire dite de « première instance ». Ces chambres sont présidées par un magistrat du corps des conseillers des tribunaux

⁴¹ Conseil d'État, assemblée, n° 72210, Bouguen, 2 avril 1943.
<https://www.doctrine.fr/d/CE/1943/CEW:FR :CEASS:1943:72210.19430402>

administratifs et des cours administratives d'appel désigné par le vice-président du Conseil d'État. Chaque chambre, généralement compétente pour une partie du département, a l'obligation de statuer dans les six mois du dépôt de la plainte contre un membre de l'ordre exerçant dans son ressort. La plainte peut avoir été posée par un particulier, un proche d'un particulier, un collègue ou un autre professionnel. La chambre disciplinaire peut aussi être saisie par le Conseil national ou le Conseil départemental de l'ordre, le ministre de la Santé, le préfet de département, le directeur général de l'ARS - Agence Régionale de Santé, le procureur de la République, un syndicat de professionnel ou une association de praticiens.

Si la plainte n'est pas classée, il peut s'agir d'avertissement, de blâme, d'interdiction temporaire d'exercer ou exceptionnellement de la radiation de l'ordre allant jusqu'à la radiation professionnelle si un de leurs membres a commis une faute avérée dans l'exercice de sa profession⁴². Les décisions de ces chambres, comme celles de toutes les juridictions administratives spéciales, sont susceptibles d'appel dans un délai de trente jours après la modification de la décision (article R/4126-44 du CSP). L'appel peut être effectué par l'auteur de la plainte, le professionnel sanctionné, le ministre de la Santé, le directeur général de l'ARS, le procureur de la République, le conseil départemental ou territorial et le Conseil national de l'ordre. C'est alors la chambre disciplinaire nationale qui statue. Elle est présidée par un conseiller d'État en activité ou honoraire et comprend douze membres. Ceux-ci sont élus en nombre égal par le Conseil de l'ordre national parmi les membres de ce conseil d'une part et les membres et anciens membres des conseils de l'ordre d'autre part. Les décisions peuvent être aussi déferées au Conseil d'État par la voie d'un recours en cassation (art. L.821-1 CJA). Et l'organisation comme le fonctionnement de ces juridictions ordinaires peuvent être contrôlés par la mission permanente d'inspection des juridictions administratives exercée sous l'autorité du vice-président du Conseil d'État.

3° - Une évolution probable dans les années à venir

Les Conseils de l'ordre tels qu'ils ont existé sont probablement amenés à évoluer. Dans le contexte actuel où l'économie de marché prime ; les ordres semblent particulièrement vulnérables avec des syndicats qui leur reprochent une concurrence déloyale, des professionnels

⁴² La radiation reste exceptionnelle et pour des faits très graves. Par exemple de 2005 à 2015, le Conseil national de l'ordre des médecins a recensé la radiation de 43 médecins. Les causes sont variables (certificats de complaisance, prescriptions hors-AMM, tricheries auprès de la CPAM, litiges avec les impôts, agressions de patients, affaires de mœurs (gestes à connotation sexuelle, agressions sexuelles, viols), recherche médicale réalisée de façon illégale, tentative de meurtre). https://www.lejournaldumedecin.com/actualite/43-medecins-radies-de-l-ordre-en-onze-ans/article-normal-28043.html?cookie_check=1571676645

qui dénoncent des prix de cotisation excessifs, une population qui remet en cause le peu de sanctions et leur absence d'utilité. Certaines professions dont la qualité de travail est tout autant un enjeu considérable combattent l'idée d'appartenir à un ordre (comme les psychologues), quand d'autres font tout pour créer le leur (cas des masseurs-kinésithérapeutes en 2014). Pour les professions dites « prudentielles »⁴³ où leur exercice les expose à des situations sans certitude de résultats comme le sont les professions médicales, il est difficile de répondre aux exigences sociétales actuelles de résultats, de prévisibilité et de performances. Les ordres sont aussi mis en cause au niveau des instances européennes⁴⁴ au sujet de la concurrence des professions libérales et le fait que l'inscription sur des listes ordinales des professionnels autorisés à pratiquer dans un pays ne doit pas représenter un obstacle à l'exercice de professionnels étrangers. Mais les ordres sont aussi des ressources essentielles pour les professionnels lorsqu'ils se trouvent perdus face à une situation de signalement. Nombre d'entre eux proposent des modèles de signalement, donnent des consignes quant aux conduites à tenir et peuvent également conseiller téléphoniquement ou par écrit ce qui permet au professionnel qui serait remis en cause dans ses décisions par la justice de faire valoir que sa prise de décision l'a été sur les conseils de ses pairs.

Il est probable que les missions des ordres sont amenées à évoluer au moins dans leur mission pour défendre non plus l'intérêt de leur profession ou l'intérêt général, mais justement le maintien de conditions possibles pour les activités prudentielles, ce qui recouvre les intérêts individuels des usagers, ceux de la collectivité et ceux du professionnel concerné. Une autre difficulté à venir pour les ordres existants sera celle de réfléchir à l'évolution des conditions de l'autonomie professionnelle que la société ne semble plus vouloir leur accorder⁴⁵. L'importance pour les ordres de défendre l'autonomie de réflexion indispensable aux professions à exercice prudentiel, sans revendiquer une autonomie corporatiste défensive est sans aucun doute un des enjeux des années à venir pour les ordres des professionnels de santé de plus en plus sollicités.

⁴³ « Prudentiel » au sens d'Aristote qui qualifiait de « prudence » les situations incertaines où la science et les routines se trouvaient mises en défaut in P. AUBENQUE. *La prudence chez Aristote*, Paris, PUF, 1963.

⁴⁴ Commission européenne, « Rapport sur la concurrence dans le secteur des professions libérales », COM (2004) 83, Bruxelles, 2004.

⁴⁵ CHAMBRY F., Pourquoi il faut défendre l'autonomie professionnelle, et jusqu'où, in B. MAS F. PIERRU & al. (dir.), *L'hôpital en réanimation*, Paris, Éditions du Croquant, coll. « Savoir/agir », 2011, p. 107-111.

C - La spécificité des psychologues

Les psychologues sont des acteurs essentiels de la protection de l'enfance et des personnes âgées vulnérables. Il est ici important de préciser que pour les § 1 et 2 la situation des psychologues est particulière, car ils ne sont pas toujours considérés par les autorités comme des « soignants » et n'ont pas d'ordre. Cette particularité n'est pas sans poser d'innombrables difficultés sur le terrain en particulier quand existe la question d'un signalement. Les psychologues exercent leur métier dans bien d'autres secteurs que la santé. Ils ne sont ni des médicaux, ni des administratifs, ni des paramédicaux, mais des professionnels de « sciences-humaines ». Longtemps les psychologues n'ont pas figuré pas dans le Code de santé publique qui définit les professionnels de santé. Au sens légal du terme, ils ne sont donc pas une profession de santé. Ce qui explique qu'ils n'exercent pas sur prescription médicale et que leurs interventions ne sont pas codifiées sous forme d'actes dans la nomenclature de la Sécurité Sociale. Ils ne sont pas remboursés. Ce statut n'est pas sans poser des problèmes au sein des services sur les liens hiérarchiques avec les médecins, sur les éléments à transmettre ou non dans un dossier patient par le psychologue et sur l'accès aux informations concernant la santé d'une personne (loi du 4 mars 2002) quand un patient demande le dossier d'un psychologue, etc.

Mais depuis la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, sur la modernisation de notre système de santé, les psychologues sont associés aux acteurs de santé mentale, ce qui constitue une avancée décisive. Conformément au nouvel article L.3221-2 du CSP⁴⁶ et comme l'ensemble des acteurs mentionnés à l'article L. 3221-1, ils peuvent dorénavant participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale, dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à aux parcours de santé des patients pour une vie de qualité, sécurisée et sans rupture. L'article 26 bis B de la loi impose aux directions hospitalières que le projet d'établissement des établissements de santé comporte un projet psychologique. Même s'ils exercent toujours en dehors de toute prescription médicale, le Ministère de la Santé a mis en place en 2018 un projet expérimental de remboursement de ces spécialistes de la santé en Haute-Garonne, dans les Bouches-du-Rhône, le Morbihan et les Landes.

⁴⁶ Nouvel article L.3221-1 du CSP : « La politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, les médecins libéraux, les psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion. »

L'autre particularité de cette profession est donc aussi de ne pas avoir d'ordre même si les psychologues ont un Code de déontologie⁴⁷ depuis le 22 mars 1996, revu en février 2012 (une première tentative d'écriture de ce qui ressemblait à des règles déontologiques datait de 1961). La version de 2012 n'a pas reçu la validation de toutes les organisations professionnelles de psychologues ce qui fragilise d'autant plus ce document face aux autorités. Mais sans Conseil de l'ordre, ce code n'a pas de valeur légale sauf pour les rares professionnels dont le contrat de travail fait référence à ce Code ou lorsqu'il est repris dans le règlement intérieur de l'établissement. La seule instance habilitée à donner un avis sur les pratiques des psychologues est la CNCP, Commission Nationale Consultative de Déontologie des Psychologues,⁴⁸ mais comme son nom l'indique son avis n'est que consultatif. Il n'a aucune valeur légale et ce Comité ne peut en rien sanctionner un psychologue même lorsque ses pratiques sont totalement contraires aux règles de la profession. À l'heure où les judiciarisations se multiplient, l'absence de Conseil de l'ordre n'est pas sans poser de difficultés pour les psychologues. Pour exemple quand un dossier est saisi par la justice à l'hôpital s'il s'agit d'un dossier d'une profession ayant un ordre, la présence du représentant de l'ordre dans l'établissement doit être assurée⁴⁹. À l'issue de la saisie un procès-verbal est signé par l'enquêteur, le soignant détenteur du dossier et le conseiller ordinal présent⁵⁰. Pour les psychologues, sans représentant, les enquêteurs peuvent saisir les dossiers même en leur absence et aucun procès-verbal n'est effectué. Des psychologues d'autres pays (Italie, Québec) ont déjà un Ordre, mais en France les débats sont très tendus. Les partisans dont le Syndicat National des Psychologues (SNP) et celui du Syndicat des Psychologues en Exercice Libéral (SPEL) considèrent qu'un Conseil de l'ordre permettrait d'assurer une meilleure cohésion au sein de la profession, une protection (par la reconnaissance légale du Code de déontologie) et une indépendance des psychologues à l'égard de certaines professions (dont celle des médecins). Pour les opposants, dont la Société française de Psychologie (SFP) et la Fédération française des psychologues et de la Psychologie (FFPP) la crainte est celle d'un « dessèchement du pouvoir par les psychologues » et l'Ordre ne « pourrait cultiver le lien étroit entre praticiens et universités. »⁵¹ Un autre point de blocage apparaît être celui de la pluralité de référentiels théoriques de cette profession et un ordre

⁴⁷ http://www.psychologue-legislation.com/deontologie_psychologue.php

⁴⁸ <http://www.cncdp.fr/>

⁴⁹ Article 56-3 du code de procédure pénale : « Les perquisitions dans le cabinet d'un médecin, d'un notaire ou d'un huissier sont effectuées par un magistrat et en présence de la personne responsable de l'ordre ou de l'organisation professionnelle à laquelle appartient l'intéressé ou de son représentant. »

⁵⁰ https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/fiche_pratique/1lafysq/cnom_requisition_saisie_dossier_perquisition.pdf

⁵¹ JUNIER H., L'ordre des psychologues : à l'ordre du jour ?, *Le cercle psy*, 2013, n°2, p.1-2.

risquerait de conduire à des enjeux de pouvoir entre les différents courants théoriques avec tous les risques de majorer les conflits dogmatiques déjà existants. Leur volonté serait de pouvoir réglementer le code de déontologie, mais sans Conseil de l'ordre cela apparaît bien peu envisageable. Des tentatives de création d'instances telles qu'une Haute Autorité ont été essayées, sans plus de succès. À l'heure actuelle la création d'un Conseil de l'ordre pour cette profession n'est plus d'actualité ce qui n'est pas sans poser des difficultés innombrables quant au respect de la place du psychologue au sein des structures soignantes, ce qui se relève tout particulièrement quand des discussions autour des signalements ont lieu au sein des équipes⁵².

Section 2 - Le recueil des données

Le recueil des données obtenues à partir du questionnaire de cette étude comporte d'une part l'explication quant aux modalités de sollicitation des soignants et d'autre part la réalisation d'un questionnaire.

§ 1 : Les modalités de sollicitation des soignants

Cette étude a été réalisée à partir d'un questionnaire internet adressé par mailings. Ce support permettait une anonymisation assurée et une rapidité de réponse pour des professionnels toujours pris par le temps. Mais ce mode de recrutement des participants, comme dans de multiples recherches, représente inévitablement le biais du déclaratif : seuls les professionnels se sentant concernés répondant, avec impossibilité de savoir combien ont eu accès à la possibilité de participer à cette recherche.

Pour tenter de mobiliser le maximum d'intervenants, ce questionnaire a été adressé à l'ensemble des Conseils de l'Ordre des soignants (médecins, infirmiers sages-femmes, kinésithérapeutes, orthophonistes) ainsi qu'aux associations, syndicats, fédérations de ces professionnels et de ceux impliqués dans le soin, mais n'ayant pas d'Ordre (psychologues). Il s'agit de personnels de santé ayant une activité soit urbaine, soit rurale, soit mixte, en secteur public ou en libéral. Un courrier explicatif a été joint au lien renvoyant au questionnaire pour aider les professionnels à comprendre l'objectif de cette recherche, d'être assurés de l'anonymisation des données et d'avoir la possibilité de laisser un témoignage libre s'ils le

⁵² Le psychologue étant souvent seul dans un service, considéré comme un « électron libre », son avis est souvent pris en compte bien après celui d'autres professionnels plus nombreux (sages-femmes, médecins, infirmiers...) et légitimés par l'existence d'une instance ordinale.

souhaitaient (cf. annexes). Nous avons donc sollicité tous les Ordres nationaux des professionnels de santé existants, les associations, fédérations spécialisées et les représentations des professionnels sans ordre (psychologues). Pour la majorité les réponses étaient, à l'oral et « à titre individuel », enthousiastes sur le fait qu'une recherche sur ce thème soit réalisée, mais au-delà, nous avons dû gérer un refus massif de transmission du questionnaire aux professionnels concernés avec des justifications de toutes sortes : « ils sont déjà débordés, nous n'allons pas en plus leur demander de participer à cette étude ; « cette étude n'émane pas de notre structure, nous n'avons pas en faire le relais », etc. Ces réponses témoignent des réticences majeures existantes sur le terrain et ne nous ont pas facilité la recherche, mais nous avons utilisé l'information via les réseaux pour tenter de mobiliser les professionnels, ce que nous avons au final pu réaliser. Mais il nous semble important de préciser sur un tel sujet, qu'aucun Ordre, ni aucune représentation professionnelle n'a soutenu une telle recherche.

Nous avons aussi sollicité tous les Conseils de l'Ordre nationaux pour avoir le nombre de poursuites éventuelles engagées à l'égard de professionnels ayant effectué des signalements, mais aucun n'a accepté de nous transmettre le moindre document de ce type. Certains nous ont répondu « qu'il n'existait pas », voire « à quoi bon faire un écrit national sur ce sujet, il y a d'autres priorités ». Le Conseil National de l'Ordre des médecins nous a dit qu'il « ne voyait pas l'utilité d'un tel document. Dès lors, il y a très peu de décisions rendues par la juridiction ordinaire sur les signalements et celles-ci se soldent par un rejet de la plainte aux vises des dispositions susmentionnées. Cependant, la juridiction traite chaque année d'un certain nombre de "signalements" qui sont en réalité des certificats médicaux remis non aux autorités prévues, mais à une tierce personne. » Ces réponses et l'absence de document avec des données quantitatives sur ce sujet illustrent à elles seules les résistances des professionnels à aborder la question du signalement. Si déjà au niveau des Ordres il existe une telle attitude, il est compréhensible que les collègues de terrain se sentent démunis, abandonnés face à leurs questionnements et anxieux à l'idée de signaler sans relais de leurs pairs. Plusieurs objectifs pouvaient être ainsi envisagés.

§ 2 : La réalisation d'un questionnaire

Le questionnaire (joint en annexe) est composé de quatre parties, chacune abordant différents aspects.

La première partie, décrit le profil du professionnel et contient des questions d'ordre général : la spécialité professionnelle ; le contexte de pratique (milieu rural ou urbain ; en libéral, association ou institution) ; le sexe ; l'âge et le nombre d'années d'exercice.

La seconde partie est consacrée aux connaissances, se compose de questions permettant aux soignants de qualifier leur formation initiale et continue, leurs connaissances dans le domaine de la maltraitance, des personnes vulnérables et de la législation à ce sujet.

La troisième partie concerne l'expérience professionnelle du repérage, du signalement et de la prise en charge de la maltraitance. Elle comporte des questions ayant pour objectif d'avoir une idée sur la pratique concrète du signalement, celle de la prise en charge de la maltraitance, de repérer leur niveau de compréhension des textes législatifs à ce sujet et leur connaissance de leurs obligations, et d'évaluer le type de résistances aux signalements.

Section 3 - Les modalités d'analyse des résultats

Les résultats obtenus ont été importants puisque 1157 professionnels ont participé. Ce qui conduit à expliquer tout d'abord le type d'analyse effectuée de ces données puis à transmettre la synthèse des principaux résultats. Afin d'illustrer toutes ces données chiffrées il a été décidé d'utiliser différents témoignages transmis par les participants et ceux relevés dans les entretiens réalisés auprès de collègues à ce sujet.

Nous avons choisi volontairement d'avoir une approche qualitative issue de notre expérience de terrain, des réponses spontanées transmises par les professionnels à l'occasion de la recherche et d'entretiens réalisés auprès d'un certain nombre de professionnel. L'approche qualitative permet de comprendre le sens des résistances au signalement par l'intermédiaire qui en font quotidiennement l'expérience. Autrement dit, il nous semblait fondamental pour comprendre ce phénomène de partir du vécu des personnes concernées, du sens qu'elles-mêmes donnent à leur positionnement et de ne pas se contenter de données chiffrées. Nous souhaitons proposer une recherche originale, avec une perspective permettant d'accéder à la réalité des professionnels et au contexte d'exercice qui la sous-tend afin de relayer au mieux les besoins pour que cette situation évolue vers de meilleures prises en charge.

L'étude d'une telle thématique nécessite une méthodologie adaptée pour saisir efficacement tous les enjeux à l'œuvre. Les analyses statistiques des données obtenues ont été réalisées à partir du logiciel SPSS. La complexité de l'étude des positionnements professionnels face aux situations de maltraitance nous a conduits à effectuer également une recherche

qualitative exploratoire auprès de différents personnels à partir d'entretiens semi-directifs. L'objectif de cette seconde méthode était de mieux repérer les facteurs éminents subjectifs à l'œuvre dans les cas de maltraitance et de comprendre ce qui dans les émotions, les ressentis, les expériences individuelles et professionnelles pouvaient venir expliquer certaines décisions de signaler ou de se taire. Dire sa pratique et témoigner de ses façons d'exercer n'est pas une évidence, mais l'anonymisation des entretiens visait à faciliter cette expression sans que le professionnel ne cherche à se positionner comme un « bon élève », s'appliquant à donner des réponses consensuelles surtout face à un chercheur qui pourrait en savoir plus que lui sur le sujet. Verbaliser sa façon de faire n'est pas nécessairement dans les habitudes des professionnels de santé qui ont exprimé dans leurs réponses, leur réalité. Ces entretiens se sont déroulés auprès de quatorze soignants volontaires, ce qui représente un biais inévitable, car seuls ceux prêts à parler de leur pratique ont accepté de se livrer, ce qui représente toujours un risque face à la crainte d'être jugé. Nous avons veillé au début de chaque entretien à rappeler les objectifs de cette recherche, le caractère anonyme des réponses et insister sur le fait qu'il n'y avait ni « bonnes », ni « mauvaises » réponses et aucun jugement de valeur dans leurs pratiques de notre part ; seule la volonté de mieux comprendre l'origine des résistances au signalement et les perspectives pour les limiter.

Les entretiens ont été organisés de façon semi-directive afin de laisser une large place aux propos des soignants. Nous avons une grille de question élaborée à l'avance (et correspondant à celles du questionnaire internet), mais ces questions n'étaient pas abordées de façon systématiquement avec le même ordre et un déroulement précis. Nous débutions chaque entretien de façon à établir un lien de confiance indispensable en laissant le professionnel débiter par ce qui lui paraissait le plus essentiel face à la problématique du signalement en situation de maltraitance. Notre volonté était de leur permettre de mettre des mots sur leurs pratiques et leurs ressentis, sans les interrompre à tout moment. Et quand cela était nécessaire, nous revenions sur certains points évoqués ou non abordés. Ce type d'entretien compréhensif⁵³ permet d'avoir en tête les questions aborder, comme un guide réflexif et de permettre que se crée une conversation plus riche que s'il s'agissait de répondre à des questions comme dans un interrogatoire. L'ordre des questions dépendait donc du déroulé de l'entretien et de la dynamique de la formulation des participants. Nous n'intervenions que lorsque des éléments nous manquaient (soit parce qu'ils n'avaient pas été abordés ou énoncés de façon très rapide). Il ne s'agissait pas de transformer ce temps d'échange en temps de formation et de répondre

⁵³ KAUFMANN J.P., *L'entretien compréhensif*, Paris, Nathan, 1996, p.44.

aux questions des participants ou à leur demande de validation de leur pratique ce qui n'a pas toujours été simple, malgré le cadre posé sur ce qu'était un entretien de recherche. Ce n'est qu'en fin d'entretien, lorsque des interrogations précises étaient reformulées il était organisé un temps pour y répondre. Les entretiens ont duré en moyenne une heure trente avec enregistrement (effectué avec l'accord des participants et détruits à l'issue de la retranscription). Cette analyse qualitative n'était pas au centre de la recherche face aux données quantitatives, mais visait à apporter un éclairage pratique à partir de témoignages plus complets de professionnels que ceux laissés via le questionnaire internet.

1157 soignants ont participé.

L'analyse quantitative a été faite à partir de tris à plat et de tris croisés et supervisée par Laurence Créton-Cazanave, PhD sociologue à l'université de Grenoble. Nous avons effectué des tris à plat thématiques (répartition des répondants selon les modalités des variables, à l'échelle de l'échantillon) et des tris croisés (recherche de corrélations entre des variables) avec la mise en ligne de la variable supposée indépendante (ou explicative). Toutes les lectures de la sur/sous-représentation d'une catégorie reposent sur la comparaison entre le % d'une donnée précise et le % moyen.

Pour des raisons de significativité des données, notamment lors des tris croisés, nous avons réuni les données orthophoniste et psychomotricien(ne), dans une seule catégorie.

Il n'y a pas dans notre approche d'attitude clivante entre analyse qualitative et quantitative. Loin de les opposer l'une à l'autre, elles nous apparaissent complémentaires et indispensables à envisager conjointement pour mieux décrypter le contexte actuel.

Parallèlement à l'envoi de ces questionnaires, nous avons donc réalisé plusieurs entretiens individuels semi-directifs, anonymisés, avec des questions fermées et d'autres ouvertes permettant aux professionnels de s'exprimer le plus librement possible. La durée moyenne était d'une heure avec enregistrement des entretiens avec l'accord des participants pour une retranscription fidèle des témoignages. Les propos recueillis sont retranscrits in extenso. Nous avons également pris en compte les réponses et remarques spontanées transmises par les participants au questionnaire. L'analyse des entretiens en lien avec celle des questionnaires nous a permis d'avoir une représentation qui nous semble la plus juste possible de cette délicate situation du signalement des personnes vulnérables, enfants et personnes âgées. L'analyse de ces entretiens s'est faite selon l'approche de L'Écuyer⁵⁴, à savoir un traitement

⁵⁴ L'ÉCUYER R., *Méthodologie développementale de contenu Méthode GPS et Concept de soi*. Sillery, Presses de l'Université du Québec, 1990.

des données en cinq étapes. Dans un premier temps, tous les entretiens ont fait l'objet d'une lecture initiale pour avoir une vue d'ensemble et repérer le type de réponse à privilégier par rapport à notre problématique. Dans un second temps, les éléments transmis ont été regroupés en unité de sens. En troisième étape, la catégorisation et la classification ont consisté à réunir tous les énoncés qui avaient un même sens à l'intérieur des catégories définies dans le questionnaire. Cela permet de relever les caractéristiques et la signification des éléments à étudier. Compte tenu de l'importance de cette étape qui détermine la valeur de l'analyse de contenu, une deuxième lecture a été réalisée par une seconde personne (juriste) pour valider la catégorisation du premier lecteur. À la quatrième étape, il a été identifié les éléments permettant de répondre aux objectifs de l'étude. Enfin, l'interprétation a été réalisée à la cinquième étape pour dégager les éléments transmis susceptibles d'être intégrés à la problématique de cette recherche.

Les difficultés dans le recueil des données ont donc été de plusieurs ordres : le refus de diffusion du questionnaire par les représentations professionnelles concernées et les biais liés au profil des personnes ayant accepté de répondre.

Le recensement, l'analyse et la synthèse de la littérature législative relative à ce sujet ont aussi été effectués afin de rappeler les données cliniques actuellement connues en matière de maltraitance, de présenter la genèse de la reconnaissance des droits de l'enfant et des personnes âgées vulnérables et la façon dont s'est organisée en France la protection des sujets vulnérables.

Nous avons décidé de présenter une partie des résultats spécifiques aux résistances au signalement dans les chapitres correspondants de cette étude et les autres données, qui apparaissaient moins pertinentes, ont été indiquées dans les annexes afin de ne pas surcharger le manuscrit de cette thèse.

Compte tenu du sujet, nous avons choisi d'organiser le manuscrit en deux parties, les questions relatives à la clinique et celles liées aux connaissances juridiques ; ces deux dimensions étant inextricablement liées l'une à l'autre pour pouvoir signaler.

Cette recherche engageait le choix d'une méthodologie adaptée pour comprendre le plus précisément possible cet objet. L'intérêt juridique d'une telle étude réside en partie dans la compréhension des pratiques soignantes face au signalement, notamment dans les différentes

dimensions que ce sujet engage (éthique professionnelle, représentations face à la maltraitance et à la vulnérabilité, rapport à la loi, enjeux sociaux...)

La dégradation⁵⁵, dans la prise en charge des personnes vulnérables est énoncée de plus en plus⁵⁶ sans qu'aucune étude n'ait été menée précisément sur ce sujet. Compte tenu des enjeux sociétaux, il apparaît donc important d'essayer de mieux comprendre cette résistance des professionnels face au signalement. Pour signaler, le professionnel doit posséder des connaissances au niveau des troubles qui peuvent exister, mais aussi ne pas ignorer les textes législatifs existants en matière de protection. Ces deux axes sont indispensables et indissociables dans la pratique des professionnels, raisons pour lesquelles le premier chapitre de cette recherche est centré sur les enjeux des méconnaissances au niveau clinique en matière de repérage de la maltraitance et de signalement.

Pour mieux comprendre les réactions des professionnels face au signalement, il a donc été décidé d'analyser dans une première partie tout ce qui relevait des questions cliniques puisque c'est à partir de ces éléments qu'est envisagé ou non un signalement et que les suites judiciaires de celui-ci dépendront grandement des éléments transmis à ce sujet par les professionnels de santé. Le contexte actuel amenant à constater que tous les textes existants ne semblent pas suffisants pour permettre une protection adaptée des mineurs et des personnes âgées victimes de maltraitances, la seconde partie est consacrée à cette dimension du rapport des soignants face aux textes de loi et aux procédures relatifs à la maltraitance et à la protection des plus vulnérables.

Pour mieux comprendre les réactions des professionnels face au signalement, il a donc été décidé d'organiser cette thèse en deux parties. La première partie concerne les professionnels de santé face aux enjeux cliniques du repérage et de l'évaluation de la maltraitance. La seconde partie de cette thèse, toujours basée sur les résultats à l'étude menée, est centrée sur les soignants face aux enjeux légaux du repérage de la maltraitance.

⁵⁵ ROMANO H., IZARD E., BERGER M. & al. *Danger en protection de l'enfance*, Paris, Dunod, 2016.

⁵⁶ LABORDE F., CREOFF M., *Le massacre des innocents : les oubliés de la République*, Ed. Amazone, 2018.

PREMIÈRE PARTIE
LES PROFESSIONNELS DE SANTE FACE AUX ENJEUX CLINIQUES DU
REPERAGE ET DE L'EVALUATION DE LA MALTRAITANCE

Cette première partie est consacrée aux soignants face aux enjeux cliniques du repérage et de l'évaluation de la maltraitance, éléments cruciaux quant aux suites à envisager.

Y seront abordés dans le premier titre, un chapitre consacré à la nécessité de connaître la maltraitance, dans ses définitions, et ses différentes formes d'expressivité. Puis le second chapitre décrira la notion d'évaluation et des connaissances nécessaires à avoir que ce soit au niveau des facteurs de risque de maltraitance ou des troubles à repérer (troubles spécifiques, non spécifiques, évocateurs et diagnostic différentiel).

TITRE 1 : LA NECESSITE DE CONNAITRE LA MALTRAITANCE POUR POUVOIR SIGNALER

Signaler la maltraitance nécessite des connaissances spécifiques, car sans celles-ci les professionnels sont à risque de projeter leurs propres représentations et d'avoir des réactions inadaptées pouvant aller de la précipitation au déni de ce qu'ils voient, entendent et constatent. Chaque soignant étant avant tout une personne avec sa propre histoire personnelle, ses failles comme ses ressources, auxquelles s'ajoutent les expériences professionnelles, il est inévitable que la dimension subjective interfère dans la représentation de la maltraitance et sa prise en charge. Le choix même de travailler dans le soin n'est pas anodin, pas plus que le choix d'une autre profession. Si certains professionnels ont fait tout un travail personnel qui leur permet de savoir pour quelle raison ils ont fait ce choix-là, ce qui les motive et ce qui pourrait les mettre en difficulté, cela n'est pas le cas de tous les intervenants. La connaissance de la maltraitance au moins dans ses référentiels théoriques apparaît comme une garantie de limiter les biais interprétatifs. Elle est donc plus que nécessaire, mais comme cette étude le relèvera, les manquements à ce sujet sont multiples.

Connaître la maltraitance pour pouvoir signaler nécessite un savoir minimum en particulier quant aux définitions de la maltraitance, et son expressivité clinique.

Chapitre 1 : Les définitions de la maltraitance

Nombre d'obstacles limitent les repérages, les évaluations et les signalements des professionnels aussi bien au sein des institutions que des activités libérales : manque de formation, banalisation, déni, crainte des répercussions pour eux-mêmes, omerta face à des violences intrafamiliales comme intra-institutionnelles, culture de services en manque de personnels ou avec des agents insuffisamment formés, expérience antérieure de signalement difficile, loyauté à l'égard des mis en cause, ignorance des lois et des procédures de signalement, a priori négatif du système judiciaire et/ou des services des conseils départementaux... les arguments pour justifier de l'absence de signalement ne manquent pas.

Le contexte général n'est donc pas des plus favorables et rappelle que la première nécessité est de connaître ce qu'est la maltraitance, non seulement la nécessité de la définir, mais aussi de savoir évaluer les différentes formes de maltraitements.

Section 1 : De la nécessité de définir la notion de maltraitance

Envisager de signaler la maltraitance nécessite déjà de savoir de quoi l'on parle et derrière un terme qui paraît simple, nous constatons très vite qu'il n'en est rien. Les actes de maltraitance revêtent des aspects multiples, d'autant plus complexes à appréhender que les plaintes directes sont rares et que le repérage se fait bien davantage à partir de troubles inquiétants constatés par des proches ou des professionnels. Dans un premier temps sera rappelée la dimension de la maltraitance comme enjeu de santé publique, puis les définitions au niveau international, celles existant au niveau national et enfin celles données par les soignants ayant participé à cette étude.

§ 1 : La maltraitance est un enjeu de santé publique

La maltraitance constitue un enjeu majeur de santé publique. L'attention portée à cette problématique est relativement récente et a conduit à partir des années 70 en France à une réelle prise de conscience sociétale. De multiples textes juridiques et recommandations institutionnelles ont depuis été produits, mais force est de constater que sur le terrain, les signalements en situation de suspicion de violences restent délicats à effectuer, en particulier

lorsqu'il concerne des personnes vulnérables. L'étude prospective américaine menée en 2010 par Felitti & al.⁵⁷, a démontré l'incidence néfaste des événements traumatiques sur la santé des victimes que ce soit au niveau somatique que des conséquences psychologiques. Selon ses résultats le principal déterminant de la santé à cinquante-cinq ans est en effet d'avoir été exposé à des maltraitances dans l'enfance. Et plus ces violences ont duré, plus les répercussions sont majeures : accidentologie avec risque de mort précoce ; troubles psychopathologiques (névroses traumatiques, dépressions, troubles anxieux, troubles graves de la personnalité, addiction, tentatives de suicide et suicide), diabète, troubles alimentaires ; maladies cardiovasculaires et respiratoires, maladies auto-immunes, troubles du sommeil, troubles de la sexualité, douleurs chroniques invalidantes, etc. Il demeure que les conséquences sur les mineurs continuent d'être sous-estimées, quand elles ne sont pas déniées. Elles sont pourtant très fréquentes puisque les recherches de suivis relèvent que les enfants victimes de maltraitances physiques ou témoins de violences seront près de 60 % à présenter des troubles psychotraumatiques⁵⁸ et pour ceux exposés à des violences sexuelles ou des actes de barbarie, il est de plus de 80 %⁵⁹.

La maltraitance est sans doute inhérente à la nature humaine et de nombreux mythes religieux y font référence, comme de multiples cultures y font référence. Mais étonnamment ce concept n'a intéressé les médecins et les juristes que relativement récemment. Il a fallu beaucoup de temps à la communauté des professionnels pour accepter la réalité de ce phénomène et le prendre en considération. Quand Tardieu publie en 1860 ses premiers examens médico-légaux sur des enfants abusés, il le fait dans l'indifférence générale, tout comme ses collègues Nancéens Louis Caussade et Pierre Parisot quelques années plus tard en 1929 au congrès international de médecine légale. Alors que les auteurs de cette période multiplient les ouvrages témoignant des violences faites aux enfants (Vallès, Émile Zola, Victor Hugo, Alphonse Daudet, Jules Renard) de la fréquence de ces vies d'enfants frappés, exploités, rejetés, détruits par leur famille, les professionnels se taisent. Loin de l'observation fine et précise faite par ces romanciers de cette réalité, force est de constater que l'intérêt porté à cette époque par les médecins est réduit à peu de chagrin. Si la maltraitance est si tardivement devenue un objet d'analyses scientifiques, c'est sans doute en raison de sa complexité et des projections

⁵⁷ FELITI V.J. & al., Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults, in V.J. FELITTI, *American Journal of Preventive Medicine*, Volume 14, Issue 4, 245-258.

⁵⁸ BAUBET T. & al., *Bébés et trauma*. Grenoble, La Pensée sauvage, 2003.

⁵⁹ ROMANO H., *L'enfant face au traumatisme*, Paris, Dunod, 2013.

inévitables qu'elle nous impose en nous confrontant à l'innommable. Car conceptualiser une notion c'est pouvoir en préciser le contenu, en comprendre le processus, pouvoir l'appréhender dans tous ses enjeux et en éliminer les idées fausses, ce qui reste loin d'être évident. Derrière la maltraitance se retrouvent quatre grandes dimensions de violences qui n'ont pas toutes la même façon d'être gérées par notre société et dont l'évolution conceptuelle a varié. La place accordée aux violences sexuelles longtemps restées déniées est progressivement devenue majeure alors que la violence psychologique, présente dans tout type de maltraitance, reste toujours si souvent peu signalée, car bien plus difficile à repérer.

Par ailleurs, la violence psychologique n'a été que récemment prise en compte en droit pénal⁶⁰. Même si la jurisprudence de l'arrêt du 19 février 1892 de la chambre criminelle de la Cour de cassation⁶¹ jugeait déjà que certaines violences pouvaient être sanctionnées, les décisions de justice en ce sens étaient rares. Il a véritablement fallu l'instauration de l'article 222-33-1 du Code pénal modifié par la loi n° 2010-121 du 8 février 2010-art 1 pour que soit acté le délit de violences psychologiques (au sein du couple) et que ce type de maltraitance soit réellement reconnue et puisse être susceptible de poursuite.

Si la maltraitance est un sujet régulièrement dénoncé, il n'est pas si simple de la définir comme en attestent les multiples définitions qui ont tenté de la décrire, car il est nécessaire de prendre en compte non seulement ses critères (ce qui est maltraitant ou non), la limite en deçà de laquelle il peut être parlé de maltraitance, la notion d'intentionnalité et tous ses effets sur la personne. Certains éléments se retrouvent cependant pour désigner un acte par le qualificatif de « maltraitance » : l'abus d'un plus fort sur un plus faible ; des liens de dépendance ; l'intentionnalité des actes ; leur répétition des actes ; l'atteinte à la dignité. Au niveau psychique nous pourrions dire que la maltraitance est le déni d'altérité, c'est-à-dire le fait qu'un individu ne porte plus sur un autre individu le regard humanisant qui conduit à le respecter comme un autre que soi-même, à le protéger, à le rassurer. Cette difficulté à envisager la maltraitance se

⁶⁰ Art. 222-33-2-1 du Code pénal modifié par la loi n°2018_703 du 3 août 2018-art.13 : « Le fait de harceler son conjoint, son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou son concubin par des propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie se traduisant par une altération de sa santé physique ou mentale est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende lorsque ces faits ont causé une incapacité totale de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ont entraîné aucune incapacité de travail et de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende lorsqu'ils ont causé une incapacité totale de travail supérieure à huit jours ou ont été commis alors qu'un mineur était présent et y a assisté. Les mêmes peines sont encourues lorsque cette infraction est commise par un ancien conjoint ou un ancien concubin de la victime, ou un ancien partenaire lié à cette dernière par un pacte civil de solidarité. »

⁶¹ « violences qui sans atteindre matériellement la personne sont cependant de nature à provoquer une sérieuse émotion ».

traduit au final par l'absence réelle de définition consensuelle malgré la multitude des publications, textes officiels et lois diverses.

Selon qui définit (type de professionnels, victimes mineures ou majeures), la maltraitance ne se définit donc pas de la même façon. Les victimes ont souvent le plus grand mal à la nommer justement parce que ces faits les réduisent à l'état d'objets, les placent dans une confusion qui ne leur permet pas de mettre des mots sur ce qu'elles subissent. La terreur et la crainte de représailles, têt autant que la bonté et le sentiment de culpabilité, participent également au silence des victimes. Par ailleurs ne nombreuses victimes n'ont pas les ressources pour témoigner, car elles n'ont pas accès au langage (bébé, personne handicapée) ou l'ont perdu (personnes accidentées ou malades, personnes âgées démentes). Au final chaque victime a sa propre définition selon ce qu'elle a vécu, ses liens avec l'auteur, son passé, ses ressources et ses failles. Du côté des professionnels les définitions varient également selon les cultures de chaque métier : un médecin, un assistant social, un psychologue ou un juriste ne mettront pas en avant les mêmes faits ni les mêmes causes. Il n'existe donc pas une, mais des définitions de la maltraitance.

Mais il existe tout de même au niveau international comme au niveau national certaines définitions que nous rappellerons (pour les mineurs et pour les personnes âgées vulnérables) et nous citerons celles données par les professionnels ayant participé à cette étude.

§ 2 : Les définitions au niveau international

Les définitions au niveau international concernant le mineur comme les personnes âgées vulnérables ne font pas consensus et dépendent des représentations culturelles des auteurs. Les travaux scientifiques et les publications étant majoritairement réalisés par des Occidentaux, il est important de préciser ici que les définitions de la maltraitance restent très « ethnocentrées », car elles sont proposées par des professionnels occidentaux en fonction des repères acquis selon les cultures et l'histoire de référence des intervenants. Seront rappelées dans cette partie les définitions qui font consensus au sujet des mineurs et celles relatives aux personnes âgées vulnérables.

A – Les définitions concernant les mineurs

La définition proposée par D. Finkelhor et J. Korbin en 1988 reste toujours la plus usitée : « mauvais traitements subis par l'enfant qui résultent d'une action humaine qui est réprouvée, qui se produit dans l'environnement immédiat et qui peut être prévenue »⁶². Mais différents termes anglo-saxons sont aussi utilisés sans distinction : « *maltreatment* » (OMS), « *abuse* » ou « *mistreatment* ».

Nous pouvons aussi citer la définition de l'Article 19 de la Convention internationale des droits de l'enfant - 20 novembre 1989 : « Les États parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques et mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou de ses représentants légaux ou de toute personne à qui il est confié. »

En Europe, le Conseil de l'Europe a proposé en 1987 d'utiliser le terme de violence qu'il qualifie comme « tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière. » En 1992, il a complété cette définition par une classification des actes de maltraitance selon différentes catégories : violences physiques, violences psychiques ou morales, violences matérielles et financières, violences médicales ou médicamenteuses, privations ou violations de droits et négligences actives. Ces dernières englobent toutes formes de négligences intentionnelles et actives comme le délaissement, l'abandon, les manquements de soins pratiqués avec la conscience de nuire, tandis que les négligences passives sont dues à l'ignorance, l'incapacité ou de l'inattention de l'entourage. Pour exemple si lors d'une intervention d'urgence il est constaté l'état physique déplorable d'une personne âgée, si son conjoint est atteint de démence et se trouve tout aussi dégradé il n'y a pas de notion de maltraitance par de la négligence intentionnelle. Par contre si le conjoint a tous ses moyens cognitifs et qu'il a sciemment laissé son proche dans un tel état, la qualification des faits change, car il y a dans ce type de situation, une volonté délibérée de nuire par négligence.

⁶² Finkelhor D., Korbin J., Victimization in a nonclinical adult sample, *Child abuse and neglect*, 1988, vol 13, p. 3.

B – Les définitions concernant les personnes âgées vulnérables

Si les définitions concernant les maltraitances aux enfants ne font pas consensus, il en est de même pour les maltraitances concernant les personnes âgées dont la reconnaissance a été encore plus tardive et les définitions plus rares. Notre société patriarcale a longuement passée sous silence les violences qui pouvaient concerner le grand âge et qui sont proches de celles subies par les enfants (violences physiques, sexuelles, psychologiques, négligence) avec une spécificité celle de la violence économique (racket financier, détournement du salaire ou des indemnités d'adultes handicapés, contraints à vendre un bien, etc.). La pyramide des âges se décalant vers des durées de vie de plus en plus longue et un vieillissement de la population française, la maltraitance des personnes âgées est une réalité qui ne peut plus être banalisée comme elle l'a trop longtemps été et qui est devenue une priorité en termes de santé publique. L'OMS – Organisation Mondiale de la Santé a ainsi envisagé en 2016 la maltraitance des personnes âgées comme « un acte unique ou répété, ou en l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime. » Et elle définit la violence comme « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations. »

§ 3 : Les définitions au niveau national

Tout comme les définitions internationales, il existe des définitions propres à notre pays⁶³ qui seront rappelées au sujet des mineurs comme des personnes âgées vulnérables.

A – Les définitions concernant les mineurs

En France le terme de « maltraitance » s'est imposé progressivement et reste aujourd'hui utilisé par la majorité des professionnels et dans les publications officielles telles que celles de la Haute Autorité de Santé (HAS) ayant pour objectif avec la FORAP (Fédération des

⁶³ Santé Publique France, *BEH*, 2019, n° 26-27, p. 512-514.

Organismes Régionaux d'Amélioration des Pratiques et des Organisations en santé) d'améliorer les prises en charge liées à la santé. Mais il est à noter que ce terme a pourtant disparu pour les mineurs, comme nous le verrons, depuis la loi de 2007 puisqu'il est désormais remplacé par « enfant en danger » ou « enfant en risque ». Les définitions utilisées en France pour la maltraitance sont innombrables, dont certaines sont très vagues, qui ont pourtant servi pendant de nombreuses années aux professionnels. Le Ministère de la Santé via la HAS - Haute Autorité de Santé a proposé sa propre définition de la maltraitance 2017 ⁶⁴ comme « le non-respect des droits et des besoins fondamentaux des enfants (santé ; sécurité ; moralité ; éducation ; développement physique, affectif, intellectuel et social. »

B – Les définitions concernant les personnes âgées vulnérables

L'attention portée à la maltraitance des personnes âgées est récente au niveau international comme au niveau français. Ce n'est qu'en 2007 à travers la définition donnée par la Haute Autorité de Santé et que nous venons de rappeler que la maltraitance est réellement définie. La même année, l'État crée l'ANESM - Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements des Services sociaux et Médico-sociaux. Elle a pour mission d'analyser et de traiter les situations de maltraitance qui lui sont relayées, d'étudier les demandes de certifications demandées par les établissements et de proposer des recommandations pour limiter ces violences. L'ANESM (rattachée depuis 2018 à la HAS) rappelait que la maltraitance des personnes âgées peut prendre différentes formes (maltraitance physique, maltraitance psychologique, maltraitance financière...). Elle n'est pas nécessairement volontaire et peut être liée à une situation d'épuisement, à de la négligence ou à un manque d'information. Elle peut être le fait de membres de la famille, du voisinage ou de professionnels, se dérouler à domicile ou en établissement.

§ 4 : Les définitions de la maltraitance selon les professionnels ayant participé à la recherche

Les professionnels sont en difficultés pour définir spontanément la maltraitance ce qui peut se comprendre en raison du fait même qu'il n'existe aucune définition qui fasse consensus. Les nouvelles définitions données par la loi de mars 2007 « d'enfants en risque » et « d'enfants

⁶⁴ HAS https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir

en danger » n'ont pas permis de limiter les interprétations subjectives et surtout ne donnent aucun repère pour réaliser de façon pratique ces évaluations que ce soit pour les mineurs ou les personnes âgées vulnérables.

Les résultats de notre étude nous permettent de constater combien la notion de danger peut être comprise différemment selon les intervenants, qu'il s'agisse de mineurs ou de personnes âgées vulnérables. Cette subjectivité est inhérente à notre statut d'humain confronté à des situations bouleversantes qui viennent interpeller notre propre dynamique psychique. Les histoires individuelles, les expériences professionnelles, la dynamique de l'institution dans laquelle le professionnel évolue ou son isolement s'il est en libéral, les valeurs et croyances de chacun, le rapport à la sexualité, aux règles éducatives, à la parentalité, au grand-âge, aux interdits fondamentaux, explique les interprétations très variables de ce que représentent la maltraitance et la perception du danger. Les réactions des soignants par exemple face aux punitions corporelles sont très variables : de l'acceptation à la banalisation ou au signalement. Tout comme leur malaise dans les situations de conflits parentaux où ils se trouvent interpellés et certaines fois instrumentalisés par des parents en quête de professionnels pour disqualifier l'autre parent. Même constat pour les violences conjugales, en particulier au sein de couples âgés, qui ont tendance à être totalement minimisées et mises sur le compte de la vieillesse.

La vulnérabilité psychique apparaît d'autant plus délicate à évaluer que ses manifestations ne sont pas si évidentes à repérer du fait des discours des victimes qui peuvent ne pas tout dire au professionnel (en raison d'un processus d'emprise, d'identification à l'agresseur, de la peur, de la honte, de la perte de confiance ou de la crainte des représailles). Mais il est aussi important de ne pas sous-estimer l'incidence de la notion de secret professionnel dans la subjectivité à l'œuvre. Ce secret qui permet de s'adresser en toute confiance à un professionnel place celui-ci dans une situation infiniment délicate quand le patient révèle des maltraitances et que le professionnel ne sait plus quoi faire et craint la rupture du lien fondamental de confiance dans sa relation au patient.

Aucun outil n'existe qui permettrait d'assurer à 100 % la réalité du vécu maltraitant d'un individu. Mais certaines échelles ont été mises au point par des chercheurs pour permettre aux professionnels d'avoir quelques repères et ne pas attendre que celui qui subit les maltraitances parvienne à énoncer une demande d'aide. Elles sont à utiliser avec précaution, car le risque serait de réduire la victime aux résultats à cette échelle et surtout elles ne peuvent témoigner que de ce que la personne maltraitée donne à voir au moment de l'évaluation. Si pour les traces

physiques ces repères sont précieux^{65, 66} (topographie des blessures, type de blessures, antécédents médicaux), pour l'impact psychologique dont les troubles peuvent s'exprimer des mois voire des années plus tard, elles sont loin d'être aussi adaptées.

Une des questions ouvertes du questionnaire transmis aux professionnels les invitait à définir ce qu'était pour eux la maltraitance au sens général (qu'elle concerne des mineurs ou des personnes âgées vulnérables). Nous citons ci-après l'ensemble des définitions transmises qui nous permet de constater combien les représentations sont multiples et recouvrent des aspects très différents :

- violence [sans plus de précision]
- atteinte à l'intégrité physique et/ou psychologique
- toute atteinte à l'intégrité physique ou psychologique d'une personne
- violences répétées
- violence physique ou psychologique
- tout comportement (geste, parole, attitude) pouvant compromettre l'intégrité physique ou psychique d'un individu
- abus de pouvoir
- violence physique ou psychologique
- non-respect de la personne, physique, émotionnelle, sexuelle...
- carence de soins, carence éducative, violences physiques ou psychologiques
- violence physique ou psychologique. Négligence
- tout comportement susceptible d'entraîner un mal-être psychologique ou physique chez une personne qui ne peut pas se protéger elle-même
- acte de violence contre une personne, physique, psychique, verbal...
- violence physique ou psychique ou négligence d'une personne vulnérable
- non-respect moral et physique de la personne
- mauvais traitement envers une personne
- conduite mettant en danger la personne volontairement ou non
- absence de réponse à un besoin essentiel au développement, au bien-être, à la santé au sens large, violences physiques, psychiques

⁶⁵ SITTIG JS, UITERWAAL CS, MOONS KG, et al. Child abuse inventory at emergency rooms: Chainer rationale and design. *BMC Pediatr.*, 2011, Oct 18, p. 11-91.

⁶⁶ Child Abuse Potential Inventory (CAPI ; Milner, 1986), qui s'adresse à la mère. La littérature a identifié le CAPI comme un instrument valide pour évaluer le risque de maltraitance des enfants.

- violences physiques ou psychologiques répétées

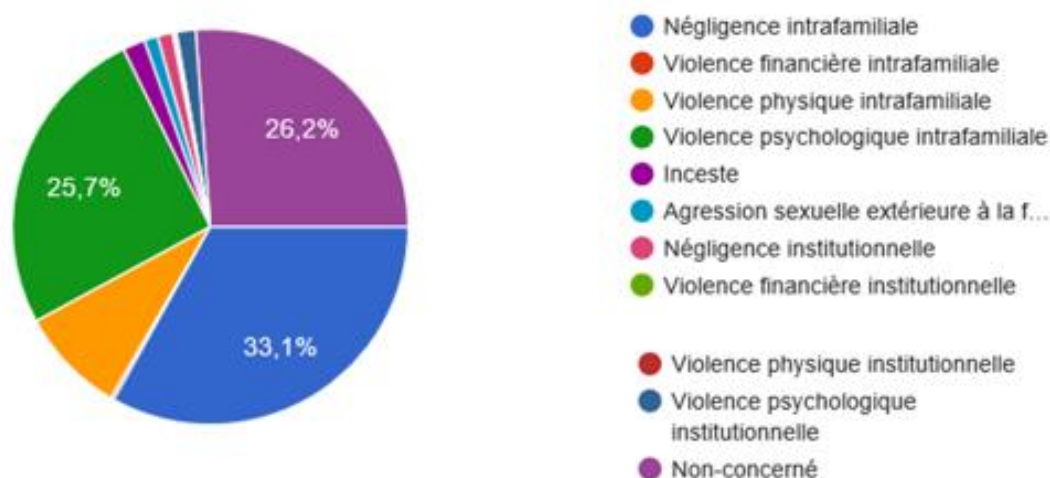
Certaines définitions font référence aux actes, d'autres aux conséquences de ceux-ci pour la victime comme pour eux-mêmes, mais très peu au processus maltraitant et aux stratégies à l'œuvre pouvant conduire à ce type de violence. À noter que la radicalisation ou les violences conjugales chez les personnes âgées ne sont jamais évoquées. Aucun professionnel ne reprend les définitions officielles que ce soit pour les mineurs ou pour les personnes âgées vulnérables, ce qui ne peut qu'interroger, car les professionnels avaient tout leur temps pour répondre et s'ils le souhaitent s'assurer de ce qu'ils transmettaient par rapport aux textes officiels. L'absence de consensus entre professionnels de santé et ces différences de représentations apparaissent d'emblée comme une des difficultés pour les professionnels confrontés à des situations de maltraitance et devant décider ou non d'un signalement. Si les définitions sont si différentes entre intervenants et ne sont même pas en lien avec les textes officiels, il apparaît compréhensible que les prises de décision d'alerter les autorités ou de ne rien faire soient si difficiles à prendre, chacun étant pris par sa propre subjectivité et son rapport à la maltraitance.

1° Les soignants face à la maltraitance subie des mineurs

Si l'on porte une attention plus précise aux réponses données par les participants sur le type de maltraitance signalée, nous constatons que plus du tiers des participants ne signale pas des faits de maltraitance repérés. Pour celles qui sont constatées les plus signalées sont celles liées aux négligences suivies des violences physiques.

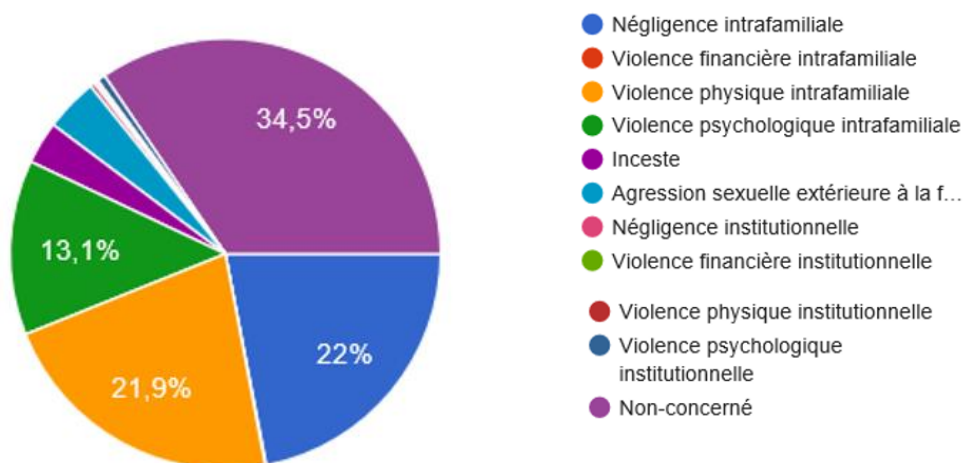
Nous devrions avoir des signalements à la hauteur des maltraitements repérés. Or ce que nous pouvons relever c'est que certaines violences sont plus facilement signalées que d'autres. Ainsi les violences psychologiques pourtant repérées dans 25,7 % des cas ne sont signalées que dans 13,1 % des situations. Par contre les agressions sexuelles (intrafamiliales comme extérieures), les violences physiques et les négligences familiales sont, elles, bien plus facilement signalées.

Quels types de maltraitance constatez-vous le plus chez les mineurs ?



Les résultats des réponses obtenues à cette question illustrent tout l'enjeu actuel lié à l'hétérogénéité des représentations de la maltraitance et à la méconnaissance de ce processus et de ses manifestations.

Quels types de maltraitance signalez-vous le plus chez les mineurs ?

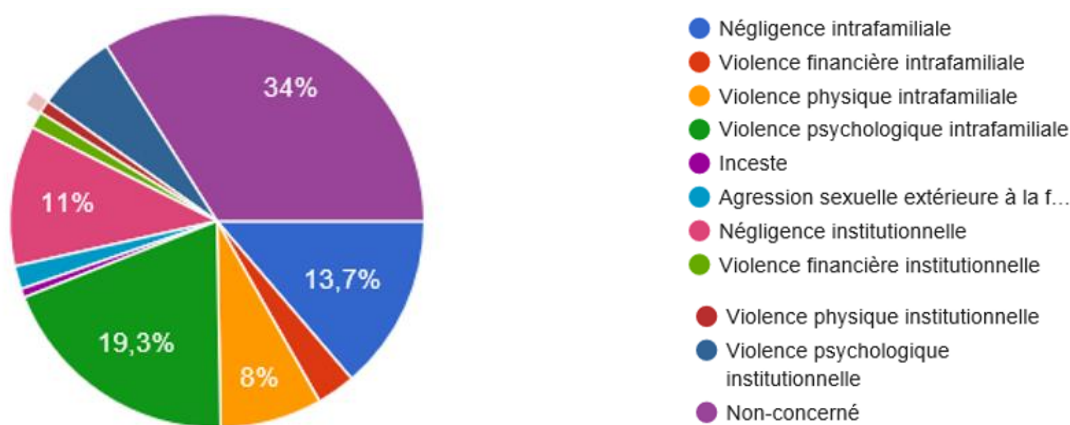


2° Les soignants face à la maltraitance des personnes âgées vulnérables

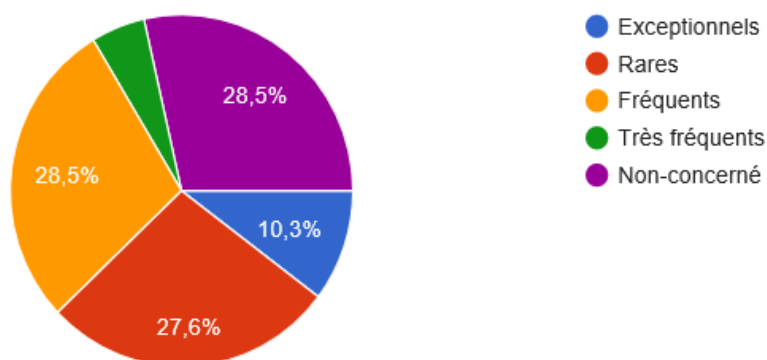
Si face aux mineurs la définition de la maltraitance des soignants est faite sans références aux définitions internationales, il en est de même quand la question aborde les maltraitements aux personnes âgées même si ces violences sont décrites comme fréquente par 28,5 % des personnes ayant participé à cette étude.

Quels types de maltraitance constatez-vous le plus chez les personnes âgées vulnérables ?

Pour le professionnel qui signale les adultes vulnérables et plus précisément les violences sur les personnes âgées, ce sont essentiellement la maltraitance financière (13,3 %) et la négligence intrafamiliale (13,7 %) qui apparaissent les plus signalées derrière les violences sexuelles intrafamiliales qui sont majoritairement des situations de viol au sein du couple (34 %). Les violences institutionnelles ne sont repérées que dans 11 % des situations.



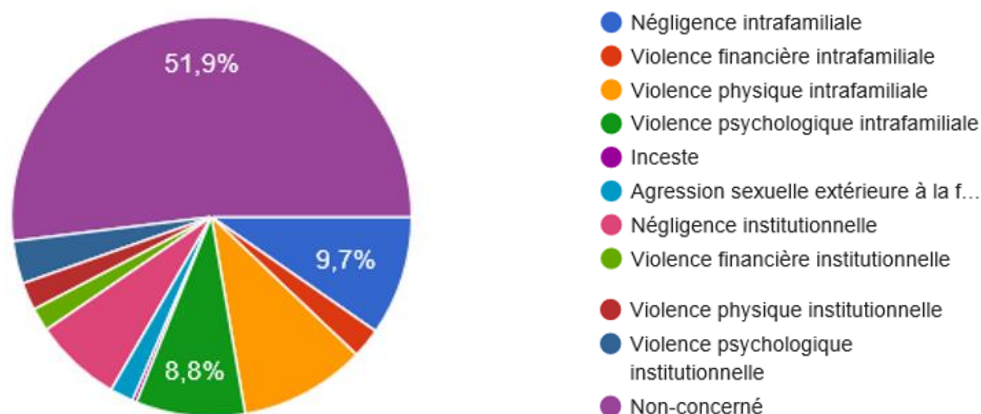
Considérez-vous dans votre activité clinique, que les cas de maltraitance sur personnes âgées vulnérables sont :



À cette question, posée rappelons-le à des professionnels de santé, nous ne pouvons qu'être interpellés par le fait que près de 30 % des participants considèrent ne pas être « concernés » ; réponse qui illustre le déni sociétal sur les maltraitances des personnes âgées vulnérables. Mais qui ne peut qu'inquiéter pour toutes ces victimes condamnées à l'aveuglement des soignants censés les protéger.

Quels types de maltraitance signalez-vous le plus chez les personnes âgées vulnérables ?

Les maltraitances les plus repérées chez les adultes vulnérables sont très largement les violences sexuelles intrafamiliales pour plus de la moitié alors que les études relèvent le plus souvent les cas de violences physiques qui représentent 10 % des signalements. Suivent les négligences intrafamiliales et les violences financières qui sont, elles, bien plus étudiées.



Section 2 : Les différents types de maltraitance

Les maltraitances existent dans tous les milieux sociaux, mais les représentations des professionnels font que les victimes issues de milieux dits favorisés sont souvent moins repérées que les autres, en particulier en milieu hospitalier⁶⁷. Elles le sont d'autant moins qu'elles ne peuvent pas s'exprimer (bébés, personnes adultes ayant perdu l'usage du langage) et que très souvent les prises en charge se font en présence de l'auteur des faits ce qui condamne au silence les victimes qui seraient en mesure de s'exprimer.

Les conséquences sur la vie à venir peuvent être importantes avec des troubles pouvant hypothéquer durablement le développement et le futur si aucune prise en charge de ces blessures physiques et psychiques n'est proposée. Pour un enfant en pleine construction les répercussions sur son devenir peuvent être multiples (au niveau somatique, psychologique, scolaire, sociale, mais également de la filiation). Quand il s'agit de personnes âgées vulnérables, les répercussions sont tout aussi importantes au sens où elles peuvent accélérer le pronostic de vie en raison particulièrement des atteintes qu'elles engagent au niveau corporel et psychique.

Les repérer est donc indispensable et pour cela différentes catégorisations ont été proposées en particulier au niveau international pour les enfants par The International Society

⁶⁷ Seuls 2 à 5 % des signalements seraient réalisés par les services hospitaliers, ONED, étude de 2011.

for Prevention of Child Abuse and Neglect - IPSCAN⁶⁸ et en France par la HAS⁶⁹. Il existe actuellement un consensus sur le fait que les maltraitances concernent pour les mineurs et les adultes, les violences psychologiques, les violences physiques, les abus sexuels, les négligences (soins, alimentation, éducation). Et pour les personnes âgées sont aussi comprises les violences matérielles et économiques. Mais comme rappelé par les multiples définitions des soignants ayant participé à cette recherche, les biais subjectifs sont inévitables et certaines interprétations conduisent des intervenants à considérer des actes comme relevant de maltraitance alors que d'autres les comprendront comme des sanctions éducatives. C'est, pour exemple, le cas de la fessée, source d'innombrables débats dans notre pays depuis des années. De nombreux États européens⁷⁰ interdisent depuis longtemps tout châtement corporel au sein de la famille. La France a hésité depuis des années entre prohibition et tolérance à l'égard de cette punition corporelle. Sans consensus, certains professionnels banalisent ces violences quand d'autres les signalent immédiatement. Ces débats peuvent paraître étonnants sachant que les châtements corporels sur mineurs sont déjà sanctionnables (art. 222-13 et 222-14 du Code pénal), que le Code civil rappelle également que les détenteurs de l'autorité parentale doivent éduquer l'enfant dans « le respect dû à sa personne »⁷¹ et que l'article 371-1 modifié par la loi n°219-721 du 10 juillet 2019 a très précisément rappelée que « l'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques »⁷². Comme le rappelle le Professeur Adeline Gouttenoire⁷³, l'autorité parentale est une autorité qui a pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle est définie « par l'article 371-1 du Code civil comme « 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 ». Selon la présentation qu'en donne le Code civil (livre I^{er}, titre IX), l'autorité parentale concerne non seulement la personne, mais aussi les biens de l'enfant ». L'autorité parentale confère donc des droits aux parents (ou aux autres titulaires), mais également des devoirs à l'égard de l'enfant mineur.

⁶⁸ <https://www.ispcan.org/>

⁶⁹ https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir

⁷⁰ 31 pays sur 47 des États membres du Conseil de l'Europe interdisent tout châtement corporel à l'encontre des enfants : l'Allemagne, l'Autriche, Chypre, la Croatie, le Danemark la Finlande, la Norvège, les Pays-Bas, la Suède... La CEDH - Cour européenne des droits de l'homme condamne ces châtements sur le fondement de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme. La France est régulièrement rappelée à l'ordre par les instances internationales pour n'avoir pas interdit toute forme de châtement corporel envers les enfants ex. en mars 2015 par le Conseil de l'Europe et en février 2016 par le Comité des enfants de l'ONU.

⁷¹ Al. 2 de l'art. 371-1 C. civ. issu de la loi du 4 mars 2002.

⁷² <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000027432064&cidTexte=LEGITEXT000006070721>

⁷³ GOUTTENOIRE A., *Autorité parentale*, Rep. Dalloz Civil, 2017.

Au-delà de la définition donnée par le législateur sur l'autorité parentale, la réalité des pratiques de terrain vient nous rappeler que les intervenants ont chacun une histoire, des valeurs et un rapport personnel à la violence, aux interdits, aux références éducatives, aux parents, qui peuvent les conduire à interpréter différemment cette notion d'autorité parentale et à considérer que certains actes sont à signaler ou non. La loi n° 2019-721 du 10 juillet 2019 relative à l'interdiction des violences éducatives ordinaires. Elle ajoute un alinéa dans l'article 371-1 dans le Code civil pour rappeler que « l'autorité parentale doit s'exercer sans violences physiques ou psychologiques ».

Les maltraitances étant multiples, pour être mieux définies elles peuvent être présentées en plusieurs catégories que sont les maltraitances psychologiques, les maltraitances physiques, les maltraitances sexuelles, les négligences et certains types spécifiques de violences comme la radicalisation est les violences conjugales où se retrouvent souvent les différents types de maltraitances précédemment évoquées.

§ 1 : La maltraitance psychologique

Il n'existe pas de maltraitance sans dimension de violence psychologique. Aucun acte de violence physique, aucune violence sexuelle n'est agie sans violence psychologique qui consiste à dénier à la victime toute dimension humaine. Mais il existe des situations où les auteurs ne font qu'agir des violences psychologiques ce qui est probablement le plus difficile à évaluer pour les soignants. Car la maltraitance psychologique conduite à des blessures psychiques invisibles. Celles-ci peuvent être totalement destructrices psychiquement pour l'enfant comme pour la personne âgée vulnérable, mais elles restent très délicates à évaluer, car très souvent les auteurs la pratiquent de façon insidieuse, sans la présence de tiers. Et la victime n'a que sa parole (quand elle peut parler) pour témoigner. L'autre difficulté est que la victime peut être une cible unique dans la famille, sans que les autres membres ne soient concernés par cette violence ce qui apparaît souvent difficile à comprendre pour des intervenants. Et si les mis en cause sont issus de catégories sociales dites privilégiées, l'incompréhension est encore plus grande et la protection des victimes est encore davantage incertaine en raison des projections identificatoires des intervenants.

Comprendre ce qu'est la maltraitance psychologique nécessite de rappeler ce qu'elle est au sens général, de décrire sa dynamique dans le contexte familial et d'aborder une forme toute particulière de maltraitance psychologique qu'est la radicalisation. Le choix d'aborder la

radicalisation comme violence psychologique faite en particulier au mineur se justifie par les publications actuelles sur les conséquences psychiques de la radicalisation sur les enfants⁷⁴ et sur le rapport au signalement des soignants que cette problématique engage de façon spécifique.

A - La maltraitance psychologique au sens général

Elle est au centre de toutes formes de maltraitance et lorsqu'elle intervient seule, elle est une forme spécifique et complexe dont les effets sont souvent très graves, mais trop rarement dénoncés, car ils ne font pas de traces « visibles ». La maltraitance psychologique correspond à des modalités de communication susceptibles d'être préjudiciables au bien-être psychologique de la personne qui la subit et à son développement psychoaffectif. Il peut s'agir de propos ou de comportements répétés ou plus rarement de comportements isolés, mais extrêmes qui se présentent sous différentes formes diversement associées : indifférence face aux demandes affectives (l'adulte ne s'intéresse pas à l'enfant, ou à la personne âgée, elle ne répond pas à ses sollicitations, ne lui parle pas, ne le stimule pas et le dissuade progressivement de faire des demandes affectives). Il peut s'agir de négligences (soins, alimentation, éducation, hygiène)⁷⁵, d'attitudes de mépris et de rejet actif visent à déprécier l'autre et à le dévaloriser. Contrairement à l'indifférence, le rejet a un caractère actif : l'adulte n'accepte pas/plus cet enfant ou cet adulte âgé qui n'a pas/plus de valeur pour lui, qu'il n'aime pas/plus et qu'il rejette. Le dénigrement est une autre forme plus insidieuse de violence psychologique, car formulé le plus souvent à huis clos, sans témoin. L'auteur se moque, ironise sur ce que sa victime est ou ce qu'elle n'est pas, la ridiculise avec des surnoms, la prive de sa dignité par des mots, des attitudes, des appréciations dévalorisantes, lui rend inaccessibles ses prothèses (lunettes, appareils dentaire et auditif) ou ses médicaments. Elle est soumise à des exigences excessives ou disproportionnées par rapport à son âge ou ses capacités et peut être contrainte à des injonctions contradictoires impossibles à respecter. Par exemple un enfant de quatre ans soumis à des heures de pratique d'un instrument de musique pour satisfaire l'ego parental⁷⁶ ou une personne âgée forcée d'effectuer des déplacements qui l'épuise alors que ceux-ci pourraient être évités. Une autre stratégie à l'œuvre est celle de l'isolement : l'enfant ou la personne âgée est confiné(e) sur le plan social, isolé(e) progressivement du monde extérieur. L'adulte l'enferme et l'empêche de

⁷⁴ MOUCHENIK Y.(dir.) Identités meurtries, affiliations meurtrières, Dossier *Soins Psychiatrie*, n° 302, 2016.

⁷⁵ Cette situation est assimilée à de la maltraitance par l'American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC), mais elle n'est pas considérée comme telle par toutes les instances chargées de la protection de l'enfance.

⁷⁶ RAPHAEL C., *La démesure*, Paris, Babelio, 2015.

toutes relations avec les autres (amis, école, relations). La victime se trouve seule au monde et se convainc progressivement que le monde extérieur est hostile, qu'elle ne vaut rien et que personne ne peut l'aider. Ce contexte fait que les personnes âgées sont considérées par la Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives sectaires, comme des cibles de choix pour les structures sectaires. Elles sont approchées soit en direct via du démarchage soit par des associations ou des organisations qui sous prétexte de bénévolat tentent de les manipuler, essentiellement pour vider leurs comptes en banque.

D'autres auteurs de maltraitances agissent un véritable terrorisme sur leur victime en lui créant des peurs intenses telles que celle de l'abandon ou de l'affirmation que des proches importants vont mourir. Il peut aussi s'agir de situations où la victime est soumise à des colères subites et inexplicables qui la maintiennent dans un contexte de terreur et de catastrophe permanente. Elle ne sait jamais comment son proche va être et anticipe constamment sur des risques de violence en adaptant une attitude d'une extrême complaisance par crainte d'une mauvaise réaction.

Enfin l'exploitation est une autre forme des violences psychologiques plus fréquente chez les grands enfants et chez les personnes âgées (contraints de travailler sans limites et traités comme esclaves domestiques ou incités à des conduites déviantes et antisociales par leur proche).

Dans la littérature⁷⁷, sont associées aux violences psychologiques les maltraitances financières qui concernent particulièrement les personnes âgées vulnérables (rackets, vols, procurations abusives, escroqueries, contraintes de supplier constamment le conjoint pour avoir de l'argent, car celui-ci a souvent le contrôle sur les comptes...); les maltraitances médicales (excès ou privation de médicaments, privation de soins, douleur non prise en charge, abus de sédatifs, placements abusifs...). Pour les personnes âgées, les maltraitances civiques peuvent aussi exister (limitation des contacts avec l'extérieur, mise sous tutelle abusive ou hospitalisation sous contrainte non justifiée...)

B – La maltraitance psychologique dans le contexte familial

Si pour la majorité des enfants la famille est un havre de paix, ce n'est pas le cas pour les enfants maltraités en particulier dans le cadre des violences psychologiques qui ne laissent pas

⁷⁷ Rapport d'Alain KOSKAS sur les maltraitances financières à l'égard des personnes âgées, à la demande de Madame pascale BOISTARD Secrétaire d'État chargée des personnes Agées et de l'Autonomie, 2017. http://www.hcfea.fr/IMG/pdf/2018_01_29_-_Rapport_Mission_Mal_Financiere-2.pdf

les mêmes traces que les maltraitances physiques ou sexuelles. C'est pourtant ce que vivent les enfants exposés aux violences conjugales, ceux qui subissent des enlèvements parentaux, mais c'est aussi ce que subissent les personnes âgées victimes de violences conjugales.

1° Les enfants exposés aux violences familiales

Les enfants exposés aux violences conjugales sont des enfants qui subissent une maltraitance particulièrement grave, car outre les violences subies (directement ou indirectement s'ils ne sont que témoins), ils sont blessés dans leur filiation, car le parent violent en s'en prenant à l'autre attaque avant tout sa fonction parentale⁷⁸. Les violences conjugales concernent selon les pays 16 à 60 % des femmes et tous les milieux sociaux⁷⁹. Pour un enfant qui voit son parent maltraité, l'atteinte de ses croyances en un adulte protecteur est considérable⁸⁰. Ces violences subies dans l'intimité de la « niche » familiale viennent rompre son rythme de vie, bouleverser son quotidien, déstructurer ses liens à l'autre et blesser la confiance en ses principales figures d'attachement. Un tel contexte où règnent l'insécurité et la peur modifie inéluctablement la perception qu'il a de son histoire. Le parent agresseur s'invalide dans sa capacité protectrice souvent très durablement ; il n'est plus investi comme un adulte de confiance et peut apparaître à l'enfant comme un être terrorisant même s'il ne l'a jamais frappé. Le parent agressé peut être tellement tétanisé par le conjoint violent qu'il n'est plus en mesure de protéger son enfant, de prendre soin de lui et de le rassurer. Les mères qui subissent des violences au sein de leur couple peuvent être dans un tel état de survie psychique et physique qu'elles sont submergées par leur propre terreur, leurs douleurs et qu'elles peuvent être en incapacité de s'occuper de façon adaptée de leur petit et de leurs besoins. Celui-ci se trouve alors dans un contexte de « déprivation parentale » et dans des cas extrêmes il peut même être abandonné à l'auteur lorsque la victime fuit, seule, le domicile conjugal, voire tuer par vengeance. Les travaux de recherche témoignent de la corrélation entre les troubles présentés par le parent agressé et ceux de l'enfant, que ce soit en immédiat comme à distance de ces

⁷⁸ Dans 60 % des cas avant la grossesse et se poursuivent durant celles-ci avec des actes multiples : violences psychologiques (humiliations, insultes, dénigrement, terreur), violences financières, violences sexuelles (viols, agressions sexuelles), violences physiques (coups, strangulation, menaces de mort avec armes). BLACK M. C. Intimate Partner Violence and Adverse Health Consequences Implications for Clinicians, *Mph American Journal Of Lifestyle Medicine* September/October 2011 vol. 5 n°. 5, p. 428-439.

⁷⁹ Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes : premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes.

⁸⁰ SADLIER K. *Violences conjugales, un défi pour la parentalité*, Paris, Dunod, 2015.

violences⁸¹. Les études menées auprès d'enfants exposés aux violences conjugales permettent de ne plus banaliser ces contextes et de considérer les enfants qui les vivent comme en danger. Au moment de l'exposition aux violences conjugales, le bébé et le jeune enfant manifestent souvent dans un premier temps des réactions d'alerte (cris, pleurs, tentatives de protection). Si le climat violent persiste, leurs réactions peuvent être multiples et témoignent de l'impact de ces violences dans leur développement.

Par ailleurs les difficultés financières et économiques dans lesquelles se trouvent de nombreux parents agressés (frais d'avocat, perte de l'emploi, relogement précaire, etc.) bouleversent le quotidien des enfants et les plus jeunes en sont les plus perturbés, car ils ont besoin de stabilité (changement d'horaire pour les repas, modification du mode de garde, multiplication des environnements sensoriels, etc.).

La spécificité en particulier avec les enfants très jeunes, de niveau préverbal, est leur impossibilité de verbaliser une demande d'aide ; c'est donc leur comportement qui exprime via un babil traumatique les maux ressentis. Les professionnels devraient être attentifs aux manifestations au niveau :

- du développement psychomoteur et affectif : retard, régression, attitude de retrait, troubles de l'attachement, dépression anaclitique ;
- de la santé mentale : troubles dépressifs, anxieux, psychotraumatiques avec en particulier une hypervigilance (bébés "aux aguets", enfants toujours inquiets) et des reviviscences via des "jeux" traumatiques où le jeune enfant répète de façon compulsive l'événement violent auquel il est resté fixé^{82,83}
- de la socialisation : le jeune enfant qui n'a pas expérimenté la confiance en lui et en l'autre en raison de ce contexte familial insécure, n'a pas les Codes relationnels pour reconnaître chez l'autre les émotions. Il a souvent du mal à trouver sa place auprès d'autres petits camarades, peut exprimer de la tristesse conduisant à une asthénie relationnelle (trop triste pour jouer) ; en grandissant, honte et culpabilité le conduisent à rester à distance des autres ; il peut avoir une attitude d'opposition systématique voire une agressivité conduisant à un rejet de leurs pairs, un comportement d'évitement rendant difficile l'établissement de relations interpersonnelles, une

⁸¹ BEDI, G, GODDARD C. *Intimate partner violence: What are the impacts on children ?* Australian Psychologist, 2007; 42(1): 66-77.

⁸² LITROWNIK, A.J., NEWTON, R., HUNTER, W.M., ENGLISH, D., & EVERSON, M. D., Exposure to family violence in young at-risk children: A longitudinal look at the effects of victimization and witnessed physical and psychological aggression. *Journal of Family Violence*, 2003, 18(1), 59-73

⁸³ ROMANO H., Expressions du jeu traumatique. *Annales Médico-Psychologiques*, 2008 ; 166 : 702-710.

tendance à s'isoler, un vécu persécutif dans la relation à l'autre (se sent toujours coupable et toujours remis en cause) ;

- de leur santé : retard staturo-pondéral ou cassure de courbe, douleurs psychosomatiques, maladies auto-immunes, affections dermatologiques, troubles du sommeil : (hypersomnie réactionnelle du bébé, cauchemars, troubles de l'endormissement), algies et douleurs diffuses, troubles alimentaires. Ces problèmes peuvent être majorés par l'indisponibilité maternelle qui face à la situation de survie induite par le climat de violence, « oublie » les visites chez le médecin et ne réalise pas l'état physique de son petit.

En grandissant ces troubles peuvent se majorer et des difficultés d'apprentissage hypothéquer la scolarité de l'enfant (problème de concentration, de mémorisation, de comportement, climat familial peu propice aux devoirs, etc.).

Lors de l'ouverture du Grenelle sur les violences conjugales le Premier ministre a rappelé en octobre 2019 qu'un parent violent avec l'autre parent ne pouvait être considéré comme un parent protecteur et que des mesures devaient être prises pour protéger les enfants. Mais il reste fréquent de constater que les soignants tout comme les autres professionnels (socio-éducatifs, judiciaires, scolaires) ont tendance à considérer qu'une fois le couple séparé le problème est réglé. La perception de la violence conjugale comme un poison psychique qui continuerait d'agir même quand le couple est séparé, reste méconnue tout autant le fait que le parent violent utilise l'enfant comme véritable arme pour tenter d'anéantir l'autre qu'il ne peut plus atteindre.

2° Les enfants exposés aux enlèvements parentaux

Même si l'expression ne figure pas en tant que tel dans le Code pénal, l'enlèvement parental est une infraction qui relève des « atteintes à l'exercice de l'autorité parentale », délit prévu dans le Code pénal et relevant du tribunal correctionnel. C'est le fait qu'un parent ne ramène pas son enfant à l'autre parent suite à un droit de visite. Plusieurs articles peuvent s'y référer : « Le fait de refuser indûment de représenter un enfant mineur à la personne qui a le droit de le réclamer est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende. » (art.227-5) ; « Le fait, pour une personne qui transfère son domicile en un autre lieu, alors que ses enfants résident habituellement chez elle, de ne pas notifier son changement de domicile, dans un délai d'un mois à compter de ce changement, à ceux qui peuvent exercer à l'égard des enfants un droit de visite ou d'hébergement en vertu d'un jugement ou d'une convention judiciairement homologuée, est puni de six mois d'emprisonnement et de 7500 euros d'amende. » (art.227-6) ; « Le fait, par tout ascendant, de soustraire un enfant mineur des mains de ceux qui exercent l'autorité parentale ou auxquels il a été confié ou chez qui il a sa résidence habituelle, est puni

d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. » (art.227-7) ;
« Le fait, par une personne autre que celles mentionnées à l'article 227-7 de soustraire, sans fraude ni violence, un enfant mineur des mains de ceux qui exercent l'autorité parentale ou auxquels il a été confié ou chez qui il a sa résidence habituelle, est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende. » (art. 227-8)

Le Code prévoit des circonstances aggravantes « si l'enfant mineur est retenu au-delà de cinq jours sans que ceux qui ont le droit de réclamer qu'il leur soit représenté sachent où il se trouve ou si l'enfant mineur est retenu indûment hors du territoire de la République. Les faits définis par les articles 227-5 et 227-7 sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende (art.227-9). Et « si la personne coupable des faits définis par les articles 227-5 et 227-7 a été déchue de l'autorité parentale, ces faits sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende. » (art. 227-11).

La tentative des infractions prévues aux articles 227-7 et 227-8 est punie des mêmes peines. L'enlèvement parental recouvre aussi le déménagement avec l'enfant sans l'accord de l'autre parent s'il possède un droit de visite. Le parent auteur des faits peut se voir sanctionner avec des peines d'amendes, d'emprisonnement et le retrait de son autorité parentale si son comportement a mis en danger l'enfant (cas de la radicalisation religieuse).

L'enlèvement parental d'enfants a principalement lieu dans des contextes de séparations très conflictuelles. Il peut avoir lieu sur le territoire, mais également conduire à une fuite à l'étranger en particulier lors de divorces transnationaux. Les procédures sont alors beaucoup plus longues, complexes, coûteuses et certaines fois inextricables, car tous les pays ne sont pas signataires de la Convention internationale de La Haye.⁸⁴ Depuis sa création cette convention a de nouvelles applications afin d'intégrer es accords de médiation et la nécessité de s'assurer de la célérité de la procédure. D'autres Conventions internationales ont aussi le même but de protéger l'intérêt supérieur de l'enfant, la Convention européenne des droits de l'homme⁸⁵ et la Convention de New York sur les droits des enfants de 1989⁸⁶. Elles rappellent que si un enfant a ses parents vivant dans deux pays différents, il doit pouvoir entretenir des relations avec ses deux parents. Pour accélérer les procédures en France lors d'enlèvement d'enfants il est recommandé de formuler une requête sous forme de référé pour que la plainte puisse être instruite le plus vite possible.

⁸⁴ La Convention de la Haye du 29 mai 1993 porte sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale, <https://assets.hcch.net/docs/9c874ca4-de4c-4310-828d-e205c9462c4a.pdf>

⁸⁵ https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_FRA.pdf

⁸⁶ <https://www.humanium.org/fr/texte-integral-convention-internationale-relative-droits-enfant-1989/>

Si la question des enlèvements parentaux d'enfants est surtout abordée sur le plan juridique, elle n'est pas sans conséquence au niveau psychologique et représente une véritable violence psychologique faite à l'enfant même si les contextes peuvent être très variables en particulier selon l'âge de l'enfant et les conditions de l'enlèvement. L'enfant peut être très jeune sans aucun repère spatio-temporel immature affectivement ou plus grand avec des capacités de se représenter ce qu'il est en train de vivre et éventuellement de tenter à un moment ou à un autre de solliciter de l'aide quand cela est possible. L'enfant peut avoir été averti par son parent et avoir lui-même anticipé sur son départ. L'enfant peut être enlevé avec ou sans violence. Il peut être enlevé par un inconnu mandaté par un de ses parents, par un parent considéré comme protecteur ou par un parent avec lequel il n'a aucune véritable relation affective et qui cherche avant tout à se venger de son ex-conjoint. Les violences psychologiques sont alors fréquentes (menaces sur l'enfant ou sur l'autre parent en prenant à partie l'enfant, dictature morale, affirmation que l'autre parent est mort, séquestration et isolement, déscolarisation, emprise, aliénation au discours du parent kidnappeur), et il n'est pas rare que d'autres maltraitances soient associées (négligences, violences physiques, violences sexuelles). Ces enfants se retrouvent brutalement en situation de deuils multiples (« deuil » au sens de perte avec la disparition des amis, de l'école, de leurs repères de vie, de leurs affaires personnelles et bien sûr de leur autre parent). Ceux enlevés vers l'étranger se retrouvent dans des pays aux cultures certaines fois très différentes avec tous les bouleversements associés (langue étrangère, autre religion, alimentation qu'ils ne connaissent pas, référentiels culturels inconnus, cadre météorologique différent...) Le moment même de l'enlèvement est un acte d'une intrusion majeure qui témoigne d'une emprise à son degré ultime, l'enfant étant totalement désobjectivé et réduit à l'état d'objet. La perte de l'autre parent (surtout dans les cas où il était la figure d'attachement principal de l'enfant) est vécue comme un abandon incompréhensible. Les troubles psychoaffectifs et psycho traumatiques peuvent être durables et conduire à des pathologies au niveau de la personnalité quand l'enlèvement dure avec des répercussions qui se manifestent souvent à long terme (troubles anxieux, dépression, conduites addictives, pratiques dangereuses, agressivité, conduite d'échec, vécu persécuté, tentative de suicide, fugue, suicide), car dans l'immédiat l'enfant réagit souvent de façon hyperadaptée, en faux-self, avec une compliance extrême aux exigences du parent qui l'a enlevé⁸⁷.

Si les droits de ces enfants enlevés sont souvent défendus au niveau juridique, les conséquences au niveau psychologique restent minimisées, voire déniées, et il n'est pas rare

¹LASBATS M. *L'enlèvement international d'enfants. Conséquences psychologiques*, Paris, Dalloz, 2013.

que des professionnels informés d'un projet de ce type ne réagissent pas, considérant que ce choix de « partir » avec son enfant reste une décision familiale et que signaler serait s'immiscer dans les affaires de famille. C'est pourtant une maltraitance réelle aux effets durables et innombrables. Pour faciliter le signalement des professionnels, dont celui des soignants, le législateur a prévu dans la loi du 5 mars 2007 relative à la protection de la délinquance un article spécifique pour sanctionner les personnes informées qui n'alerteraient pas les autorités et services compétents : « le fait pour une personne ayant connaissance de la disparition d'un mineur de quinze ans de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives, en vue d'empêcher ou de retarder la mise en œuvre des procédures de recherche prévues par l'article 74-1 du Code de procédure pénale » (art. 434-4-1 du Code pénal).

3° Les personnes âgées exposées aux violences familiales

Les personnes âgées exposées aux violences familiales sont aussi victimes de maltraitance psychologique via leur conjoint le plus souvent, mais aussi, dans certains cas par leur propre enfant. La problématique de cette maltraitance spécifique est peu étudiée et il est difficile d'établir une prévalence précise⁸⁸ d'autant plus que peu de victimes se plaignent. Cette violence psychologique peut être isolée (insultes, intimidations, menaces, dénigrements, moqueries, manifestations de contrôle) ou associée à des négligences, des coups et/ou des agressions sexuelles. Elle reste très difficile à repérer, car très peu de personnes âgées se plaignent peu en raison du sentiment de honte ressenti et de la dépendance existant souvent avec l'auteur (affective, matérielle). Notre société patriarcale contribue à occulter ce phénomène et n'est aussi sans doute pas prête à reconnaître toute l'étendue de cette réalité déjà difficile à concevoir pour des couples d'adultes et *a priori* non vulnérables. Les personnes âgées exposées aux violences familiales sont majoritairement des femmes,⁸⁹ mais certains auteurs constatent que des hommes peuvent aussi subir des maltraitements de leur conjointe⁹⁰. Les études permettent de constater que lorsque les deux conjoints sont lucides et qu'il existe des maltraitements, celles-ci ont lieu au sein de couples plus jeunes que lorsque les violences s'imposent dans un contexte de dégénérescences cognitives. Différents facteurs sont relevés

⁸⁸ BONOMI AE., ANDERSON ML., REID RJ., & al, Intimate partner violence in older women, *The Gerontologist*, 2007, 47(1), 34-41.

⁸⁹ MONTMINY L., DROUIN C., *La violence en contexte conjugal chez les personnes âgées : une réalité particulière*. Montréal : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF), 2009.

⁹⁰ PILLEMER K., FINKELHOR D. The prevalence of elder abuse : a random sample survey, *The gerontological Society of America*, 1988, 8, (1), 51-57.

dans les études⁹¹ pour expliquer que des maltraitances peuvent apparaître au sein d'un couple avec l'âge et qui permettent de comprendre qu'il est très difficile pour une femme de quitter son conjoint violent^{92,93} le processus de vieillissement qui peut conduire à une anxiété face à la dégradation physique, la perte d'autonomie et à la mort, majorée par les bouleversements de vie et de place qu'il peut induire (exemple. le départ des enfants, la retraite, les décès d'amis ou de membre de la famille, etc.) ; l'épuisement d'un des conjoints qui doit s'occuper de l'autre qui présente des problèmes de santé (maladie, difficultés fonctionnelles, troubles cognitifs, démence, etc.) ; la socialisation de notre culture aux valeurs traditionnelles qui cadrent les écarts de pouvoir entre l'homme et la femme et continuent de placer la conjointe dans une position de soumission à son mari ; les transformations de notre société qui confrontent les anciennes générations à de nouvelles normes en particulier sur l'égalité des sexes ce qui peut aggraver des tensions entre conjoints âgés et conduire chez certains qui ne supportent pas cette évolution à des attitudes de contrôle, etc.

Les conséquences des maltraitances familiales et particulièrement conjugales chez la personne âgée affectent différents aspects de la vie : sociale, physique, psychologique, économique. Les séquelles psychologiques se traduisent par une perte des croyances face à un conjoint perçu comme inéluctablement protecteur, à une perte d'estime de soi et de confiance en soi pouvant conduire à de la honte, une tristesse intense, des troubles dépressifs sévères voire à des passages à l'acte suicidaire. La peur associée généralement à ces contextes conduit à des réactions d'hypervigilance qui épuisent la personne âgée et qui peuvent entraîner des troubles du sommeil, de plus grandes difficultés de mémorisation et de concentration et une dépendance encore plus importante à l'autre. Les conséquences physiques peuvent être liées à tout ce contexte de violence psychologique et se traduire par une dégradation de l'état général (santé, hygiène). Mais il peut y être associé les conséquences des violences physiques (blessures, fractures entraînant une perte de mobilité voire une infirmité). Les conséquences sociales sont rarement évoquées dans la littérature, mais pourtant bien constatées dans la pratique avec un isolement familial (les enfants ne viennent plus tout comme la fratrie). Les amis ne sont plus les bienvenus et la personne âgée maltraitée ne peut plus sortir et maintenir ses relations amicales, car le conjoint s'y oppose ou elle est trop épuisée.

⁹¹ BERTO KA., RENEE B., BROISSOIE N., Intimate partner in later life : an analysis of national news reports. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 2003, 25(3), 230-241.

⁹² BONNIE S., FISHER BS., REGAN SL., The extent and frequency of abuse in the lives of older women and their relationships with health outcomes. *The Gerontologist*, 2006, 46(2), 200-209.

⁹³ POOLE C., RIETSCHLIN J. Intimate partner victimization among adults aged 60 and older: an analysis of the 1999 and 2004 General Social Survey. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 2012, 24(2), 120-137.

C - Le cas particulier de la radicalisation

Envisager la radicalisation comme violence psychologique nécessite de comprendre ce qu'est la radicalisation et sa définition dans sa dimension de violence psychologique. Il s'agira ensuite de décrire le processus de radicalisation puis d'envisager la question de la radicalisation pour les soignants de plus en plus sollicités pour signaler les mineurs qui en sont victimes.

1° - Tentative de définition

La radicalisation et le danger de radicalisation violente concernent essentiellement les mineurs, mais pourraient aussi impliquer une femme ou un jeune adulte alertant des soignants sur les dérives subies dans le huis clos familial. C'est un autre type bien particulier de maltraitances qui relèvent des violences psychologiques, mais qui peut conduire à des violences physiques quand l'enfant est utilisé comme kamikaze par des terroristes ou comme enfant soldat. Jusqu'aux attentats de 2015, cette notion n'était pas du tout abordée comme relevant de maltraitance et elle pourrait même apparaître comme hors sujet de cette thèse. Sauf que les attentats et les directives législatives qui ont suivi ont changé l'attention portée à ce phénomène et sa compréhension. Il a fallu des centaines de morts, un nombre incertain de départ sur des zones de conflits de familles avec des mineurs, une meilleure connaissance des modes opératoires des kamikazes⁹⁴, pour intégrer cette violence comme une maltraitance faite à un enfant. Si l'on revient à l'étymologie de « radicalisation », (du latin *radix* « aller à la racine ») nous pouvons constater que l'usage politique actuel a détourné le sens original de ce terme puisque la radicalisation désigne désormais une personne qui conteste l'ordre établi et qui a la volonté de détruire radicalement sa société d'origine au nom d'autres repères directement liés à une idéologie extrémiste à contenu politique, social, ou religieux. De son côté le djihad désigne originellement un terme positif pour les musulmans : « effort vers un but déterminé ». Ce n'est qu'à partir du VII^e siècle (période des croisades) qu'il se trouve utilisé comme synonyme de lutte armée. La radicalisation djihadiste peut ainsi être comprise comme un regroupement politique ayant la volonté d'anéantir la société occidentale au profit d'une théocratie axée sur la loi islamique (charia). Pour y parvenir, toute violence est autorisée, car légitimée derrière des références religieuses, et plus celle-ci est impressionnante, plus elle est

⁹⁴ Parmi les témoignages de jeunes revenus de Syrie, reviennent ceux d'enfants expliquant avoir été entraînés ou plus précisément conditionnés, pour servir de kamikazes en étant équipés de ceintures explosives. D'autres ont été recrutés comme enfants soldats et contraints à réaliser des exactions traumatisantes.

encouragée : égorgement, tueries en séries et attentats sur des civils témoignent de la barbarie à l'œuvre quand l'idéologie devient aveugle.

Ce rappel permet de comprendre qu'il ne faut pas confondre radicalisation et fondamentalisme religieux : les fondamentalistes pratiquent un Islam rigoureux, mais ne prônent pas la violence contrairement aux radicalistes qui l'encouragent et qui y recourt.

2° - Le processus de radicalisation

La radicalisation n'est pas un état figé, mais un processus évolutif lié à des parcours personnels variables où s'intrique ce qu'il en est de la dynamique intrapsychique de celle intersubjective. Il n'existe pas une unique explication qui conduirait un individu à dénier toute altérité à l'autre et à vouloir le supprimer, quitte à se tuer simultanément pour y parvenir. La complexité de la radicalisation nécessite de prendre en considération de nombreux facteurs : souffrance psychique ; aliénation et recherche d'identité ; dynamique individuelle et familiale ; ressentis d'injustice à l'égard des musulmans ; isolement social et marginalisation ; embrigadement sectaire. Pour le juge Trévidic⁹⁵ un autre aspect serait à prendre en considération : « si la France avait mieux intégré les enfants issus de l'immigration, il y aurait clairement moins de jeunes Français à Raqqa⁹⁶. Outre le chômage massif, le problème du traitement de plusieurs générations d'immigrés en France facilite le travail des recruteurs de l'État islamique ». Elle peut être définie comme un processus graduel dans lequel l'adoption d'un système de croyances extrêmes prépare la personne radicalisée à une possible action violente. Au niveau psychologique les enfants et plus particulièrement les adolescents apparaissent comme des cibles privilégiées de ceux qui agissent cette violence. L'adolescence est en effet une période de plus grande vulnérabilité en raison des multiples bouleversements qu'elle impose (transformation du corps, changement des liens aux adultes de référence, autonomisation progressive). Elle entraîne la réactivation du processus de séparation-autonomisation présent dans la jeune enfance et peut conduire à une culpabilité liée à la réactivation des conflits psychiques inconscients laissés sous silence depuis les années œdipiennes. Ce qui se traduit par la remise en cause des référentiels adultes et en particulier parentaux, des besoins de prise de distance par rapport aux valeurs familiales auparavant idéalisées qui s'associent simultanément à des angoisses d'abandon et de rejet. Pour de nombreux pédopsychiatres, la culpabilité est également fortement liée aux pulsions sexuelles

⁹⁵ TREVIDIC M., *Terrorisme : les sept piliers de la déraison*, Paris, Le Livre de poche, 2014.

⁹⁶ Ville considérée comme le fief de « l'État islamique » en Syrie.

réactivées par la puberté. Il n'est pas rare que cette période soit associée à des troubles dépressifs face à la prise de conscience de l'inéluctabilité du temps qui passe et de la mort inévitable pour chacun.

Ces ressentis douloureux conduisent une recherche d'apaisement qui est différente pour chaque jeune : conduites addictives, pratiques dangereuses, scarifications, fugue, tentative de suicide, sublimation intellectuelle, importance donnée au groupe de pairs, valorisations narcissiques par l'extérieur, recherche de valeurs étrangères à celle des parents, quête d'idéal, volonté de contrôle, besoin de donner du sens à sa vie, indignation face aux injustices, interrogation quant à la confiance à faire au monde adulte (qui conduit par exemple à l'importance de l'adhésion des adolescents aux théories conspirationnistes). En raison de tout ce processus et du contexte qui y est lié, l'adolescent est en recherche d'absolu et d'un idéal qui n'appartient qu'à lui et qui peut le conduire à être particulièrement vulnérable face à certains discours idéologiques dont ceux portés par les personnes chargées de recruter des jeunes pour les radicalisés. La violence portée par ces discours peut être entendue par certains jeunes comme une issue pour se dégager de la violence ressentie en l'agissant sur d'autres perçus comme des ennemis. Pour les enfants très jeunes nés dans des milieux radicalisés, l'adhésion au discours parental est la seule perspective possible et leur instrumentalisation est encore plus forte, car ils n'ont pas été exposés à d'autres modèles et sont sous l'emprise d'un système familial où toute séparation psychique est impossible.

3°- Radicalisation, soignants et signalement

Avant les attentats de 2015, la question de la radicalisation comme violence psychologique était peu étudiée, exceptée pour les enfants soldats⁹⁷ contraints à agir des violences pour des puissances fonctionnant avec des idéologies pouvant être assimilées des techniques de radicalisation. La radicalisation entendue comme violence faite aux mineurs n'apparaît en France dans les textes législatifs qu'à partir des attentats de 2015. Au préalable il ne paraissait pas nécessaire de légiférer spécifiquement sur cette thématique, mais les bouleversements inhérents aux attentats ont modifié les priorités. L'État a ainsi décidé de nombreuses mesures en particulier pour tenter de protéger les mineurs et éviter leur radicalisation et leur départ pour des territoires de conflits armés⁹⁸. Différents textes vont être

⁹⁷ SIRONI F. *Bourreaux et victimes. Psychologies de la torture*. Paris, Odile Jacob, 1999.

⁹⁸ <http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/mineurs-radicalises-ou-en-danger-de-radicalisation-violente-32042.html> et <https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/risques/pdf/fiche-prevention-et-signalement-des-cas-de-radicalisation-djihadiste.pdf>

votés, en particulier la loi n° 2017-1510 du 30 octobre 2017⁹⁹ renforçant la sécurité intérieure et la lutte contre le terrorisme qui crée une nouvelle infraction consistant pour un parent à faire participer son enfant un mineur aux activités d'un groupement ou d'une entente terroriste¹⁰⁰. Ce texte institue une nouvelle cause de retrait de l'autorité parentale par le juge pénal, dès qu'un parent est condamné pour avoir tenté de radicaliser son enfant ou avoir réussi à le faire comme pour être parti avec lui sur des territoires armés.

L'État a créé le Comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation (CIPDR) pour coordonner les différentes mesures décidées suite aux attentats. Le CIPDR est présidé par le Premier Ministre avec la volonté d'instituer une mobilisation transversale des différents services de l'État et des collectivités territoriales. Les exemples de jeunes radicalisés auteurs d'attentats en France comme ceux partis à l'étranger ont permis de comprendre toute l'importance de la prévention pour repérer ces jeunes et tenter de limiter l'emprise subie par ceux les ayant radicalisés. Si aucun chiffre officiel n'est donné au sujet du nombre de français, dont des mineurs, partis vers des territoires en conflits (et ceux nés dans ces pays), les données qui circulent sur les enfants rapatriés de Syrie sont de l'ordre de centaines de jeunes enfants, devenus majoritairement orphelins.

En avril 2015 l'État via la DPJJ a aussi créé « la Mission nationale de veille et d'information ». Composée d'un réseau de 70 référents, nommés Référents « laïcité et citoyenneté » (RLC), présents sur l'ensemble du territoire, cette mission a pour objectif de soutenir les professionnels avec des actions « déclinées à la fois dans une dimension collective, à travers des actions de prévention vis-à-vis des publics et de formation des professionnels, ainsi que dans une dimension individuelle, en appui des professionnels sur des situations de mineurs suivis pour des faits en lien avec la radicalisation. ». Au-delà des textes déjà existants et ceux à venir, cette violence psychologique faite à l'enfant (et pouvant le conduire à servir d'armes et à mourir en devenant kamikaze) reste à mieux évaluer et surtout à réellement prendre en charge ce qui n'est actuellement pas véritablement fait¹⁰¹.

⁹⁹ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000035932811&categorieLien=id>

¹⁰⁰ Art. 421-2-4-1, al. 2 du Code pénal : « Le fait, par une personne ayant autorité sur un mineur, de faire participer ce mineur à un groupement formé ou à une entente établie en vue de la préparation, caractérisée par un ou plusieurs faits matériels, d'un des actes de terrorisme mentionnés aux articles 421-1 et 421-2 est puni de quinze ans de réclusion criminelle et de 225 000 € d'amende.

Lorsque le fait est commis par une personne titulaire de l'autorité parentale sur le mineur, la juridiction de jugement se prononce sur le retrait total ou partiel de l'autorité parentale en application des articles 378 et 379-1 du Code civil. Elle peut alors statuer sur le retrait de l'autorité parentale en ce qu'elle concerne les autres enfants mineurs de cette personne. Si les poursuites ont lieu devant la cour d'assises, celle-ci statue sur cette question sans l'assistance des jurés. »

¹⁰¹ Le seul et unique centre de déradicalisation de France, à Pontourny sur la commune de Beaumont-en-Véron en Indre-et-Loire, n'a été ouvert que quelques mois et a fermé après de multiples difficultés et en n'ayant accueillis

Si une attention spécifique est portée à ce sujet dans cette thèse, c'est qu'il engage aussi les soignants en particulier dans leurs liens au signalement. Ils ont ici une place très particulière face à ce défi pluridisciplinaire, car il leur est rappelé l'obligation de signaler tout mineur radicalisé (circulaire d'octobre 2018) ce qui n'est pas sans poser des questions innombrables au niveau du repérage, mais aussi du secret professionnel, car il existe des avis contradictoires entre les exigences ministérielles et les consignes données par les différents Conseils de l'Ordre des soignants¹⁰². Ceux-ci rappellent en particulier que les soignants sont tenus au secret professionnel, sauf en cas de péril imminent, ce qui est loin d'être facile à évaluer. La radicalisation ne saurait être considérée comme une maladie mentale. C'est un fait dont le caractère et la complexité sont irréductibles à une analyse simplificatrice. Si, à l'origine de ce processus, on retrouve des fragilités aussi bien psychologiques que sociales, il n'est pas possible de dresser le portrait-type de la personne radicalisée. En revanche, dans les typologies proposées par les experts, les désordres mentaux peuvent compter au nombre des traits caractéristiques de certains profils. Réciproquement, le pédopsychiatre Jean Chambry souligne que la psychiatrie ne saurait rendre raison des cas de radicalisation sans prendre en considération les « supports culturels, sociologiques, religieux disponibles aujourd'hui »¹⁰³. Les soignants se trouvent donc bien souvent tiraillés entre leur devoir de vigilance et le respect de leur engagement professionnel à l'égard de leur patient.

Les éléments d'évaluation restent flous et malgré la création des cellules préfectorales de suivi pour la prévention de la radicalisation et l'accompagnement des familles (CPRAF), les soignants se sentent souvent très seuls, surtout ceux exerçant en libéral et ayant une patientèle les conduisant à aller au domicile. Comme nous l'explique une infirmière se déplaçant auprès de ses patients : « si j'arrive chez des gens qui ont une autre culture que moi, je ne vais tout de même pas signaler tous les barbus et les familles où les femmes ont le voile. Les situations qui m'inquiètent sont celles où je connais les gens depuis longtemps et où je constate un changement brutal dans les habitudes comme ce monsieur qui s'était mis à refuser de me serrer la main et de me regarder quand je venais refaire le pansement de sa femme. Mais c'est très délicat comme analyse. Il faut vraiment prendre un tas d'éléments de contexte et on

que neuf pensionnaires sur 25 possibles. Par ailleurs plusieurs associations prétendent « spécialisées en déradicalisation » ont été condamnées pour détournement de fonds public.

¹⁰² ROMANO H. (dir), Etre soignant en contexte terroriste. Dossier pour la revue *Soins*, 2017, n° 817.

¹⁰³ CHAMBRY J., Regard d'un psychiatre sur le processus psychique de la radicalisation, *Rhizome*, 2016, n° 59.

nous demande de signaler des changements de comportements et non des traces physiques. Pour moi cela ne relève pas de nos compétences de soignants, mais de celles des policiers ou des gendarmes. J'ai l'impression, et je sais que je ne suis pas la seule dans ce cas, que les autorités nous utilisent pour faire le repérage qu'elles n'ont pas les moyens de faire autrement. Mais en tant que soignants nous ne sommes pas des agents de renseignements. C'est une véritable dérive. » La radicalisation n'est jamais citée par les participants à notre étude comme une maltraitance pour ceux qui la subissent, alors qu'elle peut les conduire à la mort. Cela pourrait apparaître surprenant, mais les enjeux socio-politiques qui s'y trouvent associés ne sont sans doute pas anodins dans cette incapacité à la concevoir comme une maltraitance à part entière.

Les soignants sont des témoins et des acteurs privilégiés de la société et à ce titre sont aux premières lignes. Comme nous venons de le décrire, les situations sont multiples et exposent les soignants à des interrogations quant à ce qu'ils devraient faire ou non. Signaler ou ne pas signaler, telle est la question qui se pose bien souvent. Pour ceux travaillant en hospitalier ou en institution, le travail pluridisciplinaire est une ressource précieuse pour évaluer à plusieurs une situation et limiter les biais subjectifs. Pour les libéraux les enjeux sont tout autre, car l'isolement peut renforcer l'inquiétude et majorer des interprétations excessives ou conduire à des dénis ; d'où l'importance pour eux d'être dans un réseau de collègues et de personnes-ressources. Car en cas de manquement au signalement ayant conduit à la « non-assistance à personne en péril » (art.223-6 du Code pénal), à la « non-dénonciation de crime » (art. 431-1), à la « mise en péril de mineurs » (art. 227-15 à 227-28), le soignant encourt des poursuites pénales.

La particularité du signalement est qu'il s'inscrit dans une histoire française qui n'a pas toujours été glorieuse pour les agents de l'État. Le fait de signaler reste en effet dans notre pays très marqué par l'histoire de la Seconde Guerre mondiale et les nombreuses dénonciations ayant condamné des innocents. Il n'est pas si simple de se dégager de cette transmission intergénérationnelle et de ces faits qui ont profondément traumatisé la population et qui conduiront au niveau international à la définition des règles fondamentales d'éthique dans le soin dans le Code de Nuremberg de 1947. De fait, quand le soignant connaît bien le patient, signaler est souvent vécu comme une délation entraînant une inévitable rupture du lien de confiance indispensable aux soins. La dimension de protection du patient et de ses proches n'est que rarement prise en considération, pourtant c'est elle qui devrait primer si la prise en charge faite par les services du Conseil départemental ou du Parquet s'inscrivait dans une collaboration effective avec les soignants.

Comment dès lors rester soignant dans une période où les autorités demandent à tout citoyen de signaler des personnes radicalisées ou en cours de radicalisation et implique particulièrement les professionnels de santé dans ce repérage et dans la prise en charge alors qu'ils restent soumis au secret professionnel ?

Dans le contexte de menace permanente instituée par les terroristes, tout citoyen peut craindre pour sa vie et le risque est d'osciller entre un total déni ou une surinterprétation face à des propos ou des comportements inquiétants laissant penser que le patient est radicalisé ou en voie de l'être. Être informé de ce qu'est la radicalisation est une première nécessité évitant la confusion avec le fondamentalisme religieux, car si le signalement d'un mineur ou d'un adulte vulnérable en danger est possible, il ne peut se faire que si le danger apparaît imminent ce qui implique de considérer des signes évidents de radicalisation comme sources de danger immédiat. Ne pas rester seul et avoir des lieux où pouvoir solliciter l'avis de personnes plus spécialisées est tout aussi indispensable comme à chaque fois qu'un soignant est confronté à une situation qui l'interroge. Les ressources internes au sein d'un service ou d'une structure hospitalière sont souvent suffisantes pour ne pas être débordé émotionnellement par la situation et parvenir à penser à plusieurs les décisions à prendre ; si nécessaire le CIPD¹⁰⁴, la MIVILUDES¹⁰⁵ et le CNAPR¹⁰⁶ sont des instances ressources des plus précieuses. Pour les libéraux, le travail en réseau avec d'autres collègues limite les difficultés et là encore les structures gouvernementales restent des interlocuteurs essentiels.

Au-delà de la question de la sollicitation des soignants par l'État comme vecteurs de repérage d'individus radicalisés ou en voie de l'être, un tout autre enjeu est posé, celui du recours aux psychiatres et psychologues pour « déradicaliser ». Chaque Agence Régionale de Santé est en effet chargée de mobiliser autour du « référent radicalisation régional » des soignants volontaires pour intervenir auprès des personnes repérées et de leurs proches ; sollicitation qui inscrit donc de ce fait la radicalisation dans le champ de la santé mentale. Or les dimensions sociologique, politique, religieuse sont sans doute tout aussi importantes à considérer. Pour le juge Serge Blisko, président de la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires, seuls de 5 % à 10 % des radicalisés souffriraient de graves

¹⁰⁴ Comité Interministériel de Prévention de la Délinquance présidé par le Premier Ministre ou, par délégation, par le Ministre de l'Intérieur.

¹⁰⁵ Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives sectaires dont il serait question de la supprimer.

¹⁰⁶ Centre National d'Assistance et de Prévention de la Radicalisation joignable via un numéro vert : 0800 00 56 96 (du lundi au vendredi, de 9 h à 18 h). Les écoutants sont des réservistes de la Police nationale spécialement formés à la prévention de la radicalisation.

troubles psychopathologiques, mais la nécessité d'avoir suffisamment de pédopsychiatres, psychologues et psychiatres se justifie pour lui par celle de prendre également en charge les familles (fratries, parents) victimes collatérales de la radicalisation de leur proche. Mais dans un tel contexte où les demandes de l'État se font pressantes, la frontière entre acteur de soin et suppôt d'État reste fragile comme l'histoire française a pu malheureusement le démontrer. Ce qui explique sans doute les positionnements actuels des professionnels de la santé mentale qui oscillent entre résistance et investissement.

Pour les tenants du refus à répondre aux demandes gouvernementales de « déradicaliser », plusieurs arguments sont avancés : au niveau logistique aucune sécurisation particulière n'est envisagée par le gouvernement. Certains professionnels de santé mentale, justifie donc leur prudence légitime à s'engager sur ce champ de la déradicalisation en raison du danger que pourrait représenter pour eux, pour leur lieu d'activité voire pour leurs proches, le fait de prendre en charge une personne radicalisée. Pour d'autres c'est une question clinique liée à la difficulté même de prise en charge de ce type de pathologie qui rend inenvisageable leur investissement : la représentation paranoïaque du monde des radicalisés transforme leur entourage en ennemis et les soignants sont perçus comme des agents persécuteurs ce qui rend très difficile un travail thérapeutique. Enfin dans une période où la France manque déjà cruellement de psychiatres et de pédopsychiatres, la demande de mobilisation faite par l'Etat pose la question de la priorisation des personnes radicalisées face à d'autres patients présentant des troubles psychiatriques.

Pour d'autres professionnels, ces questionnements ne devraient pas se poser. Les affiliations meurtrières terroristes témoignent de multiples souffrances et la radicalisation est ici perçue comme un symptôme conduisant certains jeunes à des conduites qui pourraient s'apparenter à un risque suicidaire. De nombreuses Maisons des adolescents (MDA), qui travaillent sur la prévention se sont ainsi mobilisées (particulièrement depuis les attentats parisiens de novembre 2015) et proposent des prises en charge individuelle et familiale.

Face à ces positionnements fort différents, il y a une réalité qui est celle du retour de centaines de jeunes Français partis en Syrie et de leurs proches. Qu'il s'agisse de départs idéologiques, de volonté humanitaire de venir en aide aux populations locales, de fuite dans un contexte de quête d'identité, de jeunes manipulés par les discours des réseaux de recrutement djihadiste, de quête d'idéal religieux, ces jeunes ont été exposés à des violences de guerre

(bombardement, attentats, tueries) et pour certains ont agi des exactions innommables¹⁰⁷. Ils ne rentreront pas indemnes de troubles post-traumatiques et il est en effet nécessaire de penser aux types de prises en charge qui devront être proposés si nous ne souhaitons pas qu'à ces jeunes détruits psychiquement ne viennent s'ajouter d'autres impliqués (leurs proches, les personnes de leur environnement social et professionnel à venir, leurs futurs enfants).

Pour le législateur, l'ambiguïté n'existe pas sur la gravité des conséquences de la radicalisation des mineurs et la nécessité de tout faire pour les en préserver. En termes de protection des mineurs, le signalement vise à permettre la mise en place rapide d'une mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE) pour évaluer sa situation et celle de la famille. Cette analyse est délicate, car s'il existe certains critères, aucun n'est spécifique et la frontière entre radicalisation et idéologie religieuse n'est pas toujours des plus simples à repérer. Par ailleurs, lors des déplacements au domicile, les familles donnent à voir ce qu'elles veulent bien laisser voir. Il n'est donc pas aisé pour les professionnels d'évaluer leurs capacités à soutenir le développement physique, affectif, intellectuel et social de leur enfant et de faire la part entre des inquiétudes légitimes, une situation de risque ou un danger avéré. Le risque est alors celui de tomber dans l'excès soit par des signalements systématiques ou des banalisations défensives.

L'objectif de ces évaluations est l'intérêt supérieur de l'enfant, dimension qui n'est pas sans poser question aux soignants par exemple quand des femmes allaitant leurs bébés reviennent de Syrie et que ces tout-petits se retrouvent brutalement séparés de leur mère puisque ces femmes sont dans un premier temps incarcérées. Pour des enfants exposés à des conflits, à des morts, majoritairement orphelins de père et ayant grandi dans un contexte de discours radicaux, les effets traumatiques risquent d'être considérables¹⁰⁸.

§ 2 : La maltraitance physique

Pour les soignants la maltraitance physique est souvent considérée comme la « plus facile » des maltraitances à repérer, car elle laisse, la plupart du temps des traces. « Il y a donc moins de risque de se tromper » comme nous l'explique ce pédiatre « même s'il faut toujours mettre les traces constatées dans le contexte ». Si les traces sont évocatrices c'est bien souvent

¹⁰⁷ MOUCHENICK Y., Engagements adolescents. Numéro Identités meurtries, affiliations meurtrières. *Soins*, 2016 ; 302 : 11

¹⁰⁸ Aucune publication française n'a encore été éditée, mais une recherche est réalisée par l'équipe du Pr Th BAUBET (CHU Avicennes, Bobigny, 93) psychiatre responsable de l'accueil des enfants revenant de Syrie.

parce que les explications données par les proches ne tiennent pas comme ces parents expliquant que leur bébé d'un mois « est tombé tout seul » alors qu'à cet âge-là un bébé bouge très peu, ou « que ses fractures sont dues au fait que son frère c'est assis sur lui », ou ce conjoint d'une personne âgée alitée qui justifie tous ses hématomes par le fait « qu'elle a une peau de vieille qui marque pour un rien ». Dans d'autres cas, les traces sont bien présentes et les professionnels pensent à une maltraitance physique, mais c'est la victime qui donne une version qui sème le doute du côté des professionnels, mais qui vise à protéger les auteurs, le plus souvent les parents ou le conjoint. Pour exemple cette dame âgée qui tente de rassurer son médecin suite à tous les fractures et hématomes constatés en disant qu'elle « tombe toute seule », car elle « perd l'équilibre » ou ce petit garçon de cinq ans qui, en 2009, s'était accusé d'avoir poignardé sa sœur de dix ans alors que l'analyse médicale par le chirurgien lors de l'opération qui sauvera la fillette attestera que la violence du coup donné ne pouvait l'avoir été que par un adulte et la mère finira par reconnaître sa responsabilité. Tout comme pour les maltraitances psychologiques, il sera ici abordé la notion de maltraitance physique en général, les maltraitances physiques spécifiques telles que le syndrome du bébé secoué, le syndrome de Silverman et le syndrome de Münchhausen par procuration.

A - Les manifestations des maltraitances physiques en général

La maltraitance physique correspond à tout acte dirigé sur ou contre le corps de l'enfant comme des coups, brûlures, secouements, etc. Elle se caractérise par l'intention de l'auteur d'infliger une violence pour se faire obéir, sanctionner, maîtriser, obtenir le contrôle de l'enfant. L'auteur est incapable d'établir des relations avec l'enfant en dehors d'un recours systématique à la violence physique, dès qu'il se sent en difficultés avec cet enfant. C'est une violence qui laisse habituellement des traces et qui est de ce fait plus facilement repérable et plus facile à identifier et à dénoncer sauf que lorsque la victime (enfant, personne âgée vulnérable) est en capacité de parler, elle a le plus souvent tendance à ne pas donner la bonne version des faits pour protéger l'auteur¹⁰⁹. Les signes d'alerte sont les lésions cutanées (ecchymoses, hématomes en dehors des zones du corps exposées habituellement aux blessures par chute) ; les plaies (griffures, morsures, lacérations, plaies par instruments piquants ou tranchants) ; les brûlures (causées par des négligences graves comme l'immersion dans un bain

¹⁰⁹ En raison de la honte, de la peur de représailles, de la crainte de ne pas être entendus et bien souvent parce que l'examen médical se déroule en présence de l'auteur.

brûlant ou intentionnellement par application d'objets brûlants comme des cigarettes, un fer à repasser, etc.) ; les fractures (difficiles à repérer chez le nourrisson et le très jeune enfant) ; le syndrome de Silverman, ou syndrome des enfants battus (multiples lésions de formes diverses, de topographie insolite et de fractures d'âge différent) ; l'hématome sous-dural (surtout observé chez les nourrissons et correspond à des secouements violents ou des coups directs sur la tête) ; des lésions viscérales (lésions du foie, de la rate, du rein, du rectum) ou lésions thoraciques (hémithorax ou pneumothorax consécutifs à des fractures de côtes).

B - Les maltraitances physiques spécifiques

Certaines maltraitances physiques sont particulières et nécessitent des connaissances spécifiques comme le syndrome du bébé secoué, le syndrome de Silverman ou le syndrome de Münchhausen par procuration.

1° - Le Syndrome du bébé secoué

Le syndrome du bébé secoué (SBS) est une maltraitance physique spécifique qui survient le plus souvent dans des familles de catégories supérieures moyennes, voire élevées¹¹⁰ et est lié au secouement du bébé par un adulte, le plus souvent de son entourage. Il s'agit d'une violence intentionnelle qui du fait de la fragilité du cerveau du bébé qui n'adhère pas encore à la boîte crânienne ce qui peut conduire à des lésions cérébrales multiples, des hémorragies rétiniennes y sont souvent associées (65 à 95 % des cas) ainsi que des blessures multiples telles que des fractures. Les hémorragies sous-durales ou sous-arachnoïdiennes peuvent conduire à des séquelles dramatiques voire à la mort du bébé. Les symptômes surviennent toujours après le secouement (certaines fois plusieurs heures) et leur expressivité peut s'inscrire dans le temps, en particulier pour les troubles post-traumatiques qui peuvent être envahissants même des années après les faits. Cette violence étant agi par un adulte censé prendre soin de l'enfant (parent, nourrice), elle est difficilement acceptable psychologiquement par les professionnels qui dénie bien souvent les premiers troubles (vomissements, malaise, troubles de la vigilance, irritabilité subite et troubles du sommeil associés), banalisent les séquelles quand elles ne sont pas dramatiques et ont tendance à ne pas les signaler aux autorités dès que les parents sont

¹¹⁰ TURSZ A, GERBOUIN-REROLLE P., ROMANO H., *Études auprès des parquets. Quelles données recueillir pour améliorer les pratiques professionnelles face aux morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an*, INSERM, 2005. [Consulté le 27 mai 2019]. <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570632/document>

diplômés (en raison de mécanisme de défense de type identification projective). Du côté des magistrats, lorsqu'il y a plainte, les poursuites restent très minimales par rapport à la gravité des faits¹¹¹ et quand le bébé survit il n'est pas rare qu'un juge redonne rapidement à l'auteur ses droits (agrément si c'est une nourrice, droits de garde si c'est un parent). Pourtant le taux de récurrence est élevé puisque la HAS considère que 50 % des bébés secoués le sont de 2 à 30 fois avant d'être protégés...ou de mourir. Il est ici important de rappeler que tous les bébés secoués ne finissent pas hospitalisés et que certains enfants ne bénéficient d'aucun soin. Leurs troubles apparaissent bien plus tard à travers des retards dans les acquisitions, des problèmes visuels et/ou des troubles du comportement. Les soignants doivent alors penser que cet enfant a peut-être subi bébé, des secouements et effectuer les examens nécessaires (analyse ophtalmologique, IRM).

2° - Le syndrome de Silverman

Le syndrome de Silverman a été décrit en 1953 par le radiologue et pédiatre américain Frederic Silverman¹¹² qui constatait des traits de fractures anciens lors de radios d'enfant, ces fractures n'ont pas été soignées et des lésions apparaissent lors de la reconstitution osseuse. Les signes cliniques visibles peuvent être des hématomes ou des lésions multiples et c'est un examen radiologique qui permet d'affirmer ce syndrome avec l'existence de fractures d'âge différent. D'autres signes de violences sont souvent associés comme des alopecies (cheveux arrachés); des cassures staturo-pondérales, des malnutritions, des déchirures de la gencive (liées à l'introduction forcée de biberon ou d'autres objets, voire de sexe). Ces enfants subissent souvent bien d'autres carences dans les soins, un manque de stimulation et d'affection conduisant à des troubles d'attachement fréquent. Il est fréquent que les parents mis en cause fassent valoir des problèmes génétiques expliquant une fragilité osseuse, mais des analyses génétiques permettent très vite de savoir ce qu'il en est. Les familles issues de milieux dits défavorisés sont le plus souvent considérées comme à risque, mais ce syndrome existe également dans les milieux aisés, sauf que les professionnels vont ici davantage croire aux explications parentales sur des accidents à répétitions.

¹¹¹ TURSZ A., *Définitions et approche épidémiologique de la fréquence de la maltraitance en France*, In C. REY-SALMON (dir.). *Maltraitance chez l'enfant*, Paris, Lavoisier éditeurs, 2013. p 4-9.

¹¹² KEMPE CH, SILVERMAN FN, STEELE B, DROEGEMUELLER W, SILVER H. The battered child syndrome. *JAMA*. 1962, 181(1), p. 17-24.

3° - Le syndrome de Münchhausen par procuration

Le syndrome de Münchhausen par procuration (SMP décrit par Meadow en 1977) correspond aux situations où la victime (le plus souvent un enfant) est la victime d'une maladie inventée ou induite par un parent. La mère est le plus souvent directement en cause et le père adopte un comportement de complicité passive. Aucun article n'existe sur le SMP concernant les personnes âgées vulnérables, mais les écrits sont exclusivement au sujet des mineurs ; pourtant il est régulièrement constaté aux urgences la présence de personnes âgées prises en charge dans des contextes de confusion majeure et pour lesquelles une prise de sang révèle des prises excessives de psychotropes donnés vraisemblablement par les proches. Les éléments connus concernent donc les mineurs avec pour liens communs des parents qui ont souvent une bonne connaissance médicale du fait de leur profession ou des lectures très spécialisées qu'ils font. L'enfant multiplie les prises en charge médicales pour une pathologie qui n'existe pas. Le parent maltraitant peut introduire un produit pour simuler une pathologie (hypernatrémie par ingestion massive de sel ; injection sous-cutanée d'insuline pour déclencher des malaises hypoglycémiques, addition d'eau dans les selles pour simuler une diarrhée...) La seule façon de poser le diagnostic est souvent d'hospitaliser la victime pour réaliser les examens paracliniques sous contrôle strict, hors la présence des parents. La séparation de la personne maltraitante (via le plus souvent par une hospitalisation) conduit alors à la disparition des symptômes. Mais ce type de maltraitance met particulièrement à mal les soignants, car elle est surtout causée par des parents eux-mêmes soignants et les identifications projectives sont fortes.

Si les violences physiques laissent des traces et peuvent apparaître comme « plus simples » à signaler, la pratique de terrain permet de constater que cette simplicité n'est qu'apparente. Nous citerons pour l'illustrer ce témoignage d'un médecin généraliste : « quand je me retrouve face à un petit qui ne parle pas ou très mal ou face à une personne âgée qui a des hématomes plein le corps et qui est incapable de m'expliquer comment elle a pu se les faire. il est très compliqué de savoir s'il s'agit d'un accident ou de traces liées à des actes intentionnels. Si le parent me dit que son enfant ou son vieux conjoint est tombé, je n'ai pas de raison de ne pas le croire. Et c'est là que cela devient très difficile, car les traces peuvent être liées à un accident comme une chute et non à des coups volontaires. Vous imaginez s'il fallait signaler toutes les personnes qui ont des hématomes, car elles sont tombées ? »

Comme les victimes ne se plaignent que rarement directement les professionnels de santé reposent le plus souvent leur diagnostic sur les dires des proches et ils peuvent se faire abuser. Et dans les situations où l'enfant ou la personne âgée est placé en institution, la

révélation des violences devient encore plus complexe, car elle implique le plus souvent des auteurs qui sont des professionnels. Certains reconnaissent des actes « maladroits », mais la majorité justifie les violences en raison de la pathologie de l'enfant ou de la personne âgée. Mais les magistrats poursuivent plus fréquemment les (rares) agents qui sont dénoncés par exemple cet arrêt de mars 2015 de la Cour d'appel d'Angers : « Le licenciement de M X... était justifié compte tenu des fautes avérées qui lui étaient reprochées caractérisées par une maltraitance active et un défaut de soins des personnes prises en charge dans l'établissement qui doivent être considérés comme particulièrement graves pour un membre du personnel s'occupant de personnes âgées et atteintes de la maladie d'Alzheimer »¹¹³.

Au sein des familles, les violences sont, comme pour les mineurs, le plus souvent perpétrées par des parents ou des personnes chargées de la prise en charge (nourrice, aide à domicile). Il y a là, socialement, une incompréhension majeure qui peut permettre de comprendre le déni à l'œuvre quand il s'agit aux professionnels de signaler, car la famille reste, pour la plupart des personnes, un espace de sécurité surtout quand ses membres sont en état de faiblesse.

Au niveau judiciaire, les mineurs sont protégés par différents textes en sachant que lorsque les actes sont commis sur un mineur de quinze ans ; qu'elles sont réalisées par des personnes faisant autorité (ascendant légitime ou adoptif, tout adulte faisant autorité sur les mineurs) ; quand ils sont agis de façon répétitive ; quand il y a menace et usage d'une arme, il s'agit de circonstances aggravantes et les peines sont normalement plus sévères. Le texte principal est l'article 222-14 de la loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010-art. 25 : « Les violences habituelles sur un mineur de quinze ans ou sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de leur auteur sont punies :

- 1° de trente ans de réclusion criminelle lorsqu'elles ont entraîné la mort de la victime ;
- 2° de vingt ans de réclusion criminelle lorsqu'elles ont entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ;
- 3° de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende lorsqu'elles ont entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours ;
- 4° de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende lorsqu'elles n'ont pas entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours.

¹¹³ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000030451401>

Les peines prévues par le présent article sont également applicables aux violences habituelles commises par le conjoint ou le concubin de la victime ou par le partenaire lié à celle-ci par un pacte civil de solidarité. »

Pour les personnes âgées, ce sont les textes relatifs aux adultes qui s'appliquent et nous pouvons citer en particulier la loi n°2010-769 du 3 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. Selon que le magistrat évalue les coups et blessures comme volontaires ou involontaires ; selon que les conséquences soient légères ou à l'origine d'une incapacité voire ayant entraîné la mort, les sanctions varient. Là aussi le fait que les violences soient exercées sur une personne vulnérable est un facteur d'aggravation des peines encourues par le(s) mis en cause.

§ 3 : Les violences sexuelles

Les violences sexuelles ont deux particularités qui rendent particulièrement complexes leur signalement. La première est liée au fait que nombre d'entre elles ne font pas de trace (ou que les traces ont disparu lors de la révélation), ce qui fait que le signalement repose dans ces cas-là essentiellement sur la parole de la victime et les troubles éventuellement constatés ainsi que ceux rapportés, mais sans traces physiques qui permettraient d'assurer une réalité des faits. La seconde est que cette maltraitance renvoie le professionnel à des questions très intimes et à leur rapport personnel à la sexualité à l'éducation sexuelle, à la transmission des interdits, au sens de la loi. Et les biais subjectifs sont ici aussi majeurs et ne facilitent pas les signalements. Pour exemple être face à un mineur ou une personne âgée qui révèle être prostitué(e) par ses proches ou un enfant décrivant les actes des zoophilias qu'il subit de son parent confronté à des faits encore plus indicibles que pour les maltraitements physiques ou psychologiques. Cette infirmière travaillant dans une Unité Médico-judiciaire, décrit bien « le dégoût que l'on ressent lors de certains témoignages de victimes. Au lieu d'être empathique, on a des réactions de répulsion et cela m'est même arrivé de vomir. C'est très différent des violences psychologiques ou physiques. Dans ces cas-là on a l'idée d'un corps abîmé, cassé, fracturé, alors que les violences sexuelles nous renvoient à quelque chose qui est de l'ordre de la souillure, de la saleté, du dégoût. La victime n'y est pour rien bien sûr, mais c'est plus fort que nous. Cela nous dérange encore plus. Et quand il y a deux examens à faire en même temps, on a toujours tendance à vouloir s'occuper de la victime de coups plutôt que de la victime de violences sexuelles. » Connaître

les manifestations des maltraitements sexuels en générales est donc primordial pour permettre aux professionnels d'anticiper sur ce qu'ils peuvent être amenés à constater ou à entendre. Sachant que ce travail analyse les attitudes des soignants face au signalement des maltraitements il est proposé d'envisager les maltraitements sexuels en général puis en se centrant sur la dimension corporelle, ce qui conduit à différencier les infractions sexuelles corporelles et non corporelles, chacune renvoyant à des articles du Code pénal spécifiques.

A - Les manifestations des maltraitements sexuels en général

Tout comme les autres types de maltraitements, les violences sexuelles correspondent à des actes très variables regroupent des situations et des actes de toutes sortes plus ou moins facilement repérables, visibles ou invisibles selon qu'elles touchent ou non le corps, qu'elles le pénètrent, l'agressent et/ou le blessent. Il est d'autant plus difficile à définir du fait même qu'il touche au sexuel et pose la question des limites qui fait qu'un geste normal d'affection peut basculer vers un acte abusif. Selon une étude du *Lancet*¹¹⁴, 10 % des enfants vivant dans les pays « à haut niveau de revenus », comme la France, seraient victimes de maltraitance et 4 à 16 % des mineurs seraient victimes de violence physique, 1 sur 10 de négligence ou de violence psychologique. Pour l'OMS pour la zone Europe 55 % des viols et 63 % des agressions sexuelles concernent des mineurs et les prévalences de maltraitance infantile sont les suivantes : maltraitance sexuelle : 13,4 % pour les filles, et 5,7 % pour les garçons ; maltraitance physique : 22,9 % pour les filles et les garçons ; maltraitance psychologique : 29,1 %.¹¹⁵

La conférence de consensus de 2003 avait retenu le terme peu consensuel « d'abus sexuels » avec la notion de l'existence d'une différence d'âge significative, entre la victime et l'abuseur, fixée à cinq ans ; mais nombre de professionnels travaillant en particulier auprès d'enfants victimes de violences sexuelles sont confrontés à des situations de réelles agressions où la différence d'âge est certaines fois inférieure à cinq ans, voire inexistante. Cet écart d'âge n'est donc plus, dans la pratique, retenu pour envisager l'existence de violences sexuelles entre mineurs.

¹¹⁴ GILBERT R, et al., Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 2009, 373, (9657) :68-81.

¹¹⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION, D. SETHI, et al., *European report on preventing child maltreatment*. Copenhagen : WHO, 2013.

Au niveau psychopathologique, les violences sexuelles sont une situation de dysfonctionnements caractérisée par le fait que la victime est soumise à une stimulation sexuelle inappropriée à son âge et à son niveau de développement psychosexuel. Il y a donc un usage délinquant de la sexualité par la transgression des normes sociales impliquant l'intimité, l'intégrité corporelle et l'atteinte au droit de propriété de toute personne sur son corps. S'y ajoute la notion d'abus de pouvoir ou/et de confiance entre un adulte (ou un mineur abusant de son autorité), et une personne vulnérable et limitée dans ses capacités de discernement (du fait de son jeune âge si c'est un mineur ou de la perte de ses capacités intellectuelles si c'est une personne âgée). Quand la victime est mineure, l'enfant n'est pas toujours en mesure de comprendre le vrai sens de ce qu'il subit et cet abus de pouvoir limite l'autonomie de ses réponses et sa capacité à se protéger et à se défendre. Quand elle est âgée, le déni sociétal est encore plus fort et elle peut se trouver dans la même difficulté surtout si ses capacités physiques et cognitives sont altérées (exemple de patients atteints de la maladie d'Alzheimer) et que le respect de son autonomie se résume à un principe non appliqué.

B - Les différents types de maltraitances sexuelles

Au niveau judiciaire, le Code pénal ne définit pas « l'abus sexuel », mais distingue différents types de violences sexuelles en fonction du type d'actes et du contexte. Ces textes sont applicables aux mineurs et aux personnes âgées vulnérables, en rappelant que leur statut conduit à des circonstances aggravantes pour les peines encourues par les auteurs. Comme explicité en introduction de cette section consacrée aux violences sexuelles, il a été décidé de présenter les maltraitances sexuelles à travers le prisme soignant qui est celui du rapport au corps. L'objectif étant de présenter les infractions sexuelles corporelles, les infractions sexuelles non-corporelles puis les infractions sexuelles qui ne concernent que les mineurs.

1° - Les infractions sexuelles corporelles

Les infractions sexuelles corporelles supposent de pouvoir rapporter la preuve de l'accomplissement d'un acte sexuel, du défaut de consentement de la victime et l'élément intentionnel, à savoir la volonté de l'auteur de commettre l'infraction dans les circonstances prohibées par la loi. Ces infractions sont loin d'être homogènes en raison du profil des auteurs (adulte ou mineur auteur, connu ou non de l'enfant, parent ou étranger, récidiviste ou non...); du type de contexte (un ou plusieurs enfants agressés, âge de l'enfant, type d'agression, délais entre la révélation et les faits, milieu social) et des conséquences complexes qui en résultent

(psychotraumatiques, somatiques, sociales, familiales, scolaires). Il peut s'agir de viol, d'agression sexuelle, d'atteinte sexuelle, de mutilation sexuelle.

a – Le viol

Le viol est un crime qui relève de la Cour d'assises. C'est l'agression pénalement la plus grave qui consistait jusqu'en 2018 en « tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte ou surprise » (art.222-23 du Code pénal). La peine encourue est de 15 ans d'emprisonnement. Elle est de 20 ans d'emprisonnement si le viol est commis avec une ou plusieurs circonstances aggravantes, notamment s'il est commis sur un mineur de moins de 15 ans, sur une personne vulnérable, par une personne faisant autorité, par un conjoint (pour les adultes), avec menaces ou utilisation de produits altérant le discernement (alcool, drogue), en présence d'un mineur qui se retrouve témoin, par une personne qui se livre via cette activité à la prostitution de la victime. Pour que le magistrat puisse qualifier les faits d'agression ou de viol, il devait donc pouvoir démontrer les éléments constitutifs de l'infraction que sont la violence, la contrainte, la menace et la surprise, ce qui n'était pas sans poser de multiples difficultés et qui conduisaient à de nombreux classements de plaintes. Comme précédemment rappelé la loi du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes modifie cette définition et élargit la définition du viol en prévoyant que le viol correspond à « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol »

b – Les agressions sexuelles autres que le viol

Les agressions sexuelles autres que le viol (articles 222-27 à 222-30 du Code pénal). Les agressions sexuelles autres que le viol sont des délits définis comme « un acte à caractère sexuel sans pénétration commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise ». Il peut s'agir par exemple de caresses ou d'attouchements de nature sexuelle. La peine encourue est de 5 ans et de 75 000 € d'amende (art. 222-27 du Code pénal). Elle est augmentée jusqu'à 7 ou 10 ans lorsque l'agression est commise avec une ou plusieurs circonstances aggravantes.

Depuis la loi du 5 août 2013, constitue également une agression sexuelle « le fait de contraindre une personne par la violence, la menace ou la surprise à se livrer à des activités sexuelles avec un tiers. Ces faits sont punis des peines prévues aux articles 222-23 à 222-

30 selon la nature de l'atteinte subie et selon les circonstances mentionnées à ces mêmes articles. La tentative du délit prévu au présent article est punie des mêmes peines. »

L'excision et les mutilations sexuelles

L'excision et les mutilations sexuelles portent atteinte aux principes fondamentaux fixés dans l'article 16 du Code civil qui dispose que « la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie » ; de l'article 16-1 du Code civil précise quant à lui que « chacun a le droit au respect de son corps » qui est « inviolable » ; et de l'article 16-3 du Code civil dispose qu' « il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui ». Et au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, ces mutilations sont constitutives d'une torture ». Elles concernent essentiellement des mineurs, mais de plus en plus de jeunes femmes de plus de 18 ans en seraient aussi victimes¹¹⁶.

Depuis l'arrêt du 20 août 1983 de la chambre criminelle de la Cour de cassation, l'excision est reconnue comme un acte criminel ; la Cour ayant estimé que l'ablation du clitoris était bien une mutilation au sens du Code pénal français. Si aucune disposition spécifique ne condamne ni ne sanctionne l'excision, cette pratique s'inscrit dans le cadre des articles relatifs aux violences volontaires. Elles ne sont pas considérées par le Code pénal français comme des tortures qui suppose selon l'article 222-1 du Code pénal la volonté de faire souffrir alors que les parents qui font pratiquer une excision sur leur fille expliquent avant tout vouloir transmettre une pratique culturelle, sans intention de faire souffrir leur enfant. Mais les magistrats pourraient aussi considérer ces violences comme des actes indissociables de souffrances majeures et sources de complications pouvant conduire au décès de l'enfant.

Les excisions sont donc généralement considérées comme des violences ayant entraîné des mutilations volontaires, intentionnelles et définitives. Les peines prévues pour l'auteur d'une mutilation et pour le (les) responsable(s) de l'enfant mutilée sont définies par différents textes qu'il est ici important de rappeler, car ces violences sont trop souvent méconnues des soignants :

L'article 222-10 du Code pénal, prévoit que ces violences ayant entraîné une mutilation sont aggravées lorsqu'elles sont commises sur un mineur de 15 ans. Lorsque les violences ont

¹¹⁶ <https://www.excisionparlonsen.org/comprendre-lexcision/quest-ce-que-lexcision/combien-de-filles-et-de-femmes-sont-concernees/>

entraîné une mutilation ou une infirmité permanente, les peines normalement encourues sont de dix ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende (art. 222-9 C. pén.). Lorsqu'elles sont commises contre des mineurs de quinze ans, la peine est aggravée à quinze ans de réclusion criminelle et vingt ans quand ces violences concernent un mineur de quinze ans et sont le fait d'un ascendant ou d'une personne ayant autorité sur ce mineur (art. 222-10 C. pén.).

L'article 222-9 du Code pénal fixe comme des violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende. L'article 222-10 du Code pénal aggrave la peine à 15 ans de réclusion criminelle si la mutilation est commise sur un mineur de moins de 15 ans. Le même article prévoit que la peine encourue est portée à 20 ans de réclusion criminelle lorsque l'infraction est commise sur un mineur de 15 ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur.

L'article 222-7 du Code pénal concerne des violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner, elles sont punies de 15 ans de réclusion criminelle. L'article 222-8 du Code pénal aggrave la peine à 20 ans de réclusion criminelle lorsqu'elle concerne un mineur de 15 ans. Le même article impose une peine de 30 ans de réclusion criminelle si elle est commise par un ascendant ou toute personne ayant autorité sur ce mineur.

L'article 222-1 du Code pénal recouvre les actes liés à la torture ou des actes de barbarie qui sont punis de 15 ans de réclusion criminelle. L'article 222-3 prévoit une peine de 20 ans de réclusion criminelle s'ils sont commis sur un mineur de 15 ans. La peine encourue est portée à 30 ans de réclusion criminelle par le même article lorsque l'infraction est commise sur un mineur de 15 ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur. L'auteur de tentative de ces crimes est normalement sanctionné de la même peine que l'auteur de l'infraction.

La loi du 5 août 2013 a introduit deux nouveaux délits par l'article 227-24-1 du Code pénal punis de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende « le fait de faire à un mineur des offres ou des promesses ou de lui proposer des dons, présents ou avantages quelconques, ou d'user contre lui de pressions ou de contraintes de toute nature, afin qu'il se soumette à une mutilation sexuelle est puni, lorsque cette mutilation n'a pas été réalisée. » Et « le fait d'inciter directement autrui, par l'un des moyens énoncés au premier alinéa, à commettre une mutilation sexuelle sur la personne d'un mineur, lorsque cette mutilation n'a pas été réalisée. » Ces délits relèvent de la compétence du Tribunal correctionnel.

Les parents qui mettent en avant cette pratique comme un signe d'appartenance culturelle¹¹⁷ relevant de leur autorité peuvent se trouver dessaisis de leur autorité parentale, car la décision de pratiquer une excision ne fait pas partie des prérogatives d'autorité parentale. Le juge des enfants peut être saisi par le mineur, un de ses parents, un service gardien ou le Ministère public. L'article 16-1 du Code civil précise que « chacun a le droit au respect de son corps » qui est « inviolable » et qu' « il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui » (art. 16-3 du Code civil. Le magistrat peut donc prescrire toutes mesures propres à empêcher ou faire cesser une atteinte illicite au corps humain (cf. article 16-2 du Code civil) en rendant une ordonnance de protection « si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger (...) » (art. 375 du Code civil.

Le juge des enfants peut intervenir « si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger (...) » (art. 375 du Code civil) et prendre les mesures nécessaires pour protéger l'enfant (dont son placement et très souvent celle de sa fratrie).

Le juge des affaires familiales peut aussi être saisi en cas d'excision ou de menace d'une excision pour une mineure. Celui-ci peut suspendre un parent de son droit de visite pour le soustraire à son autorité et préserver l'équilibre de l'enfant. Le juge peut aussi selon l'article 378-1 du Code civil retirer totalement l'autorité parentale si les parents, par des mauvais traitements, défaut de soin ou par manque de direction, compromettent la santé, la sécurité ou la moralité de leur enfant.

Enfin l'excision peut entraîner une condamnation à des dommages-intérêts pour réparation du préjudice subi par la mineure excisée (art. 1240 du Code civil).

En France, la loi protège tous les enfants qui vivent sur son territoire, quelle que soit leur nationalité ou leur origine et la loi du 4 avril 2006 bien préciser leur protection (art. 222-16-2) pour les mineures de nationalité étrangère résidant habituellement en France et qui sont victimes à l'étranger de mutilations sexuelles. Dans ce cas, il s'agit d'une exception à l'article 113-8 du Code pénal : une plainte de la victime, une dénonciation officielle par l'autorité du pays où les faits ont été commis, ou une plainte par les parents ne sont pas requises pour qu'une

¹¹⁷ Avec des avocats de parents mis en cause qui se réfèrent généralement à l'article 30 de la Convention Internationale des Droits de l'enfant qui stipule que « Dans les États où il existe des minorités ethniques, religieuses ou linguistiques ou des personnes d'origine autochtone, un enfant autochtone ou appartenant à une de ces minorités ne peut être privé du droit d'avoir sa propre vie culturelle, de professer et de pratiquer sa propre religion ou d'employer sa propre langue en commun avec les autres membres de son groupe.

poursuite soit exercée par le Ministère public. Les complices encourent la même peine que l'auteur de l'infraction (art.121-6) et si les parents ont fait partir leur fille à l'étranger pour être excisée, ils sont considérés comme complices (art.113-5 du Code pénal).

Pour les parents qui tenteraient de réaliser une excision lors de séjours à l'étranger, la loi française s'applique aussi (comme pour tout complice¹¹⁸ selon l'article 121-7 du Code pénal), selon le principe « d'extraterritorialité », la loi française est en effet applicable à toute personne (majeure) vivant sur le territoire national, mais également à l'étranger. Dans ce cas, l'auteur du crime, qu'il soit français ou étranger, pourra être poursuivi en France, à condition que la victime soit de nationalité française (art. 113-7 du Code pénal) ou, si elle est étrangère, qu'elle réside habituellement en France (art. 222-16-2 du Code pénal).

Depuis la loi n° 2013-711 du 5 août 2013¹¹⁹ portant diverses dispositions d'adaptation dans le domaine de la justice en application du droit de l'Union européenne et des engagements internationaux de la France, la seule tentative d'avoir essayé de faire pratiquer une excision suffit à poursuivre les parents. L'article 227-24-2 prévoit que « Le fait de faire à un mineur des offres ou des promesses ou de lui proposer des dons, présents ou avantages quelconques, ou d'user contre lui de pressions ou de contraintes de toute nature, afin qu'il se soumette à une mutilation sexuelle est puni, lorsque cette mutilation n'a pas été réalisée, de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende. Est puni des mêmes peines le fait d'inciter directement autrui, par l'un des moyens énoncés au premier alinéa, à commettre une mutilation sexuelle sur la personne d'un mineur, lorsque cette mutilation n'a pas été réalisée. » La doctrine est désormais de sanctionner l'excision, mais aussi le fait de l'inciter de façon plus ou moins directe (promesses, chantages, offres financières...), mais les peines restent inférieures au cas où l'excision a été réalisée. Ce texte complète le droit positif en créant des infractions formelles caractérisées en l'absence de résultat dommageable au sens du droit. De telles incriminations permettent de développer des dispositifs de prévention et d'essayer d'empêcher la commission de l'excision. Mais il reste un point fondamental que le législateur n'a pas pu régler, celui de la preuve et de la détermination des personnes impliquées ; ces violences étant commises au sein

¹¹⁸ Arrêt de la Cour de cassation du 29 septembre 1993 : Attendu que Teneng Fofana épouse Jahate a été renvoyée devant la cour d'assises puis condamnée pour complicité de violences volontaires à enfants de moins de quinze ans ayant entraîné une mutilation, crime prévu et puni par les articles 59, 60, 312 alinéa 1-3 du Code pénal. Attendu qu'en cet état, c'est à bon droit que la cour d'assises a déclaré recevables et bien fondées les constitutions de parties civiles des associations "Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles" et "SOS femmes alternative" dès lors qu'elle a constaté que leur action entrait dans les prévisions de l'article 2-3 du Code de procédure pénale, lequel n'exige pas l'accord de la victime ou de son représentant légal ; REJETTE le pourvoi.

¹¹⁹ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027805521&categorieLien=id>

de la famille et d'une communauté restent le plus souvent soumises au secret et il peut être impossible pour des enquêteurs de savoir qui sont les vrais responsables de ces agissements.

Pour les parents qui, au contraire, tentent de protéger leur enfant d'une excision programmée en fuyant leur pays, la loi n° 2015-925 du 29 juillet 2015 relative au droit d'asile, améliore leur situation en leur facilitant l'obtention d'une carte de résident¹²⁰ (art. L. 314-11).

Les conséquences de ces mutilations sexuelles sont innombrables au niveau somatique (douleurs et troubles fonctionnels), mais aussi psychique avec des souffrances dans la vie

¹²⁰ Sauf si la présence de l'étranger constitue une menace pour l'ordre public, la carte de résident est délivrée de plein droit, sous réserve de la régularité du séjour :

2° A l'enfant étranger d'un ressortissant de nationalité française si cet enfant est âgé de dix-huit à vingt et un ans ou dans les conditions prévues à l'article L. 311-3 ou s'il est à la charge de ses parents ainsi qu'aux ascendants d'un tel ressortissant et de son conjoint qui sont à sa charge, sous réserve qu'ils produisent un visa pour un séjour d'une durée supérieure à trois mois ;

3° A l'étranger titulaire d'une rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle versée par un organisme français et dont le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 20 % ainsi qu'aux ayants droit d'un étranger, bénéficiaires d'une rente de décès pour accident de travail ou maladie professionnelle versée par un organisme français ;

4° A l'étranger ayant servi dans une unité combattante de l'armée française ;

5° A l'étranger ayant effectivement combattu dans les rangs des forces françaises de l'intérieur, titulaire du certificat de démobilisation délivré par la commission d'incorporation de ces formations dans l'armée régulière ou qui, quelle que soit la durée de son service dans ces mêmes formations, a été blessé en combattant l'ennemi ;

6° A l'étranger qui a servi en France dans une unité combattante d'une armée alliée ou qui, résidant antérieurement sur le territoire de la République, a également combattu dans les rangs d'une armée alliée ;

7° A l'étranger servant ou ayant servi dans la Légion étrangère, comptant au moins trois ans de services dans l'armée française et titulaire du certificat de bonne conduite, sans que soit applicable la condition de régularité du séjour ;

8° A l'étranger reconnu réfugié en application du livre VII ainsi qu'à :

a) Son conjoint, son partenaire avec lequel il est lié par une union civile ou son concubin, s'il a été autorisé à séjourner en France au titre de la réunification familiale dans les conditions prévues à l'article L. 752-1 ;

b) Son conjoint ou son partenaire avec lequel il est lié par une union civile, âgé d'au moins dix-huit ans, si le mariage ou l'union civile est postérieur à la date d'introduction de sa demande d'asile, à condition que le mariage ou l'union civile ait été célébré depuis au moins un an et sous réserve d'une communauté de vie effective entre époux ou partenaires ;

c) Ses enfants dans l'année qui suit leur dix-huitième anniversaire ou entrant dans les prévisions de l'article L. 311-3 ;

) Ses ascendants directs au premier degré si l'étranger qui a obtenu le bénéfice de la protection est un mineur non marié.

Le délai pour la délivrance de la carte de résident après la décision de reconnaissance de la qualité de réfugié par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides ou la Cour nationale du droit d'asile est fixé par décret en Conseil d'Etat ;

La condition de régularité du séjour mentionnée au premier alinéa du présent article n'est pas applicable aux cas prévus aux b et d.

9° A l'étranger titulaire de la carte de séjour pluriannuelle prévue à l'article L. 313-26 et justifiant de quatre années de résidence régulière en France ;

10° A l'étranger qui remplit les conditions prévues au second alinéa de l'article L. 316-1 ;

11° A l'étranger titulaire d'une carte de séjour portant la mention " retraité " qui justifie de sa volonté de s'établir en France et d'y résider à titre principal ;

12° A l'étranger titulaire de la carte de séjour pluriannuelle prévue à l'article L. 313-25 et justifiant de quatre années de résidence régulière en France.

L'enfant visé aux 2°, 8° et 9° du présent article s'entend de l'enfant ayant une filiation légalement établie, y compris l'enfant adopté, en vertu d'une décision d'adoption, sous réserve de la vérification par le ministère public de la régularité de cette décision lorsqu'elle a été prononcée à l'étranger.

sexuelle de toutes sortes. Une étude récente menée à l'hôpital Avicennes de Bobigny (93) a constaté que 14 % des jeunes accouchées sont excisées ce qui laisse craindre une progression de cette pratique¹²¹. Face à cette évolution, le gouvernement a décidé la mise en place en juin 2019 d'un plan nation d'action contre l'excision en tentant de protéger les petites filles par des actions de prévention et des signalements dès qu'un risque de départ au pays est envisagé pour cette pratique. Le plan prévoit la mise en place d'outils de prévention et la diffusion de supports d'information pour les jeunes comme pour leurs mères elles-mêmes souvent victimes de ces mutilations. Il est prévu des « partenariats de coordination des acteurs locaux » (recteurs, procureurs de la République, préfets, associations, soignants) pour harmoniser les interventions. Au niveau sanitaire les progrès médicaux permettent des chirurgies réparatrices et devraient être proposées systématiquement aux victimes en simplifiant les démarches souvent très complexes au niveau administratif.

Les professionnels sociaux ou médico-sociaux et les enseignants expriment être souvent mal à l'aise face à ces questions qui se situent aux limites entre l'anthropologie, la médecine, l'ethnologie, ma religion et le droit. Ils doivent assistance et protection à tout enfant en danger, comme c'est le cas pour tout citoyen. Il est donc de leur compétence et de leur devoir de signaler un risque d'excision ou de mutilation sexuelle. S'ils décidaient de ne pas signaler, ils peuvent être poursuivis pour non-assistance à personne en danger et/ou non-dénonciation de crime. S'ils constatent qu'une enfant est excisée, ils doivent de la même façon en référer aux autorités. Le Code de déontologie médicale rappelle que le « médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage. » (article 43) Ce principe est aussi repris avec les mêmes termes dans l'article R4127-43 du Code de la santé publique.

Pour précision, la circoncision n'est, pour l'instant, pas assimilée à une mutilation sexuelle en France.¹²² Aucun texte de loi ne fait référence à cette pratique religieuse sauf en Alsace-Moselle où l'article 10 du décret impérial du 29 août 1862¹²³ toujours d'actualité y fait

¹²¹ Selon le bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) le nombre de femmes adultes mutilées s'élevait à 124 355 au début des années 2010, contre 62 000 au milieu des années 2000. Elles sont principalement originaires de Guinée, du Burkina Faso, du Mali et de Côte d'Ivoire.

¹²² L'unique condamnation est celle prononcée par le tribunal de Saint-Pierre a condamné le 10 juin 2014 à 1.000 € d'amende le "foundi" marron (guérisseur) qui avait pratiqué des circoncisions barbares sur quatre enfants de 1 à 7 ans en décembre 2012 les ayant conduits aux urgences dans un état critique.

¹²³ <http://www.legirel.cnrs.fr/spip.php?article438>

référence.¹²⁴ Mais les débats sont vifs en Europe entre la notion de protection des enfants et celle de liberté religieuse. Les communautés concernées dénoncent un amalgame malheureux entre circoncision et excision. Cet acte est pratiqué le plus souvent sur des mineurs, sans raison médicale ce qui pose d'inévitables questions au niveau éthique¹²⁵ et quant au consentement de l'enfant. Le Conseil de l'Europe a, en 2013 adopté la résolution 1952 invitant ses États membres à prendre toutes les mesures possibles contre « les violations de l'intégrité physique des enfants ». La résolution ne concerne que la question de la circoncision des jeunes garçons (sans précision de l'âge) pour des motifs religieux (c'est-à-dire non médical). Certains pays comme l'Islande¹²⁶ débattent sur des projets de loi visant à interdire la circoncision rituelle d'un mineur pour des raisons religieuses et en dehors de toute cause médicale. En Allemagne la circoncision sans indication médicale est considérée comme une blessure passible d'une condamnation¹²⁷. L'ablation du prépuce porte atteinte définitivement à l'intégrité physique du corps de l'enfant et n'est pas justifiée, dans les pratiques rituelles religieuses, par aucune raison médicale. Pour les partisans du maintien de cette pratique, il n'y a pas mutilation en tant que telle, car il n'y a pas « d'atteinte grave et dommageable, l'acte étant réalisé avec gestion de la douleur ». ¹²⁸ Pour les opposants c'est une violence faite à l'enfant. Compte tenu des enjeux face à une pratique largement diffusée, force est de constater que les autorités législatives et judiciaires sont réticentes à faire évoluer, en France, la loi et qu'il reste une grande tolérance face à cette pratique. Mais la législation pourrait évoluer si un enfant devenu adulte décidait de porter plainte, considérant que cet acte irréversible a porté atteinte à son intégrité et à son libre arbitre. Cet acte étant assimilé à un acte grave, il nécessite l'accord des deux parents et l'un des parents d'un enfant mineur peut porter plainte contre l'autre s'il considère que la circoncision a été effectuée contre son gré¹²⁹ avec le risque d'entraîner une suspension des droits de visites et d'hébergement¹³⁰

¹²⁴ BELLIARD E. (rapporteur général de la Section du rapport et des études), HERRY L. BENARD Y., CREPEY E. *et al.*, Réflexions sur la laïcité in Conseil d'État, *Rapport public*, Paris, La Documentation française, 2004, p. 331-332

¹²⁵ Art 16-1 du Code civil sur l'inviolabilité du corps humain.

¹²⁶ Le texte déposé par la députée Silja Dögg Gunnarsdóttir prévoit une peine maximum de six ans de prison pour quiconque causerait « des dommages au corps ou à la santé d'un enfant ou d'une femme en enlevant tout ou partie de ses organes sexuels ».

¹²⁷ GROSSHOLZ C. La circoncision infantile en cause. À propos de la décision du tribunal de Cologne du 7 mai 2012, *Revue internationale de droit pénal*, 2012, 3-4, vo. 83, p. 303-517.

¹²⁸ CASTAGNOLA C. vice-président de l'Association française d'urologie, colloque d'urologie, Paris novembre 2012.

¹²⁹ FERCOT C., Circoncision pour motifs religieux : le prépuce de la discorde, *Lettre Actualités Droits-Libertés*, CREDOF, 13 juillet 2012.

¹³⁰ Cour d'appel de Paris 1^{ère} ch., 13 janvier 2000 cité dans Laurent Delprat, *L'autorité parentale et la loi : Droits et devoirs des parents*, Levallois-Perret, Studyrama, coll. « Éclairages » (n° 907), 212 p.

2° - Les infractions sexuelles non corporelles

Les infractions sexuelles non corporelles correspondent aux faits où il n'y a pas de contact direct entre la victime et l'auteur, ce qui ne signifie pas que ces situations puissent être hautement traumatiques pour les personnes qui les subissent. Il peut s'agir d'exhibition sexuelle, de voyeurisme, de harcèlement sexuel, de cyber harcèlement sexuel ou de l'administration de substances en vue de commettre un viol ou une agression sexuelle.

a – L'exhibition sexuelle

L'exhibition sexuelle est un délit qui relève du tribunal correctionnel. Il est défini comme « tout acte de nature sexuelle imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards » (art.222-32 du Code pénal). Cette définition ne permet pas de différencier les situations d'exhibitions sexuelles comme celle d'un rapport sexuel entre adultes consentants en publics et la problématique liée aux exhibitionnistes qui est une paraphilie (déviation sexuelle). Les exhibitionnistes semblent aujourd'hui moins nombreux en raison probablement des recours fréquents à internet et aux réseaux sociaux¹³¹ qui conduisent souvent au cyberharcèlement. La majorité des exhibitionnistes sont des hommes qui privilégient les jeunes filles comme victimes potentielles en exposant leur sexe, en se masturbant, décrits comme souvent immatures, avec un manque d'habileté sociale et une sexualité inexistante ou difficile, certains présentent des problématiques plus complexes et sont plus dangereux, car ils peuvent tenter de s'en prendre à leur victime¹³². La spécificité des exhibitions est liée au fait qu'il s'agit la plupart du temps d'un flagrant délit. Cela explique sans doute les fréquentes procédures de comparution immédiate avec des peines qui sont principalement avec sursis¹³³.

b – Le voyeurisme

Le voyeurisme est un délit défini par le Code pénal comme « Le fait d'user de tout moyen afin d'apercevoir les parties intimes d'une personne que celle-ci, du fait de son habillement ou de sa présence dans un lieu clos, a caché à la vue des tiers, lorsqu'il est commis à l'insu ou sans le consentement de la personne » (art. 226-3 du Code pénal).

¹³¹ Enquête *Virage* de 2015 réalisée par le Ministère de l'Intérieur, file:///C:/Users/H%C3%A9%C3%A8ne.000/Downloads/harcèlement-sexuel%20(1).pdf

¹³² BALIER C., *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Paris, PUF, 1997.

¹³³ 67 % selon les statistiques 2018 du Ministère de la Justice.

c – Le harcèlement sexuel

Le harcèlement sexuel fait aussi partie des violences sexuelles par le « fait de harceler autrui au moyen de menaces, de contraintes ou d'ordre dans le but d'obtenir des faveurs sexuelles par une personne abusant de l'autorité que lui confère sa fonction » (art.222-33 du Code pénal) : « le fait de harceler une personne par des propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie se traduisant par une altération de sa santé physique ou mentale est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende lorsque ces faits ont causé une incapacité totale de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ont entraîné aucune incapacité de travail. » Des circonstances aggravantes sont prévues quand les faits concernent des « mineurs de quinze ans » ou « lorsqu'ils ont été commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de leur auteur ». Les faits sont alors punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

d – Le cyberharcèlement sexuel

Le cyber harcèlement sexuel est une violence sexuelle qui relève du harcèlement sexuel (art. 222-33-2-2). Il concerne toute personne, mais ce sont les mineurs qui en sont les plus victimes du fait de l'usage des écrans par les jeunes (blogs, réseaux sociaux, site de partage de photographie, forum, textos.... Il a fallu attendre la loi du 4 août 2014 pour que cette infraction soit reconnue comme un délit. Le cyber harcèlement relève de l'alinéa 4 de l'article 222-33-2-2, alinéa 4 qui précise que le harcèlement sexuel est aussi caractérisé quand les faits ont été commis « par l'utilisation d'un service de communication au public en ligne ou par le biais d'un support numérique ou électronique. »

L'administration de substances en vue de commettre un viol ou une agression sexuelle est un délit puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende. Il correspond au « fait d'administrer à une personne, à son insu, une substance de nature à altérer son discernement ou le contrôle de ses actes afin de commettre à son égard un viol ou une agression sexuelle ».

Lorsque les faits sont commis sur un mineur de quinze ans ou une personne particulièrement vulnérable, les peines sont aussi aggravées et portées à sept ans d'emprisonnement et à 100 000 € d'amende.

3° - Les infractions sexuelles qui ne concernent que les mineurs

Si toutes ces infractions concernent les mineurs et les personnes âgées vulnérables, les mineurs sont concernés par certains types de violences sexuelles spécifiques comme la corruption de mineur, la mise en péril de mineur, la prostitution infantile. Le détournement de mineur est une violence souvent associée aux infractions sexuelles qui sera également décrite même s'il peut arriver qu'il ne relève que de la violence psychologique (dans le cas d'enlèvement parental par exemple).

a – L'atteinte sexuelle

L'atteinte sexuelle est une infraction qui ne concerne que les mineurs est qui est considéré comme « hors le cas de viol ou de toute autre agression sexuelle, le fait, par un majeur, d'exercer une atteinte sexuelle sur un mineur de quinze ans est puni de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 € » (art. 227-25 du Code pénal modifié par la loi n° 2018-703 du 3 août 2018, art.2). Cette infraction permet de protéger des mineurs considérés comme particulièrement vulnérables du fait que leur consentement ne peut être assuré en raison de leur âge même si aucune contrainte, menace ou surprise ne semble avoir été exercée. Les peines sont aggravées lorsque l'auteur a autorité sur le mineur.

b - La corruption de mineurs

La corruption de mineurs dont l'ancienne appellation est l'« incitation de mineurs à la débauche ») qui s'applique à « toute action visant à favoriser matériellement ou intellectuellement la débauche d'un mineur » (article 227-22 du Code pénal). Les exemples les plus fréquents concernent la participation, même en tant que spectateur, de mineurs à des ébats sexuels entre adultes ou la remise à des mineurs de revues, voire la projection de cassettes vidéo à caractère pornographique.

c - La mise en péril des mineurs

La mise en péril des mineurs (art. 227-25 et suivants), correspond à toute diffusion d'un message violent ou pornographique qu'il soit véhiculé sur les médias traditionnels (télévision, presse écrite, radio) ou sur les réseaux de type Internet ou via les téléphones portables (cyberharcèlement¹³⁴).

¹³⁴ « Le fait de harceler une personne par des propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie se traduisant par une altération de sa santé physique ou mentale est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende lorsque ces faits ont causé une incapacité totale de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ont entraîné aucune incapacité de travail. » (art. 222-33-2-2 du Code pénal créé par la loi 2014-873 du 4 août 2014.

d - La prostitution infantile

La prostitution infantile est une réalité qui existe en France et qui n'est pas qu'un fait qui ne concernerait que des pays lointains. Selon une enquête réalisée à Paris en 2000¹³⁵, entre 3000 et 8000 mineurs seraient prostitués en France. Si la plupart semblent être des mineurs isolés issus principalement d'Europe de l'Est et d'Afrique du Nord, l'exploitation sexuelle des enfants peut aussi être le fait de leurs propres parents¹³⁶. Et il existe également à l'adolescence une forme de prostitution dite « occasionnelle », difficilement mesurable et repérable, car se pratiquant sans organisation préalable dans des situations souvent d'urgence (en échange d'un hébergement, d'un repas, de billets de transports). La loi pénale française s'applique aux infractions commises sur le territoire français, quelle que soit la nationalité de l'auteur et de la victime. L'auteur peut donc être jugé en France, même si un jugement étranger a déjà été prononcé pour cette même infraction. Pour les faits commis hors du territoire français, c'est normalement le principe de l'incompétence des juridictions françaises pour les infractions commises hors du territoire français. Mais depuis la loi du 17 juin 1998, le Ministère public peut agir sans plainte directe de la victime ou sans dénonciation officielle préalable pour certaines infractions à caractère sexuel impliquant des victimes mineures, lorsque celles-ci sont commises par une personne française ou résidant habituellement en France. Cela est censé permettre la répression du « tourisme sexuel », autrement dit le fait de se rendre à l'étranger afin d'avoir des relations sexuelles avec des mineurs dans le but de contourner la loi française, mais peu de personnes se trouvent mises en cause et condamnées¹³⁷.

¹³⁵ Exploitation sexuelle des mineurs en France. Connaître, comprendre, combattre, CPE, 2018. https://onpe.gouv.fr/system/files/base_documentaire/exploitation-sexuelle-des-mineurs-en-france-edition-2018.pdf

¹³⁶ Le proxénétisme est considéré comme une atteinte à la dignité de la personne et constitue un délit (art. 225-5 du Code pénal et loi du 13 avril 2016 renforçant la lutte contre la prostitution). Les peines sont aggravées lorsque c'est une personne faisant autorité qui est auteur.

¹³⁷ <https://www.senat.fr/lc/lc21/lc213.html>

e – Le détournement de mineur

Le détournement de mineurs (art. 227-8 du Code pénal¹³⁸) est souvent associé à des violences sexuelles, même s'il peut aussi exister en contexte de travail forcé, d'enlèvement d'enfant ou de détournement dès que l'enfant est déplacé volontairement et soustrait, comme précédemment rappelé, à son entourage familial et à ceux ayant autorité sur lui. Cette violence n'est pas toujours comprise comme telle par les soignants en particulier dans les cas de séparation conjugale alors qu'elle représente pour l'enfant un acte lourd de conséquences, car il se trouve brutalement privé de tous ses repères. Aucune étude quantitative n'existe sur le devenir des enfants enlevés par un de leur parent, mais les prises en charge individuelles permettent de constater combien les conséquences psychiques peuvent être lourdes et durables, particulièrement quand l'enfant est enlevé très jeune. Quand il s'agit d'enlèvement suivi de séquestration avec des violences de toutes sortes, en particulier sexuelles, les conséquences sont innombrables et d'autant plus graves que les faits ont duré¹³⁹.

¹³⁸ « Le fait, par une personne autre que celles mentionnées à l'article 227-7 de soustraire, sans fraude ni violence, un enfant mineur des mains de ceux qui exercent l'autorité parentale ou auxquels il a été confié ou chez qui il a sa résidence habituelle, est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. »

¹³⁹ Comme l'illustrent les cas de Natascha Kampusch séquestrée en autruche pendant plus de huit ans et enfermée dans une cave par son violeur ou la situation de Lydia Gouardo séquestrée, violée pendant 24 ans par son père. Ou encore plus dramatiquement les victimes de Marc Dutroux et de Michèle Martin en Belgique.

Chapitre 2 : L'évaluation de la maltraitance

Les définitions des maltraitances rappelées et connues, il s'agit pour le professionnel de savoir les évaluer et pour cela de connaître les facteurs de risques familiaux comme institutionnels et les troubles à repérer.

Section 1 - Les facteurs de risque de maltraitance

Il faut entendre par facteurs de risque les éléments susceptibles de fragiliser l'enfant¹⁴⁰ ou la personne âgée vulnérable et l'exposer à des actes maltraitants. Les connaître est essentiel, car cela participe à prévenir ces violences ou pour le moins, à les prendre en charge au mieux et au plus tôt. Les facteurs peuvent être classés en trois catégories soit qu'ils relèvent de la sphère individuelle, familiale¹⁴¹ et privée¹⁴² ou de l'institution¹⁴³.

§ 1 : Les facteurs individuels

La littérature au sujet des facteurs de risque de maltraitance est innombrable en particulier au niveau des enfants. Les principaux facteurs de risque au niveau individuel sont l'âge (par exemple un bébé comme une personne âgée alitée ne peut pas fuir, ni solliciter de l'aide, ni témoigner). Sont également repérés les situations où la victime a des antécédents traumatiques ayant conduit à une perte de confiance en soi, en l'autre et à une vulnérabilité psychique plus importante. Les maladies, les situations de handicap, les retards de développement ou les dégradations physiques, la dépendance, les faibles compétences cognitives, l'immaturation affective, les déficiences intellectuelles font aussi partie des éléments individuels mettant la personne en situation de risque plus important d'être exposée à des maltraitances. Les facteurs liés au sexe varient selon les études et ne font pas consensus.

¹⁴⁰ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf

¹⁴¹ <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-et-la-maltraitance-envers-les-enfants/facteurs-de-risque-de-la-maltraitance>

¹⁴² MUGNIER J.P. *Les stratégies de l'indifférence*, Paris, Fabert, 2008.

¹⁴³ CHAPON-CROZET N., De la maltraitance à la bienveillance institutionnelle, EMPAN, 2006,2, n° 62, P 122-126. <https://www.ispcan.org/>

§ 2 : Les facteurs intrafamiliaux

La famille constitue un espace fermé, dans lequel la communication peut se faire dans le respect de chacun...ou non. Et pour le système institutionnel et légal, il est bien difficile d'y pénétrer et de savoir ce qu'il s'y passe réellement, car les secrets, les non-dits, les mensonges y font bien souvent loi. Et pour un enfant ou un adulte majeur vulnérable il est encore plus difficile de se dégager des dysfonctionnements qui peuvent être subis, car ils n'ont, dans un premier temps pas d'autres références que ces adultes qui font autorité, et quand ils parviennent à en avoir, il leur est très difficile de dénoncer ce qu'ils subissent, car la honte et le poids de la culpabilité sidèrent et rendent très difficile la moindre révélation.

Contrairement à bien des idées reçues, la maltraitance existe dans tous les milieux sociaux, même si elle est surreprésentée au niveau statistique dans les milieux défavorisés qui n'échappent pas aux services sociaux (familles connues depuis des générations, difficultés à s'exprimer et manque de moyen pour se défendre efficacement contrairement aux familles aisées qui peuvent rémunérer des avocats expérimentés et qui savent dire, sans se contredire, ce qu'il faut aux services sociaux et aux enquêteurs pour les rassurer).

Le mineur présente une vulnérabilité intrafamiliale en raison de sa dépendance à ses parents ou leurs représentants. Il n'a aucune autonomie financière et son indépendance psychique se constitue progressivement tout au long de son enfance. Pour un enfant, ses parents sont les premières figures d'attachement, celles avec lesquelles il passe le plus de temps ; raison pour laquelle les parents sont si fondamentaux dans le développement psychique de l'enfant. Au sein des familles, la loi fixée par les parents est la première à laquelle l'enfant se trouve confrontée. Si ceux-ci ne respectent pas la loi fixée par la justice et ne transmettent pas les interdits fondamentaux (comme celui de l'inceste), l'enfant ne peut les intégrer que difficilement et bien plus tard lors de sa socialisation.

À l'autre extrémité des âges, la personne âgée présente aussi des facteurs de risque intrafamiliaux spécifiques liés à son âge : une situation fréquente de veuvage, un isolement social et familial fréquent, des troubles cognitifs, une situation de polyhandicap ou polypathologie conduisant à une dépendance importante, la négligence dans la gestion de sa personne (hygiène, soins) comme de ses biens, une peur de vieillir et de devenir dépendant souvent associée à la crainte de mourir pouvant générer de l'agressivité ou des troubles

dépressifs¹⁴⁴. Les aidants peuvent rapidement être épuisés physiquement, psychiquement et financièrement, et ce d'autant plus qu'ils sont isolés, eux-mêmes âgés, ou fragiles psychologiquement. Les situations où les parents ont été maltraitants peuvent conduire des décennies plus tard leur enfant à être à son tour violent à l'encontre de celui ou de celle qui l'a tant fait souffrir dans son enfance. Selon l'association ALMA, les maltraitances liées aux enfants seraient de l'ordre de 30 %, celles liées aux conjoints de 15 %, sans spécificité selon le sexe du mis en cause dans ces violences.

Le fait que le proche se retrouve trop souvent seul pour des actes du quotidien où l'intimité et le rapprochement corporel peuvent être insupportables (comme les soins de toilette fait par un adulte à son parent âgé resté au domicile et sans aide extérieure ou a gestion quotidienne d'un adolescent autiste au comportement très agressif), peut expliquer des mouvements violents, un épuisement voire un rejet. Les difficultés de communication et de compréhension viennent souvent aggraver des conduites inadaptées.

¹⁴⁴ ROBERTO B., *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*, 2016, OMS.

Dans le cadre d'une perspective didactique, nous proposons une synthèse des facteurs intrafamiliaux dans le tableau ci-joint.

**Principaux facteurs de risque de maltraitance auxquels un mineur
ou une personne âgée vulnérable peut être confronté(e)**

- La cohabitation, selon l’OMS, entre adultes de différentes générations
- La vie dans une famille où règnent les tensions, la malveillance voire des maltraitances
- Un non-respect, une non-intégration et l’absence de transmission de la loi et des interdits fondamentaux au sein de famille ne donnant et ne respectant aucun cadre
- L’absence de différenciation intergénérationnelle (qui conduit en particulier à l’impossibilité de respecter les besoins de chacun)
- Pour les enfants, le jeune âge des mères, mais surtout leur immaturité affective et le faible niveau d’éducation des parents
- La dépendance (physique, psychique, matérielle, financière) de la victime
- La dépendance (souvent financière) de l’auteur des actes de violence à l’égard de la personne âgée
- Une pathologie somatique ou psychiatrique de l’enfant ou de la personne âgée usant les proches dans sa prise en charge
- Chez l’enfant une grossesse non suivie, une grossesse éprouvante (problèmes médicaux, familiaux, professionnels, isolement) une prématurité et des hospitalisations répétées et durables qui mettent à mal l’établissement de lien d’attachement précoce sécuritaire.
- Le jeune âge de l’enfant qui ne lui permet pas de se protéger, de fuir ou de solliciter de l’aide
- Les troubles physiologiques, la démence ou les troubles de l’identité de la personne âgée ne permettant plus de se faire comprendre et de communiquer avec les proches et pouvant conduire du fait de ces troubles mentaux, à des attitudes la mettant en danger exemple (laisser le gaz allumé, faire un feu dans le salon pour se réchauffer, se promener nue dans la rue...).
- La carence affective des auteurs (immaturité, absence de repère, impossibilité d’intégrer la loi et les interdits fondamentaux, incapacité à développer des ressources empathiques et cette altérité indispensable dans la relation à l’autre pour le respecter et se respecter soi-même.
- Un vécu persécutif des proches à l’égard de la victime
- L’isolement social des proches et des personnes chargées des soins (qu’il s’agisse d’enfants ou de personnes âgées), et l’absence de soutien social qui en résulte
- L’érosion des liens entre les générations au sein de la famille avec l’absence de relais du côté des enfants (de moins en moins nombreux) et des proches
- L’absence de ressources financières suffisantes en particulier pour payer les soins et des prises en charge psychothérapeutiques
- Une ergonomie des lieux non adaptée sans que cela soit toujours lié à des difficultés financières (par exemple pas de barrières devant un escalier, système électrique vétuste)

La prise en compte du contexte de vie est fondamentale pour comprendre le processus qui a pu mener à des actes maltraitants par des personnes qui, dans une tout autre situation, n'auraient jamais agi de telles violences. Pour exemple cette mère de famille nombreuse accouchant de son cinquième enfant et ayant repéré dès sa naissance une « étrangeté au niveau du visage ». Elle explique avoir interpellé différents soignants qui tous lui auraient répondu de ne pas s'inquiéter, mais le jour de la sortie de la maternité, le pédiatre lui remet une plaquette d'information en lui disant « pour la trisomie de votre fils, il faudrait contacter rapidement cette structure qui pourrait vous aider » (la trisomie n'avait pas été repérée lors des examens échographiques anténataux et les parents avaient refusé le dépistage sanguin). Sans plus de soutien cette mère se retrouve « seule face au monde qui s'effondre ». Accompagnée par son mari et ses autres enfants à la maison, elle leur demande d'aller faire des courses pour qu'elle puisse se reposer avec son bébé. Quand ils reviennent, le bébé est mort. La mère expliquera aux enquêteurs « qu'il était très agité lors du bain », qu'il a glissé lorsqu'elle le tenait et qu'il s'est noyé. Le procureur classera sans suite cette affaire, considérant qu'il s'agissait d'un accident alors que de multiples éléments pouvaient laisser penser que la noyade n'était pas accidentelle (un enfant trisomique étant particulièrement hypotonique). Des années plus tard, après une période de dépression intense et plusieurs tentatives de suicide, cette femme expliquera qu'elle « n'a rien fait pour empêcher [s]on bébé de se noyer » et qu'elle s'est dit « que c'était mieux pour lui que de vivre trisomique toute une vie ». Dans cette situation, comme dans tant d'autres, l'hypothèse peut être faite que sans ce handicap ce petit bébé aurait vécu et que si cette mère avait été réellement soutenue, elle n'aurait jamais laissé son bébé se noyer. Dans un autre cas, nous pouvons citer cet homme de soixante-dix ans ne supportant plus sa femme depuis que celle-ci a survécu à une maladie grave et invalidante : « jamais je n'aurais pensé finir ma vie comme cela. Je sais bien que l'on se marie pour le meilleur et pour le pire, mais le pire on n'y pense jamais. Après sa maladie ma femme avait totalement changé physiquement, mais surtout mentalement. Ce n'était pas un « légume », mais on ne pouvait plus rien faire, car elle était toujours épuisée. Au début j'ai été très attentif et puis avec les mois qui passaient c'est devenu de plus en plus difficile. En plus elle avait un tas de traitements non remboursés et avec notre retraite cela devenait très difficile, mais nous étions juste au-dessus des barèmes qui nous auraient permis d'avoir une aide. Moi qui l'adorais je me suis mis à la détester et à n'espérer qu'une chose, qu'elle disparaisse. Progressivement j'ai réalisé que je ne l'aidais plus quand elle avait besoin de moi pour se lever s'habiller ou monter l'escalier, que je ne lui préparais plus à manger, que je me moquais d'elle. Et puis c'est allé crescendo, car elle ne réagissait pas vraiment où juste par des pleurs ce qui me rendait encore plus agacé. Je me suis m'y à l'insulter,

à lui dire qu'elle aurait mieux fait de mourir aux urgences et puis à la bousculer et à la faire tomber. Le médecin généraliste qui nous connaissait depuis plus de vingt ans a bien vu tous ses bleus et un jour il a demandé comment elle avait pu se faire ça. Comme elle ne répondait pas, j'ai expliqué que sa peau était devenue plus fragile depuis sa maladie et qu'elle « marquait pour un rien ». Et il m'a cru... S'il avait douté, il aurait pu m'aider à arrêter, mais j'ai bien senti qu'il ne voulait pas entendre la vérité, car il nous connaissait très bien. Ma femme a fini par mourir cinq ans plus tard dans son sommeil. Pour tout le monde, j'ai été un mari « merveilleux » et « attentif » alors que je sais, moi, que j'ai été son pire bourreau et qu'elle a passé ses dernières années de vie de façon épouvantable ».

Autre exemple celui de cette mère de famille de trois jeunes enfants dont le mari décède brutalement d'un accident vasculaire cérébral un dimanche de juin devant tous ses proches : « en un instant la vie s'est arrêtée et est devenue un cauchemar. Il y avait sa mort et son absence insupportable, mais aussi tous les problèmes administratifs et financiers, car nous n'avions rien prévu en cas de décès de l'un de nous. Je ne travaillais pas et j'ai dû prendre en urgence un travail très mal rémunéré avec des horaires impossibles. Nous avons dû déménager et changer de quartier, car je n'avais plus les moyens de garder la maison. Et ça a été la chute inexorable vers l'enfer. J'étais épuisée. Mes proches au début présents l'ont été de moins en moins. Mes enfants allaient mal et devenaient insupportables. Le soir je me suis mise à boire...un peu...et puis bien trop... Et un jour j'ai hurlé, puis j'ai les ai punis, et ensuite je les ai frappés alors qu'ils n'avaient jamais eu la moindre fessée. Je n'en pouvais plus. Je me dégoûtais moi-même, car je ne me reconnaissais plus et je réalisais que j'étais en train de détruire mes enfants alors que je les aimais tellement. Le signalement de l'école a mis un terme à tout cela, mais j'ai eu l'impression d'être jugée bien plus que d'être comprise et soutenue. J'ai été traité comme un monstre alors que j'étais juste une maman débordée par la souffrance de son chagrin. Mes enfants ont été placés pendant cinq ans et un jour le juge a levé la mesure, sans que je comprenne vraiment pourquoi. Ils sont revenus à la maison et nous avons dû réapprendre à vivre ensemble, sans véritable aide, car l'éducateur ne venait qu'une fois par mois ». Comme pour la situation précédente, la maltraitance de cette mère s'inscrit dans les suites d'une histoire dramatique et si un meilleur accompagnement avait pu être mis en place, il est probable que là-aussi, les violences n'auraient pas eu lieu.

L'attention portée à l'histoire familiale et aux événements de vie vécus par chacun peut permettre de comprendre des dérives maltraitantes qui n'auraient jamais existé dans un tout autre contexte. Ces facteurs familiaux sont indispensables à évaluer et à intégrer dans l'histoire de l'enfant ou de la personne âgée. Afin de limiter l'épuisement psychique et physique de

l'entourage dans des situations reconnues comme à risque (enfant ou personne âgée nécessitant une grande attention), différentes initiatives existent désormais pour l'aide aux aidants¹⁴⁵.

§ 3 : Les facteurs institutionnels

Les institutions peuvent, en tant que telles, être source de maltraitance. Cette réalité est aujourd'hui bien davantage reconnue qu'il y a quelques années, même si, pour les familles, dénoncer ces violences. Reste toujours aussi délicat. La CNCDH - Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme dans son avis du 22 mai 2018 « agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux »¹⁴⁶ constate combien notre système de santé est à l'origine de multiples maltraitances, tout comme certaines institutions scolaires ou médico-sociales.

S'il n'existe en France aucune étude réellement quantitative sur ce sujet, la pratique de terrain permet aux professionnels d'alerter sur certaines situations désormais bien connues comme à risque de maltraitance pour les plus vulnérables. Au sein des institutions (maisons de retraite, hôpitaux, lieu de convalescence, institutions scolaires, foyers de l'enfance, hôpitaux), la maltraitance risque davantage de s'exercer lorsque les lieux d'accueil, les services de protection sociale et les établissements de soins pour les personnes âgées ne sont pas respectueux des recommandations en vigueur (Haute Autorité de Santé). Les personnes ne sont pas assez stimulées au niveau sensoriel, physique, psychologique ; les activités sont minimalistes. La question de l'ergonomie des locaux est aussi un facteur de maltraitance quand elle est inadaptée (exemple de lavabo en pédiatrie fixée à hauteur d'adulte et conduisant à de multiples accidents de chutes d'enfants déséquilibrés par les bricolages faits par les soignants pour fabriquer des petits tabourets et permettre l'accès au lavabo ; autre exemple accueil de mineurs en service de psychiatrie adulte sans aucun protocole spécifique pour garantir leur sécurité ; autre situation, mise dans le même lieu d'enfants placés en foyer d'urgence avec des mineurs étrangers pluri-traumatisés et qui vont agir d'autres agressions sur des enfants censés être placés pour être protégés). Comme nous le verrons dans notre seconde partie un autre facteur est celui lié aux personnels insuffisamment formés, mal rémunérés, peu reconnus, et

¹⁴⁵ Loi aux aidants instaurés en 2016 via a loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement avec un « droit au répit » et l'intégration d'une APA allocation personnalisée d'autonomie et d'un congé de solidarité familiale dans les cas de fin de vie ou de pronostic vital engagé (mais d'une durée maximale de trois mois sans solde). Une journée nationale de l'aide aux aidants a été instaurée depuis 2010 tous les 6 octobre.

¹⁴⁶ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036977193&categorieLien=id>

surchargés de travail (exemple du manque d'auxiliaire de vie scolaire en milieu scolaire ou de ces éducateurs de nuit remplacés dans certains lieux par des « veilleurs » sans aucune formation si ce n'est celle d'agent de gardiennage, car ils « coûtent » moins cher...alors que tous les spécialistes savent que la nuit est un temps de reviviscences anxieuses majeures et qu'il faudrait bien au contraire des professionnels très formés pour accompagner au mieux les enfants ou les adultes vulnérables). Le personnel en difficulté peut devenir agressif, indifférent, adopter une attitude bureaucratique à l'égard, des résidents ou de leurs proches. Les différences culturelles risquent de ne pas être respectées. Les proches ne sont pas soutenus et sont non conseillés. Des cas de fraude sur les biens des résidents sont rapportés. Enfin la dimension économique quand prime l'intérêt financier d'une structure et non celle des personnes prises en charge conduit à d'inévitables maltraitances quelques exemples comme l'absence de budget suffisant de formation ; des personnels recrutés à des postes qui ne correspondent pas à leurs compétences, mais qui permettent de moins les payer ; l'absence de personnels pour s'occuper des appareillages comme le nettoyage des dentiers ; la limitation dans l'usage du nombre de couches ou d'alèses, etc.)

Aucune étude quantitative n'existe qui permettrait de connaître précisément les personnes à l'origine des signalements de violences ayant lieu en institution. Bien souvent les familles n'osent trop rien dire par crainte de voir leur proche mis dehors et se retrouver sans lieu d'accueil. Et du côté des professionnels, la crainte des représailles est forte comme l'explique cette aide-soignante d'un EHPAD « au sein d'une équipe nous ne sommes pas considérés, car nous sommes les moins diplômés. Et quand nous voyons un collègue agresser un usager il est très difficile d'intervenir. En fait nous sommes assez terrorisés par les risques de représailles, car cela est déjà arrivé à des collègues qui ont été changés de service du jour au lendemain ou qui n'ont pas vu leur contrat renouvelé. Du coup on se tait, car notre travail on en a besoin. C'est triste pour toutes ces personnes âgées, mais nous si on parle, il n'y a personne pour nous protéger. » Les lanceurs d'alerte ayant dénoncé des dysfonctionnements majeurs et des maltraitances sont le plus souvent contraints de quitter leur poste voire de démissionner quand ils ne subissent pas des sanctions plus que sévères de leur Ordre avec interdiction d'exercer comme cela a été le cas dans les années 2000 pour la pédiatre Catherine Bonnet qui signalait des situations de maltraitances sur enfant¹⁴⁷.

¹⁴⁷ BONNET C., *L'enfant Cassé*, Paris, Albin Michel, 2006 avec l'intervention des rapporteurs de l'ONU Juan-Miguel Petit et Hina Jilani en 2003 dans leur rapport qui constate que « Le Rapporteur spécial a reçu des informations émanant d'un médecin qui avait fait l'objet d'une série de mesures disciplinaires du Conseil National de l'ordre des médecins pour avoir établi un certain nombre de certificats confirmant que les enfants qu'elle avait examinés, avaient été victimes d'abus sexuels. Dans chaque cas, l'auteur des faits avait porté plainte devant le

Ce sont généralement les associations ou des révélations anonymes qui permettent que des signalements soient effectués. Les professionnels exerçant dans des services où des violences ont été repérées expliquent être « épuisés », « manquer de formation », « ne pas parvenir à gérer le sentiment d'impuissance face à la mort qui rôde et aux difficultés de communication avec les patients. Les pressions institutionnelles de « rentabilité » sont aussi fréquemment relevées avec des « injonctions à aller toujours plus vite avec de moins en moins de temps et de moyens humains ». Pour exemple dans un service de gériatrie d'île de France, la direction a décidé de modifier le nombre d'alèses par usager. Auparavant les soignants pouvaient en utiliser sans aucune limite, mais désormais le « quota » a été fixé à trois par jour et par personne. Face aux réactions d'indignation générale des personnels, la direction s'est défendue en expliquant qu'il s'agissait « d'une moyenne vers laquelle il fallait tendre pour éviter le gaspillage ». Dans d'autres structures, les personnes âgées qui n'ont plus toutes leurs capacités, à peine arrivées, se voient supprimer leur dentier, car, dicit un cadre de santé « s'il fallait leur laisser à tous, il faudrait un agent temps plein pour les nettoyer » ; idem pour les soins d'hygiène avec des douches une fois par semaine. Dans un autre service, le manque de personnel fait que tous les patients ne peuvent pas être aidés pour manger et qu'il a été décidé qu'ils n'auraient qu'un repas par jour en alternant le midi et le soir ; et en sachant que bien souvent le dernier sert, mange froid. On peut facilement comprendre que pour des personnels, devoir travailler dans des conditions aussi inhumaines, prétextées pour des raisons financières, le peu de temps, l'épuisement lié au manque de personnels pour s'occuper des patients, conduisent, pour ceux qui n'ont pas de ressources psychiques suffisantes, à des passages à l'acte en particulier à des négligences et des violences physiques. Un aide-soignant décrit ce vécu « à la fin de la journée quand vous avez passé votre temps à courir sans avoir deux minutes pour prendre le temps de vraiment parler avec la personne dont vous vous occupez et bien vous êtes épuisé. Pour les douches on a l'impression de faire de l'abattage, car il faut aller vite alors on

Conseil de l'Ordre, accusant le médecin d'avoir délivré des certificats de complaisance, autrement dit de faux certificats, pour aider la mère à obtenir la garde de l'enfant à l'issue de la procédure de divorce. Le médecin a été accusé de dénonciation calomnieuse, ainsi que d'avoir porté des fausses accusations. Toutefois, selon les informations reçues, ses diagnostics avaient été confirmés par d'autres experts dans chaque cas » (alinéa 5) et dans le rapport du 16 mars 2005 à l'ONU, Hina Jilani constate : « À propos du cas du Dr Bonnet, la Représentante Spéciale accueille la législation adoptée récemment par le Parlement français pour améliorer la protection des médecins qui signalent des cas de maltraitements présumés aux autorités judiciaires compétentes contre une action juridique par les parents dont les enfants ou d'autres personnes ont été atteints. La Représentante Spéciale reste, cependant, préoccupée que la législation et la manière dont elle est exécutée, n'a pas été assez loin pour protéger les médecins contre des plaintes abusives. En particulier, le Représentant spécial demeure préoccupé par l'équité de la procédure devant les instances disciplinaires de l'Ordre des Médecins. Elle croit que les médecins jouent un rôle vital dans la protection des enfants contre les plus sérieuses violations de leurs droits et qu'ils ont à leur tour le droit d'être protégés dans leur rôle de défenseurs des enfants. »

ne laisse pas le temps à l'utilisateur de se poser et de l'installer, on le bouge vite pour le laver encore plus vite...sans le regarder...et c'est pareil pour les repas qui ressemblent certaines fois à du gavage, car il y a trop de personnes à faire manger en même temps. La seule façon de tenir et de ne pas s'effondrer le soir quand on rentre chez nous c'est de prendre ses distances et de ne pas les investir vraiment comme des patients ; sinon on craquerait tous ».

Quand les autorités sont alertées d'actes de maltraitance subis par des personnes âgées en institution, ce que nous constatons c'est la volonté de différencier les violences isolées commises par un individu¹⁴⁸, de celles dues au fonctionnement institutionnel, qui concernent de multiples patients/usagers et qui impliquent un grand nombre de professionnels. Mais cette violence au sein des services est plus diffuse et difficile à mettre à jour, car ceux qui en sont témoins (proches, professionnels) sont bien souvent sidérés par la crainte de représailles sur le(s) patient(s) concerné(s), voir sur eux, s'il s'agit d'agents. Elle est aussi tellement contraire à la déontologie des soignants que la dénoncer c'est aussi se retrouver face à quelque chose d'inintelligible, de totalement tabou et d'impensable.

Section 2 - Les troubles à repérer

Les difficultés du repérage clinique s'expliquent par de multiples facteurs dont la représentation de la vulnérabilité propre à chaque professionnel. Mais au-delà, elles sont aussi liées aux spécificités des troubles liés à la maltraitance et aux victimes elles-mêmes. Certaines formes de maltraitance sont visibles et laissent des traces directes quand d'autres sont invisibles sans marques constatables ; certaines se manifestent immédiatement, d'autres bien plus tard ; certaines victimes appellent et révèlent clairement quand d'autres sont confuses ou se terrent dans le silence par identification à l'agresseur, amnésie traumatique, honte, peur, culpabilité ou crainte de ne pas être crue. Compte tenu de cette complexité, face à un mineur ou une personne âgée vulnérable, tout professionnel de santé devrait connaître au minimum les troubles associés à la maltraitance. Au niveau clinique le consensus actuel est une classification selon trois types de troubles : les troubles spécifiques, les troubles évocateurs et les troubles non spécifiques¹⁴⁹. Étant précisé qu'une fois ces troubles repérés, et pour toute situation, le soignant se doit de procéder à un diagnostic différentiel pour s'assurer que ce ne sont pas d'autres causes qui peuvent expliquer ces troubles en dehors de toute maltraitance.

¹⁴⁸ PELLERIN J., *De la violence en institutions pour personnes âgées*, éd. du Centre Laennec, 2014/1, t. 62, p. 41-53.

¹⁴⁹ ISPCAN : <https://www.ispcan.org/>

§ 1 : Les troubles spécifiques

Les maltraitances sont susceptibles d'entraîner des troubles spécifiques qui sont des troubles visibles, repérages attestant de la réalité des violences. Ces situations, où les troubles sont constatables, sont souvent les plus rares ; un grand nombre de maltraitances ne laissant pas de traces flagrantes. Lorsqu'ils sont constatés, il est essentiel que l'enfant puisse être examiné au plus tôt dans des services spécialisés, en particulier dans les Unités Médico-Judiciaires, si une enquête est en cours, car ces examens se font exclusivement sur réquisition judiciaire. Cela permet d'établir un constat médico-légal, d'effectuer des prélèvements adaptés et de mettre en place si nécessaire le traitement prophylactique. Ces lésions spécifiques peuvent être des lésions traumatiques, dans ce cas des lésions corporelles sont constatées peuvent être des fractures des lésions génitales ou périnéales. Elles sont visibles et clairement identifiables lors de l'examen médical. Elles se manifestent par l'existence de maladies sexuellement transmissibles et/ou de germes étrangers, de saignements (vaginal ou rectal) ou/et d'infections génito-urinaires chez les mineurs et toute personne âgée sans troubles préalables. Certains contextes de grossesse chez les mineurs en particulier quand une jeune adolescente est enceinte et refuse de révéler l'identité du père, avec un environnement parental hostile à toute prise en charge, la grossesse peut laisser craindre à une situation d'inceste. En France, le législateur considère que quinze ans est l'âge de consentement c'est-à-dire l'âge minimum que doit avoir une personne pour avoir des relations sexuelles de son plein gré avec un adulte, en vertu de l'article 227-25 du Code pénal qui réprime le fait, par un majeur, d'avoir une relation sexuelle avec un mineur de moins de quinze ans même si celui-ci est consentant. Face à ces grossesses précoces, il serait opportun que les professionnels de santé envisagent de faire une information préoccupante pour alerter sur la situation de ces mineures et des possibles abus sexuels qu'elles pourraient subir.

§ 2 : Les troubles évocateurs

Les troubles évocateurs sont des manifestations qui peuvent alerter les professionnels sans être totalement spécifiques. Ils deviennent évocateurs selon le contexte et s'ils sont associés à d'autres troubles. Par exemple au niveau des troubles sexuels quand un enfant manifeste des préoccupations sexuelles inadaptées à son niveau de développement (« Le zizi de papa il fait de la colle à papier peint » ; « Tonton il m'a fait pipi dessus et après il a mis un truc tout gluant sur mes fesses ») ; lorsque l'enfant a un comportement sexuel agressif avec violence physique, menace, intimidation, chantage ; lorsque l'enfant a des activités répétitives, envahissantes et non contrôlables de contacts sexuels, d'exhibitionnisme, de masturbation, de tentative de pénétration de l'autre ou de soi – par exemple, un enfant qui tente de prendre la main d'un adulte pour se masturber ou bien des troubles obsessionnels compulsifs de lavage (quitte à s'arracher la peau). Autre exemple au niveau des troubles du sommeil quand l'enfant (ou l'adulte) met des obstacles autour de son lit pour se protéger et/ou essaye de bloquer la porte de sa chambre. Beaucoup de victimes de maltraitance, et en particulier d'abus sexuels, se font agresser dans leur chambre. Le temps du coucher et l'espace de la chambre ne sont donc pas synonymes de sécurité, ce qui peut se traduire par des manifestations d'hypervigilance et de tentative de contrôle face au risque d'agression. Les troubles du sommeil deviennent évocateurs lorsque l'enfant a des rituels de couchage obsessionnels de vérification visant à se protéger – par exemple, se met plusieurs couches d'habits, dispose des objets autour de son lit ; lorsqu'il fait des cauchemars récurrents avec des thématiques de représailles, de poursuite, d'anéantissement ou de morcellement. Le suivi psychothérapeutique nous apprend que certains troubles de la propreté permettent aux victimes de tenir à distance l'agresseur. Les manifestations régressives, qui apparaissent subitement avec le retour à des jeux sales, à des problèmes d'énurésie et d'encoprésie, doivent ainsi alerter, mais il est essentiel de s'assurer que les problèmes sphinctériens ne sont pas dus à des troubles neurologiques. Enfin certains troubles du développement sont évocateurs comme des situations de dénutrition, des cassures de la courbe de croissance, des cas d'hypotrophie staturo-pondérale non organique chez les enfants de moins de deux ans voire à un nanisme psychosocial chez les enfants plus âgés ou une rupture brutale de la courbe de poids chez une personne âgée qui ne présente pas de pathologies somatiques.

Les réactions de terreur d'une victime à l'égard de son proche sont aussi des éléments évocateurs d'une souffrance des liens pouvant être liée à de la maltraitance subie. Normalement un enfant, une personne âgée, recherche le réconfort auprès de ses proches. Quand elle se met

volontairement à distance (comme ce petit garçon de cinq ans qui reste coincé sous le bureau de l'expert durant tout l'entretien avec le père) il est important de repérer ces réactions qui peuvent être les premiers signes d'alerte. Tout comme le sont les attitudes de contrôle d'une personne sur la victime par un simple regard, quelques mots ou le fait de l'obliger à rester contre elle qui à exercer un comportement de contention physique. Ces attitudes peuvent exister chez des parents, conjoints, en grande détresse psychique et non exclusivement chez des adultes maltraitants, mais ils restent significatifs d'une souffrance relationnelle qui peut mettre le plus vulnérable en situation de danger dans son développement ou qui témoigne qu'une situation de maltraitance est déjà agie.

§ 3 : Les troubles non spécifiques

Au-delà des troubles spécifiques et des troubles évocateurs qui devraient alerter les professionnels, la victime de violences peut exprimer, en immédiat ou des années plus tard, des troubles non spécifiques, c'est-à-dire des troubles susceptibles de s'exprimer quand elle est en difficulté ou traverse des épreuves psychiquement difficiles – changement de classe pour un enfant ou placement en EHPAD pour une personne âgée, naissance d'un frère ou d'une sœur, deuil, séparation parentale, déménagement, maladie grave, échec à des examens, rupture sentimentale, etc. Le plus souvent ces signes traduisent l'impossibilité pour la victime de comprendre et de traduire ce qu'elle est en train de vivre. Elle ne parvient plus à supporter ces bouleversements et tout son être témoigne de ses difficultés. Habituellement, ces troubles se caractérisent par leur soudaineté et marquent une rupture avec le comportement antérieur de l'enfant ou de l'adolescent. Ces troubles sont innombrables et comprennent en particulier les troubles liés au syndrome post-traumatique. Ce tableau clinique est caractéristique des troubles réactionnels suite à l'exposition à un événement traumatique, mais il n'est pas spécifique des maltraitances, car il concerne également les situations où l'événement traumatique n'est pas intentionnel – catastrophe naturelle, accident, etc. Il se caractérise par des symptômes persistants de répétitions (cauchemars, ruminations) ; des reviviscences (la victime revit les maltraitances avec la même intensité même lorsqu'il n'est plus en contact avec l'auteur et peut manifester des crises clastiques au cours desquelles elle n'est plus canalizable et semble totalement submergé par ce qu'elle revit) ; des jeux traumatiques chez les enfants qui sont des mises en scène indéfiniment répétées de l'agression ; des conduites d'évitement et d'hypervigilance ; des manifestations anxieuses et dépressives ; des troubles graves de

l'interaction chez les enfants les plus jeunes comme chez les personnes âgées qui subitement s'isolent et refusent tout contact avec l'extérieur.

Les troubles dépressifs, du sommeil (sans stratégie de protection autour du lit), les difficultés de compréhension et d'apprentissage, les troubles anxieux et de l'humeur, les troubles du comportement, les troubles alimentaires, les régressions et attitudes de retrait, les troubles du comportement, les conduites agressives contre soi-même ou contre les autres, les conduites addictives, les pratiques dangereuses, les fugues, les tentatives de suicide, les douleurs psychosomatiques, etc. sont autant de manifestations de la détresse de la personne qui les manifestent, mais ne sont pas, en tant que telles, spécifiques de maltraitance. Il est impératif de toujours les contextualiser (moment d'apparition, fréquence, intensité). Ce sont tous ces troubles que le professionnel de santé devrait évaluer : intensité, fréquence, contexte d'apparition, ce que la victime peut en dire, ce que ses proches en disent, les répercussions dans son développement et dans son quotidien. Et c'est bien souvent l'analyse de l'ensemble de ce tableau clinique qui conduit à conforter des inquiétudes et au signalement ou au contraire à l'hypothèse que les troubles présentés s'expliquent pour d'autres raisons (par exemple séparation parentale, deuil, maladie, hospitalisation, placement en institution...).

§ 4 : La complexité du diagnostic

Comme pour toute pathologie le soignant exposé à une situation de maltraitance se retrouve face à la complexité d'établir un diagnostic différentiel. La prise en compte de tous les éléments cliniques, leur contextualisation, les antécédents, la compréhension des symptômes (leurs causes et leurs effets permettent de limiter les erreurs de diagnostic, mais compte tenu de la complexité de ces situations, il serait mensonger d'affirmer que l'établissement d'un diagnostic de maltraitance est avéré sauf pour les cas rares de troubles spécifiques. La formation, l'expérience, la connaissance des référentiels et leur évolution, le travail pluridisciplinaire sont les meilleurs garants pour parvenir à limiter les erreurs diagnostiques.

Les soignants doivent faire une évaluation la plus complète possible qui prennent aussi en compte d'autres causes possibles des troubles constatés avant d'affirmer qu'il s'agit de maltraitance. Cela peut conduire à des analyses médicales poussées par exemple pour s'assurer que l'enfant ou la personne âgée ne présente pas de troubles. Certaines maladies osseuses peuvent conduire à des pathologies proches de celles constatées dans les cas de maltraitance. Elles peuvent être constitutionnelles comme la maladie de Menkès (maladie multi-systémique liée à une anomalie du métabolisme du cuivre et conduisant à une neurodégénérescence

progressive et des anomalies du tissu conjonctif), un syndrome d'Ehlers-Danlos (maladie génétique affectant la production de collagène et conduisant à des hématomes fréquents et des carences osseuses), des kystes osseux, une hyperostose corticale infantile de Caffey, une ostéogénèse imparfaite (maladie des « os de verre »). Elles peuvent aussi être acquises suite à une infection (ostéomyélite, syphilis congénitale), des cancers (métastases osseuses, leucoses) ou des déficits vitaminiques (scorbut, rachitisme). D'autres diagnostics différentiels portent sur des syndromes hémorragiques qui là aussi peuvent être constitutionnels comme l'hémophilie, la maladie de Willebrandt, une maladie de Crohn avec des saignements au niveau des selles ou acquis comme une vascularite, un purpura thrombopénique idiopathique...

Radiographies supplémentaires, bilans biologiques approfondis, analyses génétiques, IRM, EEG - électro-encéphalogramme, fond d'œil, sont parmi les examens qui peuvent permettre aux professionnels de s'assurer que l'enfant ou la personne âgée ne présente pas de pathologies somatiques et que ses troubles sont bien liés à de la maltraitance. Ces examens sont souvent répétés pour s'assurer du diagnostic.

Il reste bien des situations en suspens en particulier lorsque l'enfant est un bébé trop petit pour parler ou plus grand, mais en situation de handicap sans verbalisation possible ou quand la personne âgée ne communique plus. Ils peuvent présenter des troubles laissant craindre une maltraitance, mais sont dans l'incapacité de les expliquer et de donner des éléments de contexte. Seuls les proches peuvent transmettre des informations, mais ces éléments restent du déclaratif qui ne présume en rien de la réalité des faits. Dans certaines situations la frontière est très limite entre maltraitance et accident ce qui peut conduire à des signalements ou au contraire à des banalisations sous couvert que l'enfant ou la personne âgée est très agitée et est tombée toute seule. Même si aucun signalement n'est effectué il est important que les soignants notent dans le dossier médical leurs doutes, car très souvent, les soignants seront de nouveau sollicités. Et c'est certaines fois en raison du nombre répété de prises en charge médicale que la représentation d'un « accident » bascule vers celle d'une maltraitance et qu'un signalement finit par être rédigé.

La complexité du diagnostic différentiel s'explique également dans les situations de traumatismes cumulés où le mineur comme la personne âgée vulnérable a subi des violences de toutes sortes, à différents moments de sa vie ou dans les cas où une victime a été victimes de maltraitance et simultanément a été endeuillée (cas par exemple d'enfant survivant à une tuerie familiale). Il peut être alors difficile de différencier les troubles liés au vécu traumatique de ceux consécutifs au deuil traumatique.

La situation des mineurs non accompagnés – MNA est ici bien spécifique, car la plupart ont subi des deuils multiples, au sens de perte en raison de leur départ de leur pays, la perte de leurs repères quotidiens et celle de proches, mais aussi, car ils sont nombreux à témoigner de maltraitements multiples au cours de leurs parcours migratoires et certaines fois depuis leur arrivée en France¹⁵⁰. Selon le décret 2016-840 du 24 juin 2016, ces jeunes doivent bénéficier d'une aide spécifique au niveau social (art. L. 112-3 et L. 221-262 du CASF) et juridique avec la désignation d'un administrateur *ad hoc* pour les accompagner dans toutes les démarches. Mais pour tous ceux qui ne parlent pas le français, ni l'anglais, les prises en charge de leur situation et plus particulièrement de leurs troubles s'avèrent très difficile sans traducteur et certaines fois impossibles, laissant tous ces mineurs sans prise en charge.

Enfin une autre difficulté d'importance se pose en particulier pour les experts, car l'expressivité traumatique n'est pas linéaire et les troubles peuvent se manifester des années après les faits. Il peut alors s'avérer particulièrement complexe de différencier ce qui relève des troubles liés aux maltraitements et à ceux liés à la révélation de celle-ci avec tous ses effets (réactions des proches, procédures, auditions, etc.) Temporaliser les troubles, tenter de les décrypter selon la dynamique intrapsychique de la personne au moment où elle est évaluée, prendre en considération tous les éléments de contexte, échanger avec des collègues dans le respect du secret professionnels, sont autant d'éléments pour limiter les erreurs.

¹⁵⁰ https://www.infomie.net/IMG/pdf/mie_dossier_ai_2.pdf

TITRE 2 : LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES PROFESSIONNELS POUR RECONNAITRE LA MALTRAITANCE

Les difficultés rencontrées par les professionnels pour signaler apparaissent de différentes origines. Elles s'expliquent non seulement en raison des résistances personnelles face au signalement tant des professionnels que des victimes que du fait du manque de formation sur la protection de l'enfance dont bénéficient les professionnels.

Chapitre 1 : Les difficultés de repérage liées aux résistances personnelles des professionnels ou des victimes

Face à des situations qui renvoient à des transgressions majeures, aux références de chacun à ce qu'est la protection, le rapport parent-enfant et les enjeux éducatifs, le grand-âge, la sexualité, la violence et tous ses aspects, les résistances personnelles sont innombrables. Deux d'entre-elles seront particulièrement abordées, car le plus souvent citées par les professionnels de santé, à savoir la difficulté de repérer ce qu'il en est de l'intentionnalité des faits mis en cause puis les difficultés liées à l'absence de bases cliniques communes.

Section 1 - La difficulté du repérage de l'intentionnalité

Dans de nombreuses situations les professionnels confrontés à des éléments laissant évoquer la possibilité d'une maltraitance, se retrouvent face à la question de savoir s'il s'agit d'un accident, de rigueur éducative ou d'actes réellement intentionnellement agis pour détruire la victime. La notion d'intentionnalité est un des facteurs à prendre en considération et il est très délicat à évaluer avant tout signalement. Le plus souvent si les proches expriment de l'empathie, des remords, une culpabilité face aux faits, les soignants ont tendance à considérer que les traces constatées sont accidentelles. Comme l'explique un urgentiste, « c'est le bénéfice du doute. Par contre si ça se répète, là il n'y a plus de place au doute. La maltraitance c'est aussi le fait d'avoir des actes répétés donc là on signale. Et puis si un proche me dit d'emblée que c'est la faute de la victime, quelle que soit l'explication, cela me met un doute, car humainement, la première des réactions serait d'être inquiets et de ne pas charger celui qui souffre. Donc si le proche ne se remet pas en cause, accuse la victime qu'elle soit mineure ou majeure, et en plus se plainte d'elle en expliquant que « tout est de sa faute » et que « le passage à l'hôpital fait perdre du temps » ou autres plaintes de cet ordre, là aussi on signale. Pas d'empathie, pas de bienveillance, signalement ! Mais il est probable que l'on se fait sûrement avoir par des proches qui font semblant 'être inquiets et attentifs alors qu'ils n'en ont rien à faire. C'est juste comme un jeu de rôle, car ils savent ce que l'on attend d'eux et ils ne vont pas se « découvrir » face à nous. Par contre avec l'expérience on observe beaucoup les interactions avec les victimes et on perçoit bien si elle recherche le contact avec son proche. Quand un enfant ou une personne âgée réagit avec distance, voire terreur face à un proche qui vient vers elle soi-disant pour la réconforter, on est en alerte, car ce n'est pas normal ».

Du fait de la singularité de chacun, le rapport à l'altérité et à la vulnérabilité est variable et cela n'est pas sans incidence sur le rapport des professionnels au signalement, car ces deux notions sont primordiales pour décider ou non de signaler ou considérer les traces constatées comme relevant d'un accident. La maltraitance est en effet avant tout un acte intentionnel¹⁵¹, répété, qui témoigne d'un déni d'altérité c'est-à-dire que la victime n'est plus reconnue comme un sujet par les adultes de son entourage censés prendre soin d'elle. L'enfant maltraité tout comme la personne âgée vulnérable est réduit à un état d'objet. Ils ne sont plus envisagés comme des êtres humains, mais réduits à l'état de choses, ce qui explique que certains faits peuvent conduire à des actes qui leur ôtent toute dignité et qui peuvent conduire à leur mort. Pour parler de maltraitance, la notion d'intentionnalité et de responsabilité humaine est prépondérante et la cause est plus importante que le symptôme : ainsi être mal nourri ou malade (symptômes) du fait d'une guerre ou d'une cause naturelle (inondation, tremblements de terre) n'est pas dû à un mauvais traitement. Ce qui fait que l'acte devient un mauvais traitement c'est son intentionnalité qui vient témoigner de cette rupture de lien d'altérité à l'égard de la personne vulnérable qui n'est plus respectée comme sujet et déniée dans ses droits. La dernière notion à prendre en considération pour pouvoir désigner un acte comme maltraitant est le contexte dans lequel cet acte est commis et les circonstances de réalisation de cet acte : par exemple, le décès d'un enfant ou d'une personne âgée dans un pays où les traitements médicaux sont défectueux est une fatalité. Dans les pays où les moyens médicaux sont accessibles, le décès prend une tout autre dimension, il s'agit alors pour le moins de négligence.

Les maltraitements atteignent la victime dans son corps, dans son cœur, dans son histoire et dans son développement. Elles lui dénie toute humanité, bouleversent ses croyances et mettent à mal le sentiment de sécurité à l'égard des personnes qui la prennent en charge, indispensable pour se construire et vivre sans crainte d'effondrement. Repérer ce déni d'altérité est d'autant plus difficile pour les intervenants que les maltraitements sont majoritairement le fait de proches¹⁵².

¹⁵¹ La difficulté prise en charge des personnes vulnérables en institution est souvent invoquée par les mis en cause pour se défendre face à leurs actes. Mais cela ne fonctionne pas toujours comme en témoigne cet arrêt de mars 2015 de la Cour d'appel d'Angers : « Le licenciement de M X... était justifié compte tenu des fautes avérées qui lui étaient reprochées caractérisées par une maltraitance active et un défaut de soins des personnes prises en charge dans l'établissement qui doivent être considérées comme particulièrement graves pour un membre du personnel s'occupant de personnes âgées et atteintes de la maladie d'Alzheimer. » CA Angers, 31 mars 2015, n° de RG 13/01929.

¹⁵² Rapport de la mission interministérielle sur les morts violentes d'enfants au sein des familles, 2019, https://www.dalloz-actualite.fr/sites/dalloz-actualite.fr/files/resources/2019/05/liste_recommandations.pdf.

Pour les professionnels une autre difficulté au repérage est liée au fait que la gravité des faits au niveau juridique ne présume en rien de l'impact psychotraumatique. Ainsi une victime d'attouchements sexuels peut présenter des troubles psychotraumatiques tout aussi graves qu'une personne victime d'un viol. Autre complexité que rencontrent les professionnels, celle de l'expressivité des troubles qui n'est pas linéaire, c'est-à-dire ni immédiate, ni forcément impressionnante, même quand les faits sont très graves. Par exemple un enfant maltraité ou une personne âgée vulnérable peut ne pas se plaindre au moment des faits, ne rien manifester d'envahissant au niveau des troubles et décompenser des troubles des années plus tard quand il/elle est protégé(e) (cas classique des révélations en famille d'accueil ou en EHPAD) ou à l'occasion d'un autre événement de vie bouleversant. Par exemple suite aux attentats de Paris, les consultations spécialisées de psycho traumatisme ont dû gérer une multitude d'appels de personnes demandât à être prises en charge pour des faits traumatiques anciens, sans aucun rapport avec les attentats, mais ceux-ci avaient réactivé un vécu traumatique jamais élaboré.

Pour les professionnels le décalage est difficile à comprendre, car bien des soignants aimeraient avoir des signes « sûrs », « immédiats », « sans aucun doute possible ». Comme l'explique ce médecin légiste travaillant dans un service d'urgences médico-judiciaires, « il est bien plus facile de prendre en charge des personnes lorsque l'on est sûr qu'elles ont subi des violences et que l'on peut faire des constats très précis. Dans tous les autres cas où il y a des suspicions et où les enquêteurs nous demandent d'effectuer des évaluations qui ne reposent que sur des témoignages, c'est beaucoup plus difficile. Nous avons toujours peur de nous tromper et l'expérience nous permet de savoir que ce ne sont pas toujours les personnes qui ont subi les choses les plus atroces qui vont en parler, bien au contraire. »

Les cas où des traces avérées de maltraitements sont constables sont rares. La personne maltraitée par exemple s'exprime surtout par des maux et c'est au professionnel de ne pas la stigmatiser comme « anormale », « caractérielle », « agitée » et de comprendre le sens de ses comportements. Un professionnel non formé restera sur une compréhension basique des troubles et ne se sentira concerné que par la dimension transgressive de ces conduites, quitte à se sentir dérangé voir persécuté par cette victime qu'il rejettera et développera bien souvent une empathie perfide avec l'auteur des violences (ce que l'on décrit par l'identification projective à l'agresseur dans des situations de stratégies perverses de retournement de la culpabilité¹⁵³). Ainsi il est fréquent que des enfants placés qui manifestent une encoprésie sans aucune cause somatique et qui recouvrent leur corps et leur environnement de leurs excréments soient perçus

¹⁵³ ROMANO H., IZARD E., BERGER M. & al., *Danger en protection de l'enfance*, Paris, Dunod, 2016.

par les éducateurs comme des enfants présentant des troubles relevant de la sphère autistique alors que les prises en charge psychothérapeutiques des enfants maltraités permettent de savoir que se souiller est un mode de défense souvent parfaitement conscient d'enfants abusés comme l'explique Salim abusé par son frère : « quand j'ai de la merde au cul, il me laisse tranquille ». Si le professionnel n'envisage pas la possibilité que les troubles puissent manifester un vécu de maltraitance, aucune prise en charge n'est pensable. Il y a du côté des soignants un travail psychique véritable à effectuer pour supporter d'envisager des situations qui relèvent de l'impensable et qui les confrontent à leur propre rapport à la loi, au sexuel, à l'interdit et à la transgression.

Enfin en raison des liens fréquents avec leur(s) agresseur(s) les enfants victimes, comme les personnes âgées dépendantes, se trouvent souvent dans des pathologies du lien et de l'attachement avec tout adulte ce qui les conduit à protéger les auteurs et à se taire. Ce qui explique bien des rétractations dès qu'ils sentent leurs proches en danger ou les conséquences dans leur quotidien trop difficiles à appréhender. Comme Madame Z. âgée de 78 ans qui expliquent à son médecin généraliste combien son mari peut être violent avec elle (physiquement et verbalement), sans que celui-ci n'ait le moindre trouble de démence repéré. Quand le médecin envisage avec elle la nécessité de la protéger en signalant la situation elle refuse : « elle s'est mise à pleurer en me disant qu'elle ne voulait pas finir en institution ni le voir aller en prison... que quitter sa maison était insupportable, car elles y vivaient depuis plus de cinquante ans ; que ses enfants ne comprendraient pas et que cela allait perturber tout l'équilibre familial. J'ai insisté, mais elle était tellement convaincante... je lui ai donné les téléphones de l'assistante sociale de la mairie et des associations d'aide aux victimes du département en lui disant de les appeler si jamais elle se sentait en danger... j'ai essayé de parler à son mari qui visiblement ne reconnaissait pas ses violences, mais les banalisaient en disant qu'il était « bougon » et que sa femme devenait « irritable » et « exagérait ».... pendant plusieurs semaines j'ai géré la situation en voyant cette patiente toutes les semaines. J'ai cru que la situation s'était arrangée, car elle ne se plaignait plus et quand je lui demandais comment cela allait, elle me répondait que son mari « avait compris » et qu'il s'était calmé. J'avais bien l'impression qu'elle cherchait à le protéger et à ne plus prendre le risque d'un signalement, mais je n'avais que mon intuition pour envisager un signalement. Pas de trace physique, juste ses plaintes un jour de consultation où elle s'était effondrée et ce n'étaient que des mots, sans aucune preuve... je n'ai rien fait... Son mari l'a tuée d'un coup de carabine à bout portant six mois plus tard.... Je ne m'en suis jamais remis ». Ce témoignage illustre toute la difficulté dans laquelle se trouvent les soignants face à des personnes qu'ils connaissent et qu'ils perçoivent

en souffrance voire en danger, mais qui ne révèlent pas ou à demi-mot ou qui se rétractent juste après avoir craqués.

Les violences perpétrées contre les enfants sont difficiles à repérer comme celles commises contre des personnes âgées. La maltraitance que celles-ci peuvent subir reste encore trop banalisée et trop peu judiciairisée : « en dépit de gravité, elle suscite moins d'intérêt et de compassion que la protection de l'enfance et l'inertie des pouvoirs publics a longtemps répondu à l'indifférence de la société »¹⁵⁴. Le contrôleur général des lieux de privation de liberté alerte régulièrement les autorités sur ces violences qui évoluent au sein des familles comme des institutions. Il constate « d'une part, que ces personnes sont de plus en plus nombreuses et dans un état de santé souvent très délicat, d'autre part que les personnels, souvent admirables, qui en ont la charge sont loin d'avoir la qualification de soignants hospitaliers par exemple. La lassitude de la répétition (qui induit l'état de santé en cause), la fatigue des personnels parfois en nombre insuffisant, l'ingratitude des gestes à accomplir, la difficulté du dialogue sont à la source de dérives possibles ».

Cette difficulté au repérage de l'intentionnalité et du déni d'altérité peut être comprise comme une défense des soignants pour tenir face à des situations bien souvent plus qu'éprouvantes. Travailler auprès d'un public vulnérable est souvent perçu par les personnes extérieures comme « gratifiant ». Or si cela est souvent le cas, il ne faut pas minimiser l'impact de contamination traumatique et leurs effets sur les professionnels. Si aucune étude n'a jamais été réalisée sur les liens entre l'épuisement professionnel et l'objet de leur travail, nous ne pouvons pas faire l'impasse sur cette hypothèse. Nombre de participants à notre étude et de collègues rencontrés, témoignent de leur épuisement physique et psychique après quelques années d'exercice. Les changements de poste sont fréquents, les accidents de travail comme les arrêts maladie se multiplient, les départs en retraite ou les démissions de poste ne sont plus exceptionnels tout comme les suicides même si aucun chiffre officiel n'est transmis par le Ministère de la Santé.

Ce mal-être peut s'expliquer sans doute par le bouleversement des identités professionnelles lié à la T2A que nous avons rappelé dès notre introduction et qui parasite le travail au quotidien. Mais il y a aussi toute une dimension personnelle liée à l'histoire

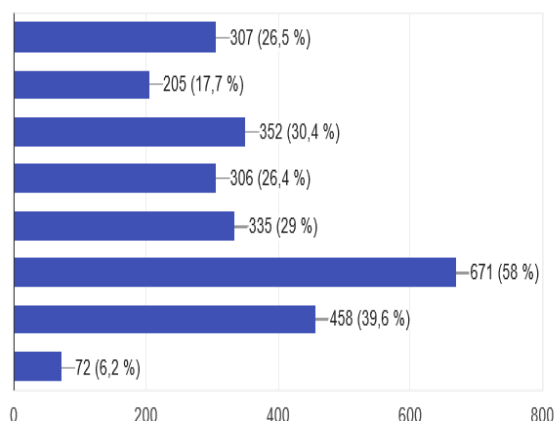
¹⁵⁴ ROMAN D., *Vieillesse et droits fondamentaux : l'apport de la construction européenne*, RDSS, Dalloz édition, 2008, p. 267.

individuelle de chacun. Il y a quelques années des espaces de supervision collective étaient systématiquement mis en place dans ces services. Désormais, faute de budget, cela n'existe presque plus et les professionnels n'ont pas les moyens, pour la plupart, de se payer une supervision individuelle. Le résultat est qu'ils se retrouvent seuls face à leurs doutes, face à leurs interrogations, face à ce que viennent bouleverser ces situations dans leur rapport à l'interdit, à la loi, à l'éducation, à la sexualité. Au-delà de leur histoire passée, en particulier infantile, il y a leur vie d'aujourd'hui qui peut les rendre moins disponibles (maladie, deuil, séparation) et faire que leurs mécanismes de protection psychique face à l'indicible seront moins efficaces.

Il faut aussi compter sur les enjeux bien présents du travail au sein de leur institution ou de leur activité libérale. Les relations avec les collègues ou les partenaires, ne sont pas toujours simples, pas davantage que celle avec la hiérarchie qui peut avoir, certaines fois, des avis très différents sur une situation.

Dans le cadre de l'étude proposée, une question était consacrée aux principales difficultés rencontrées par les professionnels de santé lors d'une situation laissant évoquer une maltraitance. Le tableau ci-après synthétise les résultats. Il permet de constater la variabilité des ressentis et le fait que 6,2 % des répondants expliquent ne pas être concernés par cette question, laissant l'hypothèse qu'ils n'ont aucune difficulté dans leur pratique face au signalement.

Quelles sont les difficultés principales que vous avez rencontrées ?



- Dans le repérage des troubles : 26,5 %.
- Dans le diagnostic : 17,7 %.
- Dans les liens avec les autres professionnels : 30,4 %.
- Dans les liens avec les autres institutions : 26,4 %.
- Dans le relais pour une autre prise en charge : 29 %.
- Dans la prise de décision à signaler ou non : 58 %.
- Dans la suite de la prise en charge : 39,6 %.
- Non concerné : 6,2 %.

Les professionnels ayant participé à notre étude expliquent que leurs principales difficultés ont été liées à la décision même de signaler (58 %) bien plus qu'en raison de problèmes de repérages cliniques (17,7 %). Ces résistances se traduisent par des réactions de défense multiples : de l'identification projective, à la banalisation, au mensonge, au rejet, au déni voire à l'agressivité. Ces manifestations défensives peuvent conduire à des troubles particuliers appelés traumatisme vicariant (troubles présentés par des professionnels non directement victimes, mais s'occupant de victime). Même si ce sujet fait l'objet de mémoire ou d'article sur une situation donnée, l'étendue de ces conséquences n'a jamais été étudiée de façon quantitative en France¹⁵⁵ exceptée en 2002 auprès de chefs d'établissement scolaire¹⁵⁶. Il n'a pas, par exemple, été possible de mener une étude sur les conséquences psychotraumatiques des soignants intervenus lors des attentats à Paris comme à Nice. L'impossibilité de mener une recherche sur ce sujet se traduit par un refus des institutions concernées. Il peut s'expliquer par les enjeux en termes d'engagement de la responsabilité des autorités face à l'impact sur la santé des intervenants. Le droit du travail stipulant « qu'aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses

¹⁵⁵ Les références sur le traumatisme vicariant sont principalement issues d'études américaines, bien plus habituées à ce type d'analyse, pour exemple la publication de BAIRD, K., & KRACEN, A. C. Vicarious traumatization and secondary traumatic stress : A research synthesis*. *Counselling Psychology Quarterly*, 2006, 19(2), 181-188. <https://doi.org/10.1080/09515070600811899>

¹⁵⁶ HORENSTEIN JM. & al., *Le traumatisme vicariant : Étude sur une population de chefs d'établissement*, MGEN, 2002. <https://www.fondation-maif.fr/up/pj/rapport-final-traumatisme-vicariant.pdf>

conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou morale ou de compromettre son avenir professionnel » (art. 4121-1 du Code du travail)

Pourtant il serait fort utile, en termes de santé publique de l'évaluer auprès des professionnels de la protection de l'enfance et de ceux exerçant auprès de personnes âgées vulnérables.

Section 2 - L'absence de bases cliniques communes

Signaler un mineur ou un adulte âgé en danger nécessite du professionnel une évaluation rigoureuse qui est, comme nous l'avons rappelé au tout début de ce travail, particulièrement complexe. Il s'agit de ne pas se tromper, car le professionnel a bien notion que sans preuve matérielle des violences, il sera bien difficile d'espérer une protection de l'enfant ou de la personne âgée vulnérable.

De nombreux professionnels cherchent donc, avant tout signalement à s'assurer des preuves des violences qu'elles soient psychologiques, corporelles ou sexuelles. En principe cette démarche relève du travail des enquêteurs, mais les expériences de signalements classées deviennent si nombreuses, que les professionnels ne s'engagent plus à signaler sur de simples mots, sauf dans les cas où des troubles spécifiques y sont associés.

L'évaluation médicale est essentielle, mais bien des maltraitances ne laissent pas de traces visibles. Quand elles existent et qu'un médecin peut établir un certificat avec une incapacité totale de travail, le magistrat a alors des éléments essentiels pour engager des poursuites, voire qualifier le type des infractions et le quantum de la peine¹⁵⁷. C'est la raison pour laquelle de nombreux signalements de mineurs ou d'adultes vulnérables supposées victimes de maltraitance conduisent à un examen médico-légal au sein d'un service d'urgence médico-légal pour que des constatations précises puissent être effectuées (photos, prélèvements, mises sous scellées, traitement prophylactique). Car sans constatations médicales, le procureur de la République peut décider de classer sans suite pour insuffisances de preuve¹⁵⁸, même si, en principe l'absence de certificat médical ne conditionne pas la poursuite de l'enquête judiciaire. Cette évolution dans les pratiques des décisions judiciaires

¹⁵⁷ Art. 222-11, 222-12, 222-13, 222-14, R. 624-1 et R. 625-1 du C. pén.

¹⁵⁸ DIEU F. et SUHARD P., *Justice et femme battue. Enquête sur le traitement judiciaire des violences conjugales*, Paris, L'Harmattan, 2008, p. 90 : sur quarante-deux décisions judiciaires prises en l'absence de certificat médical, vingt-trois étaient des classements sans suite.

explique sans doute en partie les réticences des soignants à signaler quand ils n'ont pas de « preuves absolues », car signaler est alors perçu comme « dénoncer » et non protéger.

Dans le cadre de notre étude, nous avons essayé de savoir si les professionnels étaient d'accord sur ce qu'ils entendaient par maltraitance. L'absence de consensus réel parmi les définitions internationales, cela se répercute dans la pratique des intervenants de terrain. En absence de bases cliniques communes, il n'y a aucune définition qui fasse consensus ce qui entraîne d'inévitables biais dans la représentation des situations, chacun appréciant la maltraitance selon ses propres référentiels.

Sur les 1 157 réponses qui nous ont été transmises, il n'y a aucune définition commune. Nous avons eu autant de définitions que de participants à notre recherche. Nous avons laissé une question ouverte pour permettre aux professionnels de répondre à ce qui leur paraissait être un acte de maltraitance. Dans 5 % des cas, la maltraitance est considérée par les professionnels comme un acte « involontaire », « inconscient », de « personnes elles-mêmes maltraitées ».

Certaines réponses, venant de professionnels de santé ne peuvent que nous laisser dubitatifs, car elles témoignent du vide conséquent de connaissances à ce sujet, par exemple : « c'est le contraire de la bienveillance », « la maltraitance c'est la bêtise fatiguée » ...ou « rien à signaler »....

L'analyse croisée des données permet de constater que la formation initiale n'induit pas de différence significative dans la connaissance des textes relatifs aux enfants maltraités et aux adultes vulnérables. En revanche l'expérience et la formation continue permettent d'apporter les connaissances nécessaires à ce sujet.

Quant à la question ouverte sur la définition de l'adulte vulnérable, là encore il n'existe aucune définition commune, mais des approches où la subjectivité des uns et des autres apparaît comme évidente. La notion de personne fragile sans défense revient majoritairement (80 %). La notion d'une vulnérabilité qui ne serait pas fixée, mais qui évoluerait selon les épreuves de la vie (handicap, maladie, vieil âge) est intégrée pour 60 % des professionnels. Pour un professionnel, le fait d'avoir vécu des traumatismes infantiles rend inévitablement vulnérable à l'âge adulte. De façon générale, les professionnels ne différencient pas vulnérabilité intrinsèque (liée à l'individu) de la vulnérabilité contextuelle (due aux modalités de vie). Ce qui fait qu'ils se retrouvent en difficulté dans le repérage de certaines maltraitements en particulier en particulier les situations d'inceste et de violences financières institutionnelles.

En 2019 il peut apparaître incroyable que les professionnels susceptibles de s'occuper d'enfants (soignants enseignants, personnels socio-éducatifs, magistrats, enquêteurs) ou d'adultes vulnérables ne soient pas formés à la clinique du développement de l'enfant, à celle du psychotraumatisme et à celle des troubles liés aux maltraitances. C'est pourtant une réalité. Si un programme commun existe en France au niveau scolaire (jusqu'à la réforme en cours), qui fait par exemple que tous les élèves de terminale ont le même programme d'histoire, dès qu'il s'agit des formations post-bac, chaque lieu fait ce qu'il veut. Et c'est ce qui se passe dans le domaine de la maltraitance. Dans les universités de médecine, les écoles de sages-femmes, les facultés de psychologie, instituts de soins infirmiers ou de travailleurs sociaux, si un responsable est sensibilisé à la maltraitance les étudiants pourront être formés. Autrement rien, où le strict minimum de quelques chiffres et de rapides définitions.

Dans un tel contexte, il n'est pas surprenant que des troubles cliniques pourtant spécifiques passent inaperçus ou que certains attendent « l'élaboration » d'une demande d'aide d'une victime pour commencer à s'activer alors qu'il est aujourd'hui bien décrit que le silence, la honte, la culpabilité et la terreur sidèrent plus d'une personne exposée à des maltraitances.

Chapitre 2 : Les difficultés de repérage dues au manque de formation

Les difficultés de repérages dues au manque de formation se vérifient à travers le constat de ce manque de formation dans les réponses transmises et les conséquences de celui-ci dans les pratiques professionnelles, en particulier quand une maltraitance est suspectée.

Section 1 - Le constat du manque de formation

La difficulté à repérer les maltraitances est justifiée par de nombreux professionnels par le manque de formation. Si certaines maltraitances font des traces visibles et repérables, la majorité (violences psychologiques et certaines violences sexuelles) ne fait aucune trace quantifiable. Et ces violences invisibles sont d'autant plus difficiles à repérer qu'elles confrontent le professionnel à l'indicible et que la plupart des victimes ne se plaignent pas directement. Être formé au repérage de tous les troubles et aux modalités d'aborder la situation avec les victimes devrait être prévu dans toutes les formations initiales des métiers du soin. Ce n'est pas le cas.

Si les formations cliniques initiales semblent présenter des carences massives en termes de préparation des professionnels à la réalité du terrain (en particulier au sujet des maltraitances sur les personnes âgées), il pourrait être envisagé que les formations continues puissent pallier à ces manquements en termes de formation initiale.

Mais tout comme pour les formations dans le domaine législatif, nous ne pouvons que constater que nous sommes très loin de cette réalité selon les réponses des participants à ce questionnaire.

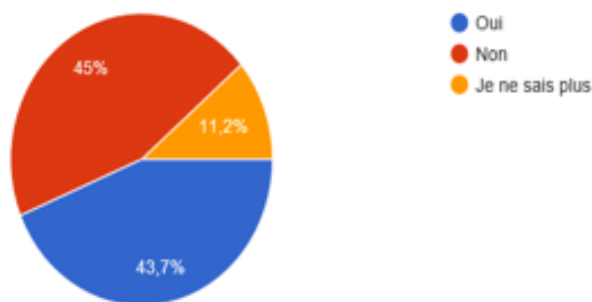
Dans notre étude, de façon massive et toutes professions confondues, les professionnels expliquent ne pas avoir eu de formation initiale sur la maltraitance ou ne pas s'en souvenir (ce qui peut laisser penser que la formation a été très courte, non mémorisée et de ce fait n'a pas rempli ses objectifs pédagogiques). Parmi ceux ayant bénéficié de formations, seuls 13 % déclarent avoir eu un enseignement de bonne qualité.

Le domaine des personnes âgées est le plus sinistré avec 77,3 % des professionnels expliquant ne pas avoir eu (ou « ne plus savoir s'ils ont eu ») de formation à ce sujet. La maltraitance de l'adulte vulnérable (personne handicapée, femme enceinte) est avec 76,4 % de professionnels non formés au début de leur activité professionnelle, le secteur le plus concerné. Du côté de la maltraitance des enfants, la situation est légèrement moins dramatique, mais l'on

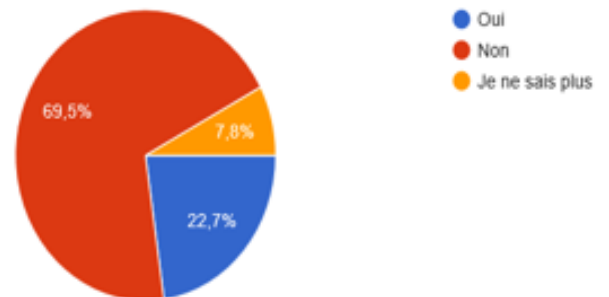
atteint tout de même une majorité de professionnels qui expliquent ne pas être formés en début de carrière.

Synthèse des réponses aux questions posées : avez-vous reçu une formation sur la maltraitance de l'enfant ? Avez-vous reçu une formation sur la maltraitance d'une personne âgée, avez-vous reçu une formation sur la maltraitance des adultes vulnérables ?

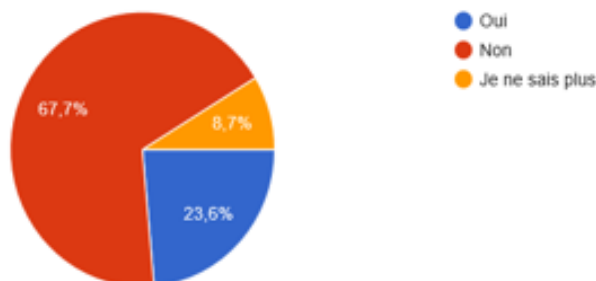
Maltraitance de l'enfant



Maltraitance d'une personne âgée



Maltraitance de l'adulte vulnérable



Il apparaît clairement que les soignants ayant participé à cette étude disent de ne pas avoir reçu de formation au sujet de la maltraitance particulièrement au sujet de la maltraitance des personnes âgées avec plus de 69 % de professionnels qui déclarent n'en avoir pas eue. Ils sont près de 68 % à faire le même constat pour les personnes vulnérables. La formation au sujet de la maltraitance des enfants apparaît un peu moins mise à mal, mais 45 % des professionnels expliquent quand même ne pas avoir été formés à ce sujet. Les difficultés des soignants face au signalement apparaissent d'emblée comme résultant de manque de formation. Celui se confirme

dans nos résultats tant au niveau clinique que juridique apparaissent directement liés au manque de formation que ce soit en formation initiale que dans le cadre des formations continues. Ils ont encore plus importants au sujet des personnes âgées vulnérables que pour les mineurs.

1° État des formations initiales

Dans notre recherche, la formation initiale (FI) sur l'aspect juridique semble un peu mieux assurée que sur la dimension clinique : 39,2 % disent avoir reçu des informations sur la loi et leurs obligations légales en matière de maltraitance. Mais majoritairement, là encore, la majorité des professionnels expliquent, n'avoir pas eu en formation initiale de cours sur les modalités de signalement qu'il s'agisse de signalement administratif ou judiciaire (79,6 %). Aucun cours de mises en situation pratique et de travail sur des écrits réels ne semble exister, actuellement en formation initiale pour les soignants. 71 % des professionnels reconnaissent ne pas savoir rédiger les signalements et près de 89 % ignorer l'évolution des textes de loi relatifs à la maltraitance, la situation étant encore plus critique au sujet des adultes vulnérables que pour les enfants. Un tel constat pourrait paraître surprenant, mais en l'absence de programme commun d'un centre de formation à l'autre, les étudiants dépendent en grande partie de l'orientation donnée à leur filière par les enseignants et des intervenants leurs de leurs cours. En psychologie par exemple, la majorité des Maîtres de Conférences n'ont plus (voire n'ont jamais eu) d'activité clinique ou s'ils en ont encore une elle est en libéral. De ce fait des milliers de psychologues sont formés par des théoriciens et non des cliniciens. Ils se retrouvent sur le terrain institutionnel sans la moindre connaissance des rouages de ce type de lieu, sans connaître leurs obligations, sans savoir se positionner.

En formation initiale, quel que soit le sujet, moins de la moitié des répondants à notre recherche dit avoir eu la transmission de connaissances minimales dans le domaine juridique et cela est d'autant plus important concernant les personnes âgées vulnérables : moins de 25 % des répondants ont eu des formations à leur sujet. Les formations initiales les plus répandues concernent la loi au sujet de la maltraitance de l'enfant.

Les conséquences sur le terrain sont pour beaucoup de spécialistes¹⁵⁹, désastreuses,¹⁶⁰ et expliquent selon eux les difficultés actuellement rencontrées dans les résistances des professionnels à signaler¹⁶¹.

¹⁵⁹ BERGER M., *L'échec de la protection de l'enfance*, Paris, Dunod, 2014.

¹⁶⁰ LABORDE F., CREOFF M., *Le Massacre des Innocents, les oubliés de la République*, éd. Amazon, 2018.

¹⁶¹ TURSZ A., *Les Oubliés. Enfants maltraités en France et par la France*, Paris, Le seuil, 2010.

2° État sur les formations continues

Si les formations initiales semblent présenter des carences massives en termes de préparation des professionnels à la réalité du terrain (méconnaissances cliniques liées à l'absence de référentiels communs aussi bien que légales), il pourrait être envisagé que les formations continues pourraient pallier ces manquements. Mais selon les réponses des participants à ce questionnaire nous sommes bien loin de cette perspective, car là encore, les manquements sont majeurs. Faute de temps et de moyens, les professionnels restent pour la plupart sans formation continue proposée à ce sujet. Les rares professionnels formés le sont sur leurs fonds propres ou parce qu'ils insistent auprès de leur institution et finissent par être formés. C'est le même problème du côté des enquêteurs qui se retrouvent majoritairement à faire des auditions d'enfants victimes sans formation, car celles-ci disparaissent et seuls les professionnels volontaires participent aux rares formations proposées. Idem pour les magistrats et les professionnels du milieu scolaire et socioéducatif. Tant que la formation sur la maltraitance ne sera pas obligatoire en formation initiale comme en formation continue, les carences resteront majeures. C'est un réel problème sur le terrain lorsque l'on constate que des professionnels restent avec les (faibles) acquis initiaux et n'ont pas d'informations transmises sur l'évolution des lois. Pour exemple plus de deux ans après le décret de 2016 sur les modalités de rédaction des IP, un très grand nombre de professionnels de Conseils Départementaux, censés réaliser l'évaluation des Informations Préoccupantes, méconnaissent le contenu de ce décret fondamental. Idem pour les délais de prescription qui sont des plus fantaisistes quand une question à ce sujet est posée lors de formations.

En formation continue, nous constatons la même prévalence des formations au repérage de la maltraitance de l'enfant (40 %, c'est presque autant qu'en formation initiale), et à la rédaction des signalements pour les enfants que pour celle concernant les personnes âgées vulnérables.

Les professionnels déclarent être encore moins formés sur les questions relatives aux maltraitements des personnes âgées que celles concernant les mineurs. Ceux qui restent informés sont ceux qui lisent et qui vont chercher l'information. Si cette démarche de lecture, de recherche n'est pas faite, les professionnels restent pendant toute une carrière sur les éléments qu'ils ont reçus initialement et les bribes d'informations captées ici et là. C'est un réel problème, qui pose celui de la motivation des intervenants, mais aussi du suivi de la part des cadres et responsables institutionnels qui sont censés informer et s'assurer que l'information est bien transmise et intégrée du côté des agents. Le manque de financement pour les abonnements

aux revues professionnelles et pour la formation est aussi un réel problème, puisque les professionnels n'ont majoritairement pas les moyens de se former sur leurs fonds personnels.

Les résultats de notre étude nous permettent de confirmer que sans formation suffisante, il n'y a pas de repérage possible. Sans être suffisamment formés, les professionnels ne voient pas la maltraitance ou préfèrent ne rien signaler par crainte de se tromper. Ils ont tendance à banaliser, à croire sur parole des explications abracadabrantesques données par les proches ou à faire de véritables auditions auprès de la victime ce qui conduit à son mutisme immédiat. Loin d'être perçues comme un cadre rassurant, la loi et la multiplication des textes depuis quelques années sont perçues comme un engrenage obscur par de nombreux professionnels dont certains disent même en être terrifiés : « nous n'avons ni les moyens humains, ni le temps pour évaluer correctement les situations dans un contexte où les proches n'hésitent plus à judiciariser et où la moindre erreur de notre part nous menace de poursuite. C'est effrayant » ou « on a à peine intégrée une loi, qu'une nouvelle est votée. On nous dit que « personne n'est censé ignorer la loi » et que c'est à nous de nous informer, sauf que ce n'est pas si simple ». Dans un tel contexte, nous pourrions penser que les soignants solliciteraient d'autres intervenants, mais cela n'est fait que dans moins de 20 % des cas. Le manque d'échanges entre professionnels se fait également ressentir dans l'expression désabusée de professionnels qui regrettent de ne pas avoir de retour des équipes sollicitées. « Il y a une carence phénoménale en termes de communication au sein des équipes et entre équipes », explique ainsi un gérontologue d'EHPAD, « comment envisager que l'on puisse signaler correctement si déjà au sein du service nous n'avons pas d'échanges et si, quand on signale, nous n'avons aucun retour ? Cela épuise et dégoûte les plus motivés d'entre nous ».

Cela se retrouve dans les réponses données à notre questionnaire avec les difficultés multiples rencontrées par les professionnels et le faible taux de ceux expliquant avoir rencontré des situations de maltraitance, quand on connaît les chiffres officiels.

Une des questions de l'étude est assez révélatrice des difficultés rencontrées face aux situations de maltraitance et aux perspectives de signalement. Lorsque les professionnels sont interrogés sur leurs pratiques et le fait qu'ils aient suspecté une situation de maltraitance dans leurs trois dernières années d'exercice, 13,9 % d'entre eux expliquent ne pas avoir été confronté à une seule situation qui aurait pu les alerter ; ce qui compte tenu du nombre de personnes vues apparaît difficilement concevable au vu des chiffres de l'ONPE sur la fréquence des maltraitances.

3° Les carences selon les types de professions

Données obtenues concernant la formation des professionnels

Question	Variables	Je ne sais plus	Non	Oui	Total
Avez-vous eu dans le cadre de votre formation initiale des cours sur : (en pourcentage de la population interrogée)	La maltraitance de l'enfant ?	11,2	45	43,7	99,9
	Vos obligations légales en matière de révélation des maltraitances sur personne vulnérable ?	13,1	47,7	39,2	100
	La maltraitance de l'adulte vulnérable (handicapé, femme enceinte, violences conjugales) ?	8,7	67,7	23,6	100
	La maltraitance de la personne âgée ?	7,8	69,5	22,7	100
	Les modalités de rédaction d'une information préoccupante ou d'un signalement ?	6,7	72,9	20,4	100
Depuis votre diplôme, avez-vous bénéficié de formation (s) pour savoir comment : (en pourcentage de la population interrogée)	repérer des signes de maltraitances chez l'enfant (évoqueurs, spécifiques, non-évoqueurs) ?	0	60	40	100
	repérer des signes de maltraitances chez l'adulte (évoqueurs, spécifiques, non-évoqueurs) ?	0	76,9	23,1	100
	rédiger un signalement ou une IP pour un enfant ?	0	71	29	100
	rédiger un signalement ou une information préoccupante pour un adulte vulnérable ?	0	88,9	11,1	100

Tableau concernant les taux de formation (FI & FC) selon les professions et les thématiques

Nous avons représenté sous forme de ++/-- le fait que telle catégorie professionnelle était sur/sous-représentée pour tel ou tel type de formation. C'est un indicateur synthétique qui combine les pourcentages de oui/non/je ne sais plus de chaque variable. Nous précisons quand c'est le cas, le taux moyen de « je ne sais plus » ou le taux moyen de « oui ». Il s'agit de sur/sous-représentation par rapport à la moyenne. Être mieux formé, cela veut dire, mieux formé que la moyenne... Si cette dernière est faible, « mieux » ne signifie pas pour autant « suffisant ». ; avoir reçu une formation ne signifie pas forcément « être bien formé » ...

Nous avons attribué un Code couleur pour la lisibilité : plus c'est vert, plus les professionnels ont eu significativement plus accès à de la formation, plus c'est orange, plus ils ont eu significativement moins accès à une formation. En violet, ceux où le « je ne sais plus » est trop important pour que les chiffres soient utilisables tels quels.

Pour plus de lisibilité il a été représenté sous forme de ++/-- le fait que telle catégorie professionnelle était sur/sous-représentée pour tel ou tel type de formation. C'est un indicateur synthétique qui combine les pourcentages de oui/non/je ne sais plus de chaque variable. Nous précisons quand c'est le cas, le taux moyen de « je ne sais plus » ou le taux moyen de « oui ». Il s'agit de sur/sous-représentation par rapport à la moyenne. Être mieux formé, cela veut dire, mieux formé que la moyenne... Si cette dernière est faible, « mieux » ne signifie pas pour autant « suffisant ». ; avoir reçu une formation ne signifie pas forcément « être bien formé »...

Les formations au sujet des personnes âgées apparaissent chez la majorité des professionnels comme insuffisantes en tous cas bien davantage que celles relatives aux maltraitements sur les enfants.

Nous constatons que les psychologues sont les professionnels les plus carencés en termes de formation qu'il s'agisse du domaine clinique que juridique. Ce qui peut 'expliquer en particulier par le fait que la formation universitaire des psychologues est assurée par des enseignants qui ne sont pas des praticiens ou qui ne le sont que via des consultations privées ce qui conduit à un biais dans le recrutement des patients. Les étudiants en psychologies ont souvent beaucoup de difficultés pour trouver des stages (en raison du manque de professionnels pouvant les prendre en charge du fait des innombrables temps partiels et du manque de temps, mais aussi de certaines pratiques telles que la psychothérapie qui ne permet pas l'accueil d'un stagiaire. L'absence de budget pour rémunérer les stages des psychologues est aussi une explication. Tout cela fait qu'une fois diplômés, les psychologues ont un diplôme d'État qui

atteste de leurs connaissances théoriques, mais des manquements considérables en termes de formations pratiques.

Nous avons attribué un Code couleur pour la lisibilité : plus c'est vert, plus les professionnels ont eu significativement plus accès à de la formation, plus c'est orange, plus ils ont eu significativement moins accès à une formation. En violet, ceux où le « je ne sais plus » est trop important pour que les chiffres soient utilisables tels quels. Les pédopsychiatres et les médecins généralistes ressortent comme des professions moins sinistrées au niveau des formations. Certains professionnels qui pourraient être des relais essentiels dans le repérage (comme les orthophonistes) sont majoritairement insuffisamment formés à ce sujet. Un responsable de formations nous explique que « ce n'est pas la priorité en formation initiale. Il y a déjà tant de choses à leur apprendre. Ils verront bien sur le terrain, car nous ne pouvons pas tout aborder ».

	Avez-vous eu dans le cadre de votre formation initiale des cours sur					Depuis votre diplôme, avez-vous bénéficié de formation (s) pour savoir			
	Les modalités de rédaction d'une information préoccupante ou d'un signalement ?	La Loi et sur vos obligations légales en matière de révélation des maltraitances sur personne vulnérable ? (Code variable : Flegal)	La maltraitance de l'enfant ? (Code variable : FIME)	La maltraitance de la personne âgée ? (Code variable : FIPA)	La maltraitance de l'adulte vulnérable (handicapé, femme enceinte, violences conjugales) ? (Code variable : FIMAV)	Comment repérer des signes de maltraitances chez l'enfant ? (Code variable FCME)	Comment repérer des signes de maltraitances chez l'adulte ? (Code variable FCMA) ATTENTION, pas significatif statistiquement.	Comment rédiger un signalement ou une IP pour un enfant ? (FCredacME)	Comment rédiger un signalement ou une IP pour un adulte vulnérable ? (FCredacAV)
Gérontologue	+	=, mais JNSP a 21 %	+, mais JNSP 21,4 %	moyenne	=, mais JNSP 21,4 %	--	++	--	++
Infirmière/Infirmier	1 peu plus de JNSP et un peu moins de oui que la moyenne	1 peu plus de JNSP et un peu moins de oui que la moyenne	- mais JNSP 17,5 %	+++	+	--	moyenne	--	moyenne
Médecin généraliste	++	+	++	-	moyen	+	+	+	+
Orthophoniste	--	=, mais NSP 27 %	=, mais JNSP 18,2 %	++	--	---	--	---	--
Pédiatre	+	1 peu plus de JNSP et un peu moins de non que la moyenne	1 peu plus de JNSP et un peu moins de oui que la moyenne	--	---	+++	-	++	-
Pédopsychiatre	++	++	+++	-	+	+++	--	++	moyenne +
Psychiatre	1 peu plus de JNSP et un peu moins de non que la moyenne	++	+	-	-	moyenne	+	moyenne -	++
Psychologue	--	--	-	-	-	+	moyenne	moyenne +	-
Sage-Femme	+	++	-	--	+++	--	++	--	+
je ne sais plus	6,70 %	13,10 %	11,20 %	7,80 %	8,70 %	taux moyen de oui 40 %	Taux moyen de oui : 23,1 %	taux moyen de oui : 29 %	taux moyen de oui : 11,2 %

Tableau Taux formation (FI et FC) selon la durée dans l'activité et les sujets

	Avez-vous eu dans le cadre de votre formation initiale des cours sur					Depuis votre diplôme, avez-vous bénéficié de formation (s) pour savoir			
	Les modalités de rédaction d'une information préoccupante ou d'un signalement ?	La Loi et sur vos obligations légales en matière de révélation des maltraitances sur personne vulnérable ? (Code variable : Flegal)	La maltraitance de l'enfant ? (Code variable : FIME)	Sur la maltraitance de la personne âgée ? (Code variable : FIPA)	La maltraitance de l'adulte vulnérable (handicapé, femme enceinte, violences conjugales) ? (Code variable : FIMAV)	Comment repérer des signes de maltraitances chez l'enfant ? (Code variable FCME)	Comment repérer des signes de maltraitances chez l'adulte ? (Code variable FCMA)	Comment rédiger un signalement ou une IP pour un enfant ? (FCredacME)	comment rédiger un signalement ou une IP pour un adulte vulnérable ? (FCredacAV)
Moins de 5 ans	+	++	++	++	++	--	--	--	--
5 à 10 ans	moyen -	+	=	+	moyen -	-	moyen -	--	--
10 à 20 ans	-	-	moyen -	moyen -	-	+	moyen	+	moyen
Plus de 20 ans	-	--	--	--	--	++	++	++	++
je ne sais pas global	6,70 %	13,30 %	11,20 %	7,80 %	8,70 %	Taux moyen de oui : 40 %	Taux moyen de oui : 23,1 %	Taux moyen de oui : 29 %	Taux moyen de oui : 11,1 %

Tableau correspondant aux réponses à la question sur les difficultés rencontrées

	Fréquence	%	% valide	% cumulé
Aucune difficulté rencontrée	70	6,1	6,1	6,1
dans la prise de décision à signaler ou non	140	12,1	12,1	18,2
dans la suite de la prise en charge	73	6,3	6,3	24,5
dans le relais pour une autre prise en charge (ex. trouver un médecin ou un psychothérapeute)	37	3,2	3,2	27,7
dans le diagnostic, dans le repérage des troubles	39	3,4	3,4	31,0
dans les liens avec les autres institutions	25	2,2	2,2	33,2
dans les liens avec les autres professionnels	41	3,5	3,5	36,7
Mixte dont prise décision signaler	503	43,5	43,5	80,2
Mixte, sans prise décision signaler	229	19,8	19,8	100,0
Total	1157	100,0	100,0	

Si nous analysons les variables qui influencent les réponses à cette question, nous pouvons constater qu'elles sont nombreuses : profession, durée de votre exercice dans cette fonction, lieu d'exercice actuel, formation continue sur le repérage des signes de maltraitances chez l'enfant et chez l'adulte (évaluateurs, spécifiques, non-évaluateurs), formation continue sur la rédaction d'un signalement ou d'une information préoccupante pour un enfant et pour un adulte vulnérable, connaissance des textes judiciaires relatifs aux révélations des situations de maltraitance concernant les enfants et les adultes vulnérables.

Là encore quand les professionnels travaillent en équipe, sont formés, ont des espaces de régulation professionnelle pour échanger sur des situations, les difficultés sont nettement aussi importantes que dans les cas où ils sont isolés, sans formation suffisante et sans supervision.

La synthèse que nous pouvons effectuer à travers les différents tableaux transmis, permet de repérer différents points importants selon les professions. Tout d'abord le fait que les psychologues apparaissent comme ceux ayant manifestement reçu le moins de formation, toutes thématiques confondues (mineurs, personnes âgées, FI et FC); ensuite le fait que les généralistes semblent être ceux qui ont reçu la formation la plus large. Les gérontologues, les orthophonistes et les psychomotriciens sont ceux qui répondent beaucoup plus que les autres « je ne sais pas », « je ne sais pas quoi en penser » ce qui pourrait laisser croire que leur formation est insuffisante à tous niveaux. Hypothèse qui semble être confirmée au moins pour les gérontologues qui apparaissent comme très moyennement formés en FI même dans leur domaine, et encore davantage en FC. Enfin les pédopsychiatres sont les professionnels semblent nettement être mieux formés, dans leur domaine de spécialité (maltraitance enfants), ainsi que les sages-femmes (pour la maltraitance des adultes).

Nous constatons aussi qu'il y a une différence très nette au niveau du retour des professionnels sur leur formation selon la durée d'activité. L'amélioration est nette du côté des praticiens ayant reçu des formations initiales depuis dix ans, avec une augmentation encore du taux pour les professionnels ayant moins de cinq ans d'activité. Les professionnels ayant entre dix et vingt ans d'expérience ont significativement été moins formés en formation initiale, et ceux ayant plus de vingt ans d'exercice ont été très significativement moins formés en initial.

L'hypothèse peut être faite que les réformes ayant fait suite à la loi de 2007 ont conduit à des formations initiales abordant cette problématique davantage que dans le passé, en particulier la question du repérage des troubles. La différence apparaît moins importante sur le sujet de la rédaction d'un signalement en formation initiale.

Pour la formation continue, nous constatons que la bascule s'inverse : les moins de dix ans d'exercice ont significativement moins reçu de formation, et les plus de 20 ans d'exercice ayant très significativement plus bénéficié de formations. Cette différence peut se comprendre du fait de la durée d'exercice, mais nous pouvons aussi faire l'hypothèse que les jeunes professionnels ont moins accès aux formations en cours de carrière ce qui se confirme dans les témoignages de nombre d'entre eux expliquant que le « coût des formations », le « manque de temps », « l'absence de budget » ne permet plus de se former comme par le passé.

Le fait que les professionnels aient ou non bénéficié de formation initiale spécifique sur ce sujet n'apparaît pas comme une variable significative, ce qui pourrait nous laisser penser que la formation initiale n'atteint pas ses objectifs et que les professionnels se forment bien davantage, seuls, avec le temps et l'expérience. Cette hypothèse nous semble confirmée par le

fait que la durée d'exercice influence les difficultés à prendre la décision ou non de signaler. Les jeunes professionnels (moins de 10 ans d'exercice) qui ont moins de formation continue, mais plus de formation initiale citent significativement plus souvent la « prise de décision à signaler ou pas » comme une difficulté.

Les personnes exerçant dans des services spécialisés citent moins que les autres la prise de décision au signalement comme une difficulté. Sans surprise les personnes exerçant en libéral, en association, ou en mixte sans spécialité définie, citent plus souvent la prise de décision au signalement comme une difficulté. Cela peut se comprendre comme un effet de l'isolement et/ou un moindre accès moindre aux formations. Les personnes exerçant en structure hospitalière privée sont celles qui disent le plus ne pas avoir rencontré de difficultés...mais il n'est pas possible de savoir si cela est lié au fait qu'ils soient mieux formés ou que leur cadre d'activité soit moins exposé à ces situations.

Les professionnels ayant suivi une formation continue signalent plus de difficultés dans l'évaluation, mais moins souvent dans la prise de décision au signalement. Sans de formation continue, la décision de signalement est plus souvent citée comme difficulté. Il nous semble que cela peut indiquer que les formations permettent de conforter les praticiens sur le repérage, le diagnostic et la connaissance des textes, et donc faciliter la décision, mais que cela n'a que peu d'impact sur les autres facteurs (liens entre institutions et pro, et questions des suites de la prise en charge...)

Ces résultats amènent de nouveau à interroger le contenu des formations initiales et continues et la nécessité d'une refonte urgente et profonde des programmes pour que tout soignant ait un minimum de connaissance pour repérer et évaluer une situation de maltraitance.

Section 2 - Les conséquences du manque de formation

Le fait de ne pas connaître suffisamment la clinique comme la législation et les procédures participe grandement aux résistances des professionnels face au signalement par crainte de se tromper.

Les professionnels expliquent comme cette infirmière scolaire « gérer avec les moyens du bord, c'est-dire mon ressenti, les situations. Comme je n'ai pas tous les outils pour repérer des situations de maltraitements, je me dis qu'il vaut mieux ne pas faire plus de dégâts et j'essaye d'aider les jeunes avec mon écoute et toute mon attention. Dans les cas où un élève m'inquiète vraiment j'en parle avec le médecin scolaire ou d'autres collègues et je peux faire une information préoccupante. Mais bien souvent je n'ai pas les mots pour décrire mes inquiétudes

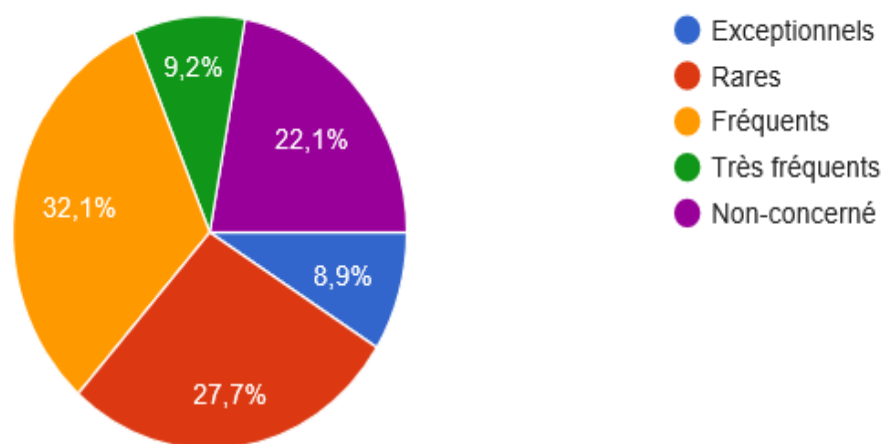
surtout si le jeune n'a pas fait de révélations et je préfère ne rien faire. Une fois j'ai été auditionnée, car il y avait eu un signalement judiciaire par le centre aéré. Les policiers m'ont demandé pourquoi je n'avais pas signalé alors que l'adolescente s'était confiée à moi. J'ai répondu que ses propos étaient tout de même très vagues et que je ne pouvais pas prendre le risque de me tromper. Aujourd'hui je sais que j'aurais dû agir et au moins ne pas rester seule. Mais il faut comprendre que lorsque l'on est un professionnel censé savoir et que l'on ne sait pas, c'est très dur. Dans les établissements scolaires, on nous désigne comme personnes-ressources pour tout et rien (des conduites suicidaires, aux abus sexuels, en passant par le harcèlement, la radicalisation, etc.) Mais nous ne sommes pas formés et globalement nous n'avons pas du tout les connaissances nécessaires pour bien évaluer. Il est impossible de le dire, car on passerait pour des incompetents et déjà que nous sommes peu reconnus et souvent disqualifiés par les collègues des autres institutions (hôpitaux, secteur social), là ça serait encore pire. Alors on préfère ne rien dire, ne pas signaler même quand on a des doutes. Je ne suis pas fière de vous le dire, mais au moins je suis honnête, car ça, c'est la réalité du terrain ».

Les conséquences du manque de formation sont multiples. Nous évoquerons en particulier les implications difficiles des soignants, puis la banalisation défensive face à cette situation et enfin les risques de psychiatisation systématique de ces situations,

§ 1 : L'implication difficile des soignants face au signalement de la maltraitance

Sans formation initiale ni continue sur le repérage des troubles cliniques et sur la façon d'aborder avec une victime les manifestations pathologiques qu'elle présente, il est bien difficile d'espérer que les professionnels se sentent très impliqués et soient motivés à travailler sur ce sujet. Ce qui explique sans doute que plus de 22 % des professionnels nous aient répondu ne pas se sentir concernés par le sujet pour les mineurs et plus de 28 % pour les personnes âgées vulnérables alors même, rappelons-le, que ces professionnels travaillent auprès de ce type de public au quotidien. Près de 28 % considèrent que ces situations étaient « rares » dans leur pratique, voire exceptionnelles (8,9 % pour les mineurs et 10,3 % pour les personnes âgées vulnérables).

Considérez-vous dans votre activité clinique, que les cas de maltraitance sur enfant sont :



§ 2 : La banalisation des faits de maltraitance

Une des conséquences du manque de formation clinique est, en dehors des résistances au signalement, la banalisation des troubles constatés. Pour un professionnel non formé à la clinique de la maltraitance il s'avère extrêmement compliqué de diagnostiquer et de repérer des troubles en particulier quand l'enfant ou l'adulte âgé ne parle pas (bébés, personnes handicapées mentales, personnes démentes). Les professionnels ont tendance à se raccrocher à des signes visibles, alors que ceux-ci sont les plus rares. Ce type de posture conduit inévitablement à banaliser des troubles pourtant évocateurs de maltraitance, mais qu'il est difficile de reconnaître comme tels quand la victime ne peut pas s'exprimer ou quand les proches donnent des explications qui au final rassurent le soignant. Comme le décrit ce pédiatre : « il m'arrive de me retrouver face à des bébés qui ont des bleus à des endroits suspects comme sur les fesses par exemple. Normalement un bébé qui ne marche pas ne tombe pas sur son fessier et n'a aucune raison d'avoir des marques d'hématomes. Je suis alors prudent et je demande au parent comment ces bleus sont arrivés. Si le parent m'explique que c'est le grand frère qui s'est cogné, sans faire exprès sur son petit frère j'ai tendance à croire le parent, car cela peut arriver dans la réalité. Dans d'autres cas si le parent m'explique que son enfant a des bleus sur la cuisse, car il lui a donné une fessée, car il avait désobéi, je lui rappelle que l'on n'a pas le droit de frapper son enfant, mais je ne signale pas. S'il fallait que je signale tous les parents qui ont donné une fessée à leur enfant, je passerais mon temps à cela et je n'aurais plus aucune clientèle. Alors

c'est vrai que tout ce qui est à la frontière entre rigueur éducative et violences est toujours source d'interrogation ».

Aux urgences un médecin explique la banalisation qu'il constate ces dernières années quant aux traces physiques sur les enfants : « avec la crise, les gens sont épuisés et sûrement qu'ils ont la main plus leste qu'avant. Il y a des enfants vraiment insupportables. Il faut aussi se mettre à la place de parents qui ont travaillé toute la journée, qui rentrent chez eux avec des enfants qui n'écoutent rien. Alors c'est vrai que l'on n'a pas le droit de frapper son enfant, mais on peut aussi comprendre que certains craquent ans pour autant les q de « maltraitants ». Tout dépend des explications qu'ils donnent. Si vraiment c'est chez eux un mode éducatif récurrent, là on signale, autrement on met cela sur le compte de la fatigue et de la difficulté à être parent ».

Dans un EHPAD un masseur-kinésithérapeute explique « qu'il faut comprendre que les soignants soient es fois un peu brusques en raison de la pathologie des usagers. Quand vous avez une personne Alzheimer qui éructe, frappe, tape, vous pouvez à votre tour être plus vif dans vos gestes et certaines fois vous énerver. Je n'en pense pas que cela soit de la maltraitance. C'est lié à la pathologie des gens dont on s'occupe, c'est comme ça. »

§ 3 : La psychiatisation excessive

Ils ont aussi facilement recours à des étiquettes diagnostiques ce qui peut apparaître réconfortant. Nous constatons ainsi le nombre incalculable de jeunes enfants placés diagnostiqués psychotiques, avec des troubles de l'hyperactivité¹⁶², alors qu'ils manifestent avant tout des troubles post-traumatiques spécifiques, mais totalement méconnus des intervenants (pour exemple les troubles dissociatifs, les jeux post-traumatiques, les encoprésies réactionnelles à des abus). Les enfants se trouvent alors placés sous camisoles chimiques avec des traitements totalement inadaptés et bien souvent totalement irrespectueux des AMM (Autorisations de Mises sur le Marché). Un exemple récurrent est celui d'enfants placés mis sous Ritaline © ou équivalent, car ils présentent des troubles du comportement. Ce traitement nécessite pourtant un bilan neurologique complet avec encéphalogramme pour s'assurer des causes physiologiques de l'hyperactivité, l'organisation de paliers thérapeutiques (période sans prise du traitement) et un suivi psychothérapeutique de l'enfant et de ses proches. En pratique, de nombreuses ordonnances sont effectuées sans le moindre bilan neurologique et renouvelées

¹⁶² NOEL J., SOULE M. L'enfant « cas social », in S. LEOVICI, DIATKINE R, SOULE M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Quadrige, 2004, p.2337-2364.

sans aucun respect des recommandations d'usage. Un Président de Conseil Départemental avait répondu lors d'un colloque au sujet de cet exemple que « le manque de budget ne permet pas d'avoir assez d'éducateurs la nuit pour gérer les angoisses des enfants. Alors la camisole chimique elle assure le calme dans la structure ». Certes. Mais si cet enfant placé ne rencontre jamais un adulte capable de l'aider à décrypter ses troubles et à mettre des mots sur son comportement, il n'est pas près d'élaborer sa souffrance psychique et d'apprendre à contenir ses troubles. Et à 18 ans, quand sorti du jour au lendemain des lieux de placement il se retrouvera seul, dans quel état de dépendance aux psychotropes sera-t-il ? Il en est de même pour les personnes âgées vulnérables en particulier quand elles sont placées. Les soins médicaux aux personnes âgées ont évolué au rythme des connaissances sur cette population comme pour les adolescents. Le principe des soins est de toujours évaluer la balance bénéfiques/risques dans le respect des besoins de chacun, mais il peut arriver que ce soit la balance bénéfiques/risques de l'institution qui soit prise en compte plutôt que celle de la personne qu'elle soit mineure ou âgée vulnérable, surtout quand celle-ci n'est pas/plus en capacité d'élaborer la moindre demande. La médicalisation par des traitements multiples dont des psychotropes pour que les personnes soient plus calmes, apparaît souvent comme une réponse immédiate à des symptômes qui fait écran à d'autres besoins auxquels il n'est pas répondu (par exemple somnifères pour dormir, mais aucun accompagnement humain pour comprendre d'où viennent ces troubles du sommeil ; traitements hypnotiques pour gérer des patients agités là où il n'y a pas assez de personnels.) Plus la « médicalisation » s'impose, plus il est constaté que les endroits de prises en charge sont déshumanisés et une épreuve pour tous (mineurs ou personnes âgées prises en charge, proches protecteurs, soignants). La déshumanisation est particulièrement dénoncée dans les EHPAD,¹⁶³ mais existe aussi dans les foyers pour mineurs avec toujours cette problématique relevée par les soignants du manque de personnel qui conduit à banaliser les troubles ou à les traiter à hautes doses médicamenteuses.

Diriez-vous que dans le cadre de votre activité clinique les cas de maltraitance d'enfants sont :

	Fréquence	%	% valide	% cumulé
Rare et Exceptionnel	424	36,6	36,6	36,6

¹⁶³ MALLON I., LE BIHAN-YOUIYOU B, Médicalisation de la vieillesse : un juste équilibre ? Entretien avec N. FOUREUR de décembre 2013, *Retraite et société*, 2014, 1, n° 67, p.159-168.

Fréquent et très fréquent	477	41,2	41,2	77,9
Non Concerné	256	22,1	22,1	100,0
Total	1157	100,0	100,0	

L'analyse de ce tableau et les tris croisés effectués avec d'autres réponses, permet de constater que certaines variables qui influencent les réponses à cette question : profession, lieu d'exercice actuel, contexte d'exercice actuel, formation initiale sur les modalités de rédaction d'une information préoccupante ou d'un signalement, sur la loi et sur vos obligations légales en matière de révélation des maltraitements sur personne vulnérable, sur la maltraitance de l'enfant et celle de la personne âgée et de l'adulte vulnérable (handicapé, femme enceinte, violences conjugales), formation continue sur le repérage des signes de maltraitements chez l'enfant (évaluateurs, spécifiques, non-évaluateurs), sur la rédaction d'un signalement ou d'une information préoccupante pour un enfant.

Diriez-vous que dans le cadre de votre activité clinique les cas de maltraitance d'adultes vulnérables sont :

	Fréquence	%	% valide	% cumulé
Rare et Exceptionnel	438	37,9	37,9	37,9
Fréquent et très fréquent	389	33,6	33,6	71,5
Non Concerné	330	28,5	28,5	100,0
Total	1157	100,0	100,0	

Les résultats obtenus, analysés avec d'autres réponses, amènent à relever des variables qui influencent les réponses selon la profession, la durée d'exercice dans la fonction, le lieu d'exercice actuel, le contexte d'exercice actuel, la formation initiale des cours sur la maltraitance de la personne âgée et de l'adulte vulnérable (handicapé, femme enceinte, violences conjugales), la formation continue sur le repérage des signes de maltraitements chez l'enfant et chez l'adulte (évaluateurs, spécifiques, non-évaluateurs), formation continue sur la rédaction d'un signalement ou une information préoccupante pour un enfant et pour un adulte.

Pour les maltraitements d'enfants, plus de 40 % des interrogés les considèrent comme fréquentes ou très fréquentes dans leur activité, 33,6 % pour les maltraitements d'adulte. Bien connaître les troubles cliniques est donc plus qu'une priorité.

Ce manque de formation est aussi une réalité au niveau des professionnels des services sociaux comme en témoignent leurs pratiques lors des visites à domicile. Ces temps pourraient être des moments privilégiés de repérage, mais très souvent le professionnel, sans en avoir conscience empêche toute parole : par exemple il réalise l'examen en présence du proche, mais si celui-ci est l'auteur des violences il contrôle d'un regard sa victime. Ou il peut demander à l'enfant par exemple « d'aller dans [s] a chambre pour parler tranquillement ». Mais cette phrase suggestive ne prend pas en compte le fait que de nombreux enfants sont victimes d'agressions au sein de leur chambre et que ce lieu est bien le dernier à être sécurisant pour un enfant maltraité. Si le professionnel formulait autrement sa demande par exemple « j'ai besoin de te parler dans un endroit au calme et où tu te sentes bien dans cette maison/appartement. Où est-ce que l'on pourrait s'installer ? » L'enfant pourrait répondre dans sa « chambre » ou un autre lieu ou dire très simplement « nulle part » ce qui serait un élément fondamental pour le professionnel dans son évaluation. Mais s'il est demandé aux intervenants d'aller au domicile, globalement ils ne savent pas quoi repérer comme éléments révélateurs de maltraitance (en particulier les salles de bain, l'ergonomie des chambres, la présence de verrous, de martinet, etc.) Ce qui explique que bien des professionnels se font abuser par des parents « paraissant » attentionnés et/ou par des conditions de vie matérielles confortables alors que la maltraitance existe dans tous les milieux.

Dans bien de ces situations, les professionnels essayent de régler eux-mêmes la situation de maltraitance suspectée dans une volonté de ne pas mettre en difficulté des personnes qu'ils connaissent bien (et de perdre leur confiance s'ils se trompent) ; dans l'illusion où ils seront entendus, mais aussi par réactions de déni face à des actes commis par des personnes qui sont très éloignées des représentations qu'ils peuvent avoir des parents/proches maltraitants.

Les mêmes insuffisances de connaissances au niveau des troubles psychotraumatiques existent du côté des intervenants judiciaires. Il n'est ainsi pas rare de constater que des enquêteurs auditionnent des mineurs ou des personnes âgées sans la moindre formation à la psychologie de l'enfant ou du grand âge, tout comme des magistrats ou que des professionnels censés rédiger des signalements n'aient pas la moindre idée des troubles pouvant exister en situation de maltraitance.

Lors de procès en assises d'enfants victimes d'inceste il n'est pas rare d'entendre des avocats, voire des magistrats, s'étonner que des adultes se souviennent de faits de maltraitance survenus lorsqu'ils étaient enfants, ce qui atteste de leur méconnaissance en matière d'expressivité des troubles post-traumatiques.

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Cette première partie était consacrée aux méconnaissances des professionnels au niveau clinique et en matière de repérage de la maltraitance. Notre étude confirme cette réalité et l'importance des professionnels insuffisamment formés au repérage clinique, ce qui les conduit à ne pas remarquer des situations pourtant avérées de maltraitance et les amène à la plus grande prudence par crainte de se tromper.

La question de la formation initiale apparaît majeure que ce soit pour les questions relatives à la maltraitance des mineurs comme celles des personnes âgées vulnérables, mais nous constatons que l'absence de plus en plus importante de réelles formations continues représente un risque de voir cette situation s'aggraver. Il y a quelques années, les institutions organisaient par exemple une formation sur la maltraitance des enfants en cinq jours ; désormais c'est en une journée que les professionnels doivent être formés ce qui est juste impossible.

Les professionnels sont donc contraints de se former sur leurs fonds propres quand ils en ont les moyens ou de prendre sur leur temps personnel pour lire, quand ils ont les budgets pour accéder aux articles et aux ouvrages référencés. La disparition des supervisions qui étaient des espaces de partages de connaissance, de discussions sur des situations rencontrées, d'échanges sur des difficultés ne facilite pas l'exercice au quotidien des professionnels.

Sans formation clinique, aucun professionnel même armé de la meilleure bonne volonté ne peut effectuer un repérage de qualité tant ces situations de maltraitements sont complexes.

Le manque de connaissances cliniques apparaît donc bien comme un frein majeur au signalement. Comme rappelé, plusieurs lois insistent pourtant sur la nécessité de former les professionnels en particulier dans le domaine de la protection de l'enfance. La loi du 5 mars 2007 n° 2007-293 du 5 mars 2007 et la loi n°2016-297 du 14 mars 2016 imposent aux professionnels en contact avec les enfants une formation en protection de l'enfance. Le décret n° 2009-765 du 23 juin 2009 relatif à la formation dans le domaine de la protection de l'enfance en danger précise le contenu des formations. Les Conseils de l'ordre s'investissent également sur ce sujet en particulier celui des médecins¹⁶⁴. Et différents rapports ministériels¹⁶⁵ relayent également l'urgence de repenser la formation des professionnels dont le plus récent remis en 2017 par le Dr Marie-Paule Martin-Blachais était consacré à la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de

¹⁶⁴ Bulletin du n°38 de janvier 2015 du Conseil National de l'Ordre des médecins qui rappelle l'importance de la mobilisation des soignants et propose des documents permettant d'avoir des repères pour savoir comment signaler. <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/bulletin/2015-01/MEDECINS-38.pdf>

¹⁶⁵ Rapport du Pr GOUTTENOIREA. réalisé à la demande de la ministre déléguée à la famille D. BERTINOTTI portant sur *40 propositions pour adapter la protection de l'enfance et à l'adoption aux réalités d'aujourd'hui*, février 2014.

l'enfant en protection de l'enfance¹⁶⁶. Les différents rapports relèvent tous l'importance d'éviter l'isolement des professionnels et de développer les connaissances nécessaires pour améliorer le repérage, l'évaluation et la prise en charge de la maltraitance.

Les projets de formations en @learning apparaissent comme des pistes envisageables¹⁶⁷ avec des cours accessibles via internet, des supports de cours, des présentations de cas cliniques, des fiches pratiques, des QCM pour s'auto-évaluer, des liens sur les sites et les ouvrages de référence, etc. Sauf que le professionnel reste seul face à sa pratique et n'a pas d'espace d'échange avec d'autres collègues. Mais dans le contexte actuel où les restrictions budgétaires conduisent à supprimer bien des formations, ce type d'approches permettraient sans doute d'apporter un minimum de connaissances. Il est probable que les modèles actuels de @learning seront amenés à s'améliorer avec les progrès technologiques et le retour d'expérience et permettront une interactivité de plus en plus importante.

Les initiatives telles que la création Diplôme Universitaire dédié à cette thématique comme celui Protection de l'enfance à Bordeaux, des espaces d'échanges pluridisciplinaires comme les Rencontres Médico Juridico sociales (RMJS) annuelles, organisées par la Faculté de droit de Bordeaux ou des temps permettant la rencontre entre professionnels de différentes institutions (hôpitaux, Conseils départementaux, services judiciaires) sont des projets à encourager. Au niveau national ils restent très hétérogènes, car liés aux sensibilités des responsables à ce sujet. La question du temps et du manque de moyen peut conduire à des choix sur des investissements tout autres et tout aussi importants comme la problématique liée au handicap.

¹⁶⁶ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_du_rapport_besoins_fondamentaux_de_l_enfant.pdf

¹⁶⁷ Pour exemple l'expérience en cours à la faculté de médecine de Bordeaux en lien avec l'Université de Bordeaux, collèges Droit et Santé et de l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance de la Gironde.

SECONDE PARTIE
LES PROFESSIONNELS DE SANTE FACE AUX ENJEUX LEGAUX DU
REPERAGE ET DE L'EVALUATION DE LA MALTRAITANCE

La seconde partie de cette thèse, toujours basée sur les résultats à l'étude menée, est centrée sur les professionnels de santé face aux enjeux légaux du repérage de la maltraitance. Dans le premier titre seront rappelées les connaissances relatives au dispositif de protection avec un premier chapitre relevant les connaissances au niveau juridique que ce soit celles relatives au système judiciaire, aux procédures, aux acteurs, mais également celles liées au secret professionnel. Le second chapitre est consacré aux connaissances au niveau administratif, indispensable à avoir, car très souvent ces dispositifs sont discutés avant d'effectuer un signalement judiciaire. Les démarches administratives possibles seront décrites, avec une section réservée aux informations préoccupantes. Le second titre aborde, comme pour le premier chapitre, la mise en œuvre sur le terrain de ces connaissances par les soignants et les difficultés rencontrées cette fois-ci face aux questions de droit. Un premier chapitre reprend les difficultés rencontrées et majorées par des méconnaissances multiples en particulier en raison de l'absence de données épidémiologiques fiables et de la difficulté à signaler par manque de formation sur les aspects juridiques. Le second chapitre étudie la difficulté que représente le signalement en tant qu'acte posé par des soignants. Cette démarche interpelle les soignants dans leur pratique, dans leur rapport éthique au patient, mais également dans leurs interrogations sur les suites possibles et leurs difficultés à passer de l'intention de signaler à la rédaction.

La première partie de ce travail de thèse étant consacrée aux enjeux cliniques en matière de repérage de la maltraitance, la seconde aborde les enjeux légaux pour les professionnels de santé. Si les aspects médicaux et psychologiques font partie du quotidien des soignants, les questions relatives au juridique les exposent à une culture qui leur est souvent totalement étrangère. Certains considèrent qu'ils ne sont pas concernés par toutes ces problématiques législatives sauf que lorsqu'une situation les expose à la nécessité de signaler, ils doivent bien réaliser l'importance d'avoir un minimum de connaissance. Dans cette seconde partie, seront abordées les connaissances nécessaires relatives au dispositif de protection des mineurs comme des personnes âgées vulnérables puis les difficultés des soignants face à ces dispositifs légaux.

TITRE 1 - LES CONNAISSANCES RELATIVES AU DISPOSITIF DE PROTECTION

Connaître les dispositifs de protection lorsque l'on travaille auprès de personnes susceptibles d'être vulnérables implique d'avoir des connaissances au niveau juridique, comme au niveau administratif, sans confondre chacun de ses systèmes de protection et leurs procédures spécifiques. Il conviendra de consacrer ensuite un chapitre particulier au secret professionnel qui constitue pour les soignants la pierre angulaire de leur confrontation aux maltraitances subies par les mineurs et les personnes âgées.

Chapitre 1 : Les connaissances nécessaires au niveau juridique

Si les connaissances cliniques sont indispensables en matière de protection des mineurs et des personnes âgées vulnérables, celles relatives au système de protection le sont tout autant. Il est ainsi fondamental que les soignants connaissent le système judiciaire (ses textes, ses procédures, ses acteurs) et qu'ils soient suffisamment informés sur ce qu'est le signalement judiciaire et ce à quoi cela les engage. Il sera traité ici dans un premier temps l'organisation du système de protection, pour ensuite présenter les acteurs que les professionnels soignants doivent connaître et bien identifier.

Section 1 - L'organisation de la protection des personnes vulnérables

Le respect fondamental des droits de l'enfant et des adultes vulnérables représente un enjeu essentiel de notre société comme en atteste la multitude de textes juridiques dans ce domaine et l'évolution des pratiques professionnelles. La capacité juridique de l'individu n'est plus indispensable à la reconnaissance de ses droits : mineur comme majeur vulnérable sont désormais des sujets de droit à part entière, mais encore faut-il pour cela reconnaître lorsqu'ils sont en situation de risque ou de danger et mettre en œuvre les démarches nécessaires (informations préoccupantes ou signalement) pour qu'ils soient protégés et que leurs droits s'appliquent. La volonté sociétale de répondre au mieux aux situations de maltraitance, fait que le droit se trouve à devoir prendre en compte des dimensions qui lui étaient précédemment extérieures telles que les dynamiques psychologiques, somatiques, familiales, sociales, qui composent l'histoire d'une personne qu'elle soit mineure ou majeure vulnérable. Cela peut conduire à des interventions au sein des familles qui pourraient être comprises comme des procédés d'ingérence si elles n'étaient pas prévues dans la loi pour protéger les plus vulnérables.

S'engager dans une procédure de signalement sans aucune connaissance des acteurs concernés et de la logique pénale expose donc à des risques de toutes sortes pour le professionnel, mais avant tout pour les mineurs ou les personnes âgées vulnérables qui ne se trouvent pas protégées comme ils le devraient. Un certain nombre de connaissances sont donc à avoir et leur défaut dans les pratiques des soignants, explique sans doute les difficultés rencontrées lorsqu'une situation de maltraitance est évoquée.

La protection des personnes vulnérables s'organise à partir d'un certain nombre de règles précises liées au dispositif de protection pour les mineurs et à celui prévu pour les personnes âgées vulnérables.

Sous-section 1 : Le dispositif de protection des mineurs

Le dispositif de protection des mineurs repose sur sa spécificité et se caractérise par une pluridisciplinarité qu'il n'est pas toujours aisé de comprendre pour le professionnel de santé impliqué dans ces prises en charge.

§ 1 - La spécificité du mineur

Le dispositif de protection des mineurs est avant tout lié à son statut spécifique (A) qui fait de lui un sujet particulier sur la scène internationale (B).

A - La catégorie juridique de mineur

Le mineur est un sujet titulaire de droits qui acquiert sa personnalité juridique à sa naissance (sous réserve qu'il naisse vivant et viable) selon l'article 79-1 alinéa 2 du Code civil et la loi du 8 janvier 1993). La perte de la personnalité juridique d'un mineur, comme d'un majeur, se fait suite à son décès concrétisé par un acte de décès établi par un officier d'État civil.

Dans l'histoire du droit le passage entre minorité et majorité du sujet est relativement récent. La *patria potestas* (puissance paternelle) qui organisait la structure familiale à Rome donnait un pouvoir absolu du père sur ses enfants quel que soit leur âge. Pour devenir adulte, il fallait que l'enfant passe l'étape de l'émancipation où après avoir vendu et racheté symboliquement deux fois son enfant, il abandonnait ses droits paternels à la troisième fois en ne rachetant pas son enfant. Les femmes (et donc les filles et les jeunes filles) étaient soumises à vie à la puissance masculine sans aucun bénéfice d'une quelconque majorité. La majorité des garçons, entendue comme capacité juridique fut d'abord fixée à quatorze ans puis cet âge étant considéré comme trop faible, c'est la limite des vingt-cinq ans qui fut retenue. Après la Révolution française et sous l'influence des Lumières, la loi du 20 septembre 1792 fixe à vingt-

et-un ans la majorité¹⁶⁸, âge qui est aussi celui de la majorité politique fixée par la Constitution. Mais cette majorité ne confère pas une liberté totale au jeune puisque pendant une longue période la « majorité matrimoniale » des garçons va rester fixée à vingt-cinq ans et vingt-et-un ans pour les filles. C'est, comme rappelé précédemment, la loi n°74-6321 du 5 juillet 1974 qui abaisse l'âge de la majorité à dix-huit ans et fixe le même seuil pour la majorité civile et politique ; seuil qui est aussi celui de la Convention internationale des droits de l'enfant et de la plupart des pays¹⁶⁹. La loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 relative à la violence au sein du couple fixe la majorité matrimoniale à dix-huit ans, sauf dispense exceptionnelle accordée par le procureur de la République (article 145 du Code civil).

Du fait de sa fragilité et de son autonomie inévitablement différentes d'un adulte, le législateur a prévu l'existence de spécificités qui conduisent comme le rappelle le Professeur Adeline Gouttenoire à un « *corpus* de règles spécifiques dont l'application découle de la minorité. Le droit des mineurs a pour objet l'étude du droit spécifique applicable aux seuls mineurs. »¹⁷⁰ Au-delà de la législation interne, le droit international (Cour européenne des droits de l'homme et Cour de justice de l'Union européenne applicable aux enfants), via sa jurisprudence et les recours réguliers à la Convention internationale sur les droits de l'enfant, révèle un droit des mineurs qui dépasse les clivages entre les différents systèmes juridiques, de sorte que « le droit des mineurs n'appartient en effet ni seulement au droit interne, pénal ou civil, ni seulement au droit international. »¹⁷¹ Les infractions spécifiques à l'enfance correspondent de fait à toutes les infractions qui sanctionnent une abstention dont est victime un mineur : délaissement de mineur, privation d'aliments ou de soins envers un mineur, abandon moral ou matériel d'enfant, défaut de respect de l'obligation scolaire, violences exercées sur lui, non-dénonciation de maltraitance.

En droit français la notion de protection du mineur apparaît tardivement. Longtemps les mineurs ont été totalement ignorés par le législateur et par les lois pénales. Nous noterons d'ailleurs d'emblée que le législateur n'utilise jamais le terme « d'enfant », mais celui de « mineur ». Enfant » vient du latin « infans » qui ne parle pas et nous constatons tout de suite la

¹⁶⁸ Art. 388 du Code civil de 1804 : « en réglant que le mineur est l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de vingt-un ans accomplis, statue par là même qu'on est majeur à cet âge »

¹⁶⁹ En Iran la majorité est à 15 ans, au Népal et au Portugal elle est à seize ans, en Corée du nord à 17 ans, en Corée du sud à 19 ans, en Algérie à 19 ans pour les garçons et 20 ans pour les filles, en Egypte, au Gabon, en Côte d'Ivoire, au Cameroun, au Bahreïn, en Guinée, en Argentine elle est à 21 ans. Aux Etats-Unis elle est à 18 ans sauf dans l'État du Mississippi où elle reste à 21 ans. Le Japon se différencie avec une majorité fixée à 20 ans...

¹⁷⁰ BONFILS Ph., GOUTTENOIRE A., *Le droit des mineurs*, Paris, Dalloz, 2014, p.8.

¹⁷¹ BONFILS Ph., GOUTTENOIRE A., *Le droit des mineurs*, Paris, Dalloz, 2014, p.8.

dimension polysémique de ce terme puisqu'il regroupe non seulement du bébé à l'adolescent, celui qui est dans l'âge de l'enfance, mais il correspond aussi dans la conception intergénérationnelle, à la situation de tout adulte qui se trouve être l'enfant de ses parents. La Convention Internationale des droits de l'Enfant de 1989 propose pour définir l'enfant la définition suivante : « tout être humain âgé de moins de dix-huit ans », mais ce seuil n'est pas systématiquement repris par l'ensemble des traités internationaux. Pour exemple l'article premier du Code européen de sécurité sociale adopté à Rome le 6 novembre 1990 considère comme un enfant toute personne « qui n'a pas atteint d'âge auquel la scolarité obligatoire prend fin ou un enfant de moins de 16 ans » ou qui est « placé en apprentissage, poursuit ses études ou est atteint d'une maladie chronique ou d'une infirmité le rendant inapte à l'exercice de toute activité professionnelle. » Nous retrouvons dans cette définition, comme dans d'autres, l'idée qu'un enfant est un être dépendant de l'adulte, vulnérable du fait de son absence d'autonomie et du fait qu'il soit en plein développement.

Le terme de mineur permet d'appréhender la notion d'enfant en fixant une catégorie d'âge, large, mais qui cadre également le passage entre l'enfance et la période adulte où les capacités juridiques sont pleines et entières. Cette notion de mineur correspond donc à toute personne qui a moins de 18 ans et qui, de ce fait, est considérée de principe comme vulnérable compte tenu de son âge. Du fait de leur minorité, l'idée du législateur est qu'ils ont besoin d'une protection renforcée¹⁷². « L'enfant n'est donc plus un simple objet de propriété familiale. Les parents ne sont plus ces êtres tout puissants disposant à leur guise de leur progéniture. En deux siècles, le droit français a subi une transformation radicale modifiant complètement le statut juridique de l'enfant et ses liens avec ses parents. La "puissance paternelle" a été remplacée par "l'autorité parentale", la notion de "chef de famille" instituée en 1942 a disparu par la même occasion. L'État a peu à peu organisé et affiné son contrôle et cherché à protéger davantage l'enfant victime de violences que l'on a enfin le courage de reconnaître et de mesurer. »¹⁷³ Pour les juristes, le critère d'âge est objectif et sans discussion. Comme le rappelle Adeline Gouttenoire citant le Doyen Carbonnier « Le grand mérite de la notion de mineur est qu'elle s'exprime dans des nombres. L'arithmétique l'accompagne et fixe sa disparition. »¹⁷⁴

¹⁷² MAYER D., *Droit pénal, Travaux de l'Association Henri Capitant*, 1981, n° spécial La protection de l'enfant, journées égyptiennes 1979, tome XXX, p. 273.

¹⁷³ PORTELLI S., Crimes et délits de famille : l'état du droit, *Cahiers de la sécurité intérieure*, 1997, n° 28, p. 87.

¹⁷⁴ CARBONNIER J., *Droit civil*, T. 2 Les personnes, coll. « Thémis », PUF, 2000, n° 106.

Toutefois les différences entre un bébé et un adolescent sont innombrables ce qui a tout de même conduit le législateur à permettre au juge d'utiliser certains critères pour différencier les mineurs entre eux. Le principal d'entre eux est le critère du discernement, l'intérêt de l'enfant permet également d'aborder l'enfant de manière différenciée.

1° - La différenciation des mineurs doués ou non de discernement

La notion même de discernement est un préalable au consentement qui est essentiel en matière de protection de l'enfance.

a - Les contours du discernement

Ces différences entre les mineurs selon les stades de l'enfance sont de mieux en mieux prises en compte par le droit. La notion de discernement introduite dans Code criminel de 1791, est définie comme « la faculté que possède une personne de savoir si un acte accompli par elle est bon ou mauvais, susceptible ou non de punition ». Cette capacité de pouvoir apprécier et appréhender les choses nécessite d'avoir une conscience de soi et de son environnement, suffisante. Ce qui conduit les mineurs « capables de discernement » à se voir accorder une autonomie particulière dans les décisions prises. Nous pourrions penser que l'enfant, du fait même qu'il soit un être en plein développement, n'ait pas toutes les ressources nécessaires pour avoir conscience des choses et exprimer sa propre volonté.

Mais pour le législateur (que ce soit au niveau national, européen ou international), le discernement est devenu une condition fondamentale à l'exercice par l'enfant de ses droits. La protection de l'enfance reconnaît ainsi à tout enfant le droit d'exprimer son point de vue sur les questions qui le concernent dès que son discernement apparaît suffisant, et ce, quel que soit son âge, en particulier sur les procédures familles le concernant¹⁷⁵. Mais au-delà de ces préconisations, les interprétations sur la notion de discernement sont multiples. L'absence de lisibilité des différents textes internationaux relatifs à ce sujet est loin de simplifier les décisions à prendre. Ainsi le Code civil dans son article 371-1 précise que « les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent selon son âge et son degré de maturité », mais l'application de ce droit dépend de la nature du droit en cause : concernant par exemple l'acquisition de la nationalité française (art. 21-11, alinéa 2), du changement de nom (art. 61-3 du Code civil),

¹⁷⁵ Article 3 de la Convention du 25 janvier 1996 Strasbourg : « un enfant a le droit, dans les procédures devant une autorité judiciaire, de demander et de « recevoir toute information pertinente, être consulté et exprimer son opinion, être informé des conséquences éventuelles de la mise en pratique de son opinion et des conséquences éventuelles de toute décision. »

d'une adoption pénètre (art. 345 du Code civil), c'est l'âge de 13 ans qui est requis. Par contre pour demander la nationalité française ou demander son émancipation il faut avoir seize ans révolus. Concernant les droits procéduraux, il n'y a pas de limite d'âge en tant que telle, la loi française prévoit que « dans toute procédure le concernant, le mineur (l'enfant) capable de discernement peut, sans préjudice des dispositions prévoyant son intervention ou son consentement, être entendu par le juge ou, lorsque son intérêt le commande, par la personne désignée par le juge à cet effet. Cette audition est de droit lorsque le mineur en fait la demande » (art. 388-1 du Code civil).

La notion de discernement reste au final relative, de dimension qui apparaît bien plus psychologique que juridique. Et nous constatons qu'il existe une sorte d'assimilation entre « vulnérabilité » et « absence de discernement » alors que ces deux aspects sont distincts même s'ils sont souvent associés. Ces deux dimensions posent l'importance que la personne concernée, quel que soit son âge, soit suffisamment mature et autonome pour être apte à s'exprimer en toute liberté, sur les décisions le concernant. Il pourrait être admis par le législateur qu'un mineur est *a priori* incapable du moindre discernement vu son immaturité. Et que dans les cas de violences sexuelles intrafamiliales, du fait de la dépendance et du contexte d'emprise liée aux relations avec celui faisant autorité et en abusant pour agresser l'enfant, aucune question relative au discernement ne devrait se poser pour tout mineur de moins de dix-huit ans. Mais la majorité sexuelle étant en France fixée à quinze ans¹⁷⁶, et le législateur ayant conçu des catégories selon les âges de la minorité, la question est régulièrement posée en particulier par les avocats des personnes mises en cause. Car ce raisonnement fait que dans le cadre des « atteintes sexuelles sans violence » (le législateur ayant oublié de réaliser qu'aucune agression sexuelle n'existe sans violence au moins psychologique), le consentement donné aux relations sexuelles par des mineurs de quinze ans¹⁷⁷ et ceux de plus de quinze ans à l'égard de leurs ascendants ou toute autre personne exerçant sur eux une autorité de fait ou de droit¹⁷⁸ ne constituent pas un obstacle à une sanction puisque la preuve de l'absence de leur consentement n'était pas requise du fait de leur âge.

b - La capacité du mineur à consentir

¹⁷⁶ Le terme « majorité sexuelle » n'existe pas en tant que tel dans la loi, mais est déduit de l'article 227-25 qui sanctionne l'atteinte sexuelle sur mineur de 15 ans. Le Conseil constitutionnel donne en 2012 pour définition « l'âge à partir duquel un mineur peut valablement consentir à des relations sexuelles (avec ou sans pénétration) avec une personne majeure à condition que cette dernière ne soit pas en position d'autorité à l'égard du mineur ». Cette limite d'âge a varié dans l'histoire et est fixe depuis l'Ordonnance du 2 juillet 1945.

¹⁷⁷ Art. 227-25 C. pén.

¹⁷⁸ Art. 227-27 C. pén.

Les capacités de discernement et la vulnérabilité de la victime engagent son consentement et devraient s'apprécier au cas par cas et en fonction des ressources cognitives et psychoaffectives de chacune et de la nature de l'acte concerné. Cela limiterait les biais subjectifs liés aux représentations des professionnels ayant à statuer et certaines décisions conduisant à des débats socio-médiatiques intenses, car le principe légal qui préside au droit pénal est celui de l'indifférence du consentement de la victime. Le législateur témoigne ici qu'il est davantage préoccupé par la satisfaction de l'intérêt général que celui des individus et particulièrement des enfants, ce qui conduit inévitablement le droit pénal à n'admettre qu'un rôle limité au consentement de la victime¹⁷⁹. « Par voie de conséquence, parce qu'il n'est pas un fait justificatif, le consentement des mineurs ne saurait constituer, en pareille occurrence, un frein à la répression »¹⁸⁰.

En tant que personnes juridiques, les mineurs sont comme les majeurs concernés par le droit qui leur est applicable « sous réserve de dispositions spécifiques et dérogatoires liées à leur incapacité ou aux nécessités de leur protection. »¹⁸¹ Les textes de loi tentant de protéger les mineurs victimes d'infractions sexuelles n'ont cessé de se multiplier¹⁸² depuis la seconde moitié du XIX^e siècle et tenté de mettre fin à la toute-puissance paternelle et à l'usage de l'enfant comme objet servant la rentabilité économique.

Si l'on reprend la question de l'interprétation de l'absence de consentement, est subjective. Le magistrat se doit de respecter le principe de légalité, et il ne peut prononcer une peine sans avoir préalablement relevé les éléments constitutifs de l'infraction qu'il sanctionne (art. 222-22 du Code pénal), ce qui est une difficulté majeure en termes de « preuve » du consentement : « constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise ». Qu'il s'agisse d'agressions sexuelles ou de viol, la question posée est celle du défaut de consentement et il est nécessaire qu'il y ait au moins l'un de ces éléments pour qualifier le viol, à savoir la violence, la contrainte, la menace ou la surprise. La Chambre criminelle veille strictement au respect de ce principe en matière d'agressions sexuelles ce qui fait que bien des mineurs voient les viols qu'ils ont subis

¹⁷⁹ SALVAGE P., Le consentement en droit pénal, *Rev. Sc. Crim.* 1991, p. 699.

¹⁸⁰ DELORS G., Le consentement des mineurs victimes d'infractions sexuelles, *Rev. Sc. Crim.* 2011 p.817.

¹⁸¹ BONFILS Ph., GOUTTENOIRE A., *Le droit des mineurs*, Paris, Dalloz, 2014, p 6.

¹⁸² DEFOORT C, Regard critique sur le régime pénal applicable aux infractions de nature sexuelle commises contre les mineurs, *RPDP*, n° 4, décembre 2006, p. 763. À la liste établie par l'auteur peuvent être ajoutées la loi du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs et celle du 8 février 2010 tendant à inscrire l'inceste commis sur des mineurs dans le Code pénal et à améliorer la détection et la prise en charge des victimes d'actes incestueux.

correctionnalisés suite à une requalification des faits comme pour cette jeune fille de onze ans, victimes de viols de son voisin¹⁸³.

Le fait que la victime soit très jeune¹⁸⁴ ou simplement faire état de son ignorance¹⁸⁵ ne peut suffire pour que les actes commis soient condamnables. Ces éléments de fait permettent au mieux de retenir la circonstance aggravante de l'article 222- 29 du Code pénal, mais ne peuvent pas être considérés comme des éléments constitutifs de l'infraction d'agression sexuelle¹⁸⁶.

En se fondant sur la violence, la menace, la contrainte ou la surprise pour caractériser le viol, le législateur rend très difficile le fait de caractériser le « défaut de consentement » en particulier chez les mineurs victimes d'agressions sexuelles qui ne sont pas toujours en mesure même de parler et qui sont bien souvent la proie de prédateurs sexuels qui usent de séduction et/ou de leur autorité pour créer une confusion chez l'enfant et s'assurer de son silence. Parler de consentement ou de défaut de consentement chez un mineur est un non-sens au niveau développemental, mais bénéficiait aux mises en cause en raison de la logique pénale¹⁸⁷. Il ne devrait être envisagé une possibilité de consentement que si la victime est capable de discernement. Compte tenu de ces difficultés, une certaine évolution peut être constatée depuis un arrêt du 7 décembre 2005 de la Cour de cassation. L'arrêt approuve les juges du fond qui ont retenu que la contrainte ou la surprise pouvait résulter du simple très jeune âge des victimes, pour qu'elles ne puissent avoir une idée de ce qu'est la sexualité, ce « qui les rendait incapables de réaliser la nature et la gravité des actes qui leur sont imposés »¹⁸⁸. Il résulte de cette jurisprudence que la contrainte ou la surprise peut être *a priori* acquise du fait du très jeune âge de la victime.

¹⁸³ Cette jeune adolescente victime d'agressions sexuelles d'un homme de 29 ans. Les faits avaient été requalifiés par le Parquet (sans saisine d'un juge d'instruction) en « atteinte sexuelle » alors que la plainte avait été déposée pour viol, mais le tribunal correctionnel s'est au final déclaré incompétent et a demandé au parquet « de mieux se pourvoir » en l'incitant à nommer un juge d'instruction.

¹⁸⁴ Cass. Crim., 21 oct. 1998, Bull. crim. n° 274 ; D. 1999. 75, note Y. MAYAUD ; Dr. pén. 1999, Comm. 5, note VÉRON ; JCP 1998. II. 10215, note MAYER ; Cass. Crim., 10 mai 2001, Bull. crim. n° 116 ; Rev. Sc. Crim. 2001, p. 808, obs. Y. MAYAUD ; Dr. pén. 2001, 110, obs. VÉRON.

¹⁸⁵ Cass. Crim. 14 novembre 2001, Bull. crim. n° 239.

¹⁸⁶ Arrêt du 14 avril 1999 de la Chambre criminelle reprochant à la juridiction d'appel de ne pas avoir caractérisé en quoi l'atteinte sexuelle aurait été commise avec violence, menace, contrainte ou surprise en indiquant que la victime, par des déclarations crédibles, avait déclaré qu'« après s'être mis à cheval sur elle, pantalon et slip baissés et s'être couché sur elle, le prévenu avait frotté très fort son sexe jusqu'à ce qu'il y ait du blanc qui sorte » (Cass. Crim. 14 avril 1999, Bull. crim. n° 83).

¹⁸⁷ Cass. Crim. 21 octobre 1998. Bull. crim. n° 274 ; Cass. Crim. 7 décembre 2005, Bull. crim. n° 327 ; Cass. Crim. 28 avril 2011, Bull. crim. n° 81.

¹⁸⁸ Cass. Crim., 7 déc. 2005, Bull. crim. n° 326, D. 2006. 175, obs. C. GIRAULT, AJ pénal 2006. 81, obs. C. SAAS ; Rev. Sc. Crim. 2006. 319, obs. Y. MAYAUD ; Dr. pén. 2006, Comm. 31, note VÉRON.

Les débats récents témoignent que les interprétations des juges restent peu consensuelles. Le parti-pris de certains magistrats, mais non de tous, est de privilégier la répression des actes commis sur les mineurs par rapport à une interprétation stricte de la loi pénale. Le lien familial de domesticité qui était auparavant un frein à la répression¹⁸⁹, devient désormais un élément facilitant la détermination de l'absence de consentement : il est ainsi déduit du jeune âge de la victime et de sa proximité avec l'auteur s'il fait autorité (parent, professionnel), l'enfant ne peut pas s'opposer à l'acte sexuel. Et la soumission de l'enfant à l'auteur qu'il connaît ou à un adulte qui fait autorité du fait même de son statut d'adulte, n'empêche plus de conclure en l'inexistence de la contrainte. Il est ainsi retenu l'existence d'une contrainte morale présumée entre un enfant et ses parents. Si les arrêts de 2005¹⁹⁰ marquent un tournant (car ils portent sur l'administration de la preuve et non sur les éléments constitutifs de l'infraction), l'actualité récente montre que leur portée est limitée. La seule indication de l'âge de l'enfant n'est pas toujours suffisante pour le protéger, l'interprétation de « l'absence de consentement » étant toujours aussi variable d'un juge à l'autre.

Trois affaires pénales ont récemment relancé les discussions au sujet de la question du non-consentement des mineurs victimes d'infractions sexuelles. La première décision concernait la plainte pour viols sur une mineure de onze ans requalifiée par le Parquet de Pontoise en atteinte sexuelle. Le Ministère public a renvoyé l'affaire devant le tribunal correctionnel de Pontoise considérant qu'il n'y avait pas eu de contrainte sur la victime. Celle-ci avait expliqué dans son audition d'avoir ni crié, ni s'être débattue et avoir suivi son agresseur. La seconde décision est relative à l'acquittement prononcé par la cour d'assises de Melun en novembre 2017. À l'encontre d'un homme de vingt-deux ans poursuivi pour viol sur une mineure âgée de onze ans (et enceinte suite à cette agression). Le Ministère public avait requis huit ans de réclusion criminelle et un suivi socio-judiciaire, mais les jurés de la Cour d'assises l'ont acquitté, considérant qu'il n'y avait eu ni contrainte, ni menace, ni violence ou surprise ; le viol n'était donc pas caractérisé. Enfin la troisième décision, date de novembre 2017 et visait un enseignant de mathématiques de trente et un ans qui avait entretenu une relation avec une de ses élèves, âgée de quatorze ans se présentant comme amoureuse de son professeur. L'homme a été condamné à 18 mois de prison avec sursis pour atteinte sexuelle sur mineur de moins de 15 ans (et non pour viol), aggravée par la circonstance que l'infraction était commise

¹⁸⁹ Cass. Crim., 17 juillet 1984, Bull. crim. n° 260.

¹⁹⁰ Arrêts du 18 mai 2005 de la Cour de cassation, 1^{re} Civ., 18 mai 2005, *Bull.* 2005, I, n° 212, pourvoi n° 02-20.613 et 1^{re} Civ., 18 mai 2005, *Bull.* 2005, I, n° 211, pourvoi n° 02-16.336.

https://www.courdecassation.fr/publications_26/rapport_annuel_36/rapport_2009_3408/etude_personnes_3411/c_hambre_civile_3417/convention_new_3423/18_mai_15307.html

par une personne abusant de l'autorité que lui confèrent ses fonctions. La victime présentait initialement cette relation avec l'auteur comme étant une relation amoureuse avant de prendre du recul sur la situation.

Les jugements rendus pourraient paraître certaines fois incohérents en raison de la confusion fréquente entre éléments constitutifs et circonstances aggravantes au sein même des atteintes sexuelles et des agressions sexuelles. La minorité de la victime et la qualité d'ascendant ou de personne ayant autorité sur la victime figurent selon les magistrats, tantôt parmi les éléments constitutifs de l'atteinte sexuelle sans violence de l'article 227-27 du Code pénal, tout aussi bien que parmi les circonstances aggravantes du viol¹⁹¹ ou des agressions sexuelles autres que le viol¹⁹². Autre exemple, il peut être difficilement compréhensible pour des parties-civiles (ou associations spécialisées) que les qualités d'ascendant ou personne ayant autorité sur la victime soient considérées comme circonstances aggravantes pour les mineurs de quinze ans,¹⁹³ mais comme des éléments constitutifs pour les mineurs de plus de quinze ans¹⁹⁴. Ce qui fait que la Chambre criminelle est parfois amenée à sanctionner des juges du fond qui confondent circonstances aggravantes (l'âge de la victime ou la qualité de l'auteur des faits) et éléments constitutifs des agressions sexuelles (menace, violence, contrainte ou surprise). L'intervention des éléments constitutifs et circonstances aggravantes dans la répression doit être pensée par étapes. Autrement dit, l'aggravation de la peine doit venir se surajouter à la réunion préalable des éléments constitutifs.¹⁹⁵

La loi du 3 août 2018 élargit la définition du viol au cas de la pénétration commise « *sur la personne de l'auteur* ». Auparavant le viol ne comprenait que la pénétration de l'auteur *sur la personne de la victime*. Cette nuance est considérable. L'extension du champ d'application de l'infraction devrait conduire à renforcer sa répression, par l'appréhension de nouvelles situations. Précédemment la qualification de viol était écartée dans de nombreuses situations. Par exemple, le fait pour l'auteur d'imposer à la victime de lui faire une fellation n'était pas considéré comme un viol puisqu'en pratique, l'auteur n'avait pas pénétré la victime¹⁹⁶. De même un jeune adolescent contraint à des relations sexuelles par une adulte ne pouvait pas porter plainte pour viol puisque matériellement, c'est lui qui pénétrait la victime. La femme ne pouvait pas être condamnée pour viol faute de pénétration dans le corps de sa victime (sauf si

¹⁹¹ Art. 222-24-2° et 4° C. pén.

¹⁹² Art. 222-28-2° et 22-29-1° C. pén.

¹⁹³ Art. 227-25 et 227-26-1° C. pén.

¹⁹⁴ Art. 227-27 C. pén.

¹⁹⁵ MAYAUD Y., Les qualifications relatives aux atteintes sexuelles, *AJ pénal*, 2004, p. 9.

¹⁹⁶ Crim. 16 décembre 1997 la belle-mère avait obligé son beau-fils à mettre son sexe dans sa bouche ; Crim 21 octobre 1998.

l'agression conduisant à des actes de pénétration par ses doigts ou des objets et par sodomie chez une victime masculine.¹⁹⁷

Cette argumentation était respectueuse du principe d'interprétation stricte de la loi pénale prévu à l'article 111-4 du Code pénal. En effet, admettre que le viol existait dans le cas d'une pénétration sur la personne de l'auteur revenait à élargir les contours de l'incrimination au-delà du texte initial, qui concernait exclusivement la pénétration commise « sur la personne d'autrui ». La jurisprudence à ce sujet était conforme au texte de loi, mais, en pratique, ne permettait pas une répression efficace de nombreux cas de violences sexuelles (en particulier celles commises sur des garçons et sur des hommes).

L'intérêt de distinguer selon que la pénétration était imposée à celui qui la subissait (viol) ou à celui qui la pratiquait (agression sexuelle) n'était pas toujours compris. Puisque, que la victime ou le violeur soit pénétré, dans les deux situations, l'acte était contraint et la liberté de disposer de son corps, bafouée. Désormais il n'y a plus de discussion puisque la loi renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes étend le viol à la pénétration de l'auteur par la victime. Cette nouvelle définition du viol marque une nouvelle évolution dans la répression de cette infraction. Elle permet d'incriminer tout type de pénétration sexuelle volontairement imposée, ce qui constitue une avancée notable pour les victimes. La nouvelle loi (dite loi Schiappa) répond donc partiellement à ses objectifs en permettant de renforcer la répression du crime de viol par l'élargissement de sa définition, mais elle laisse la question du consentement du mineur en suspens.

Suite au tollé social lié aux affaires récentes concernant de jeunes mineures, dont celle du Parquet de Pontoise, et aux recommandations du défenseur des droits¹⁹⁸, la nouvelle loi contre les violences sexuelles et sexistes était censée apporter une évolution pour protéger les mineurs victimes d'agressions sexuelles et légiférer plus clairement sur la question du consentement. Au final il n'en est rien et aucune présomption de non-consentement pour les mineurs n'a été créée, contrairement à ce qui existe dans de nombreux pays européens. La présomption simple présente l'avantage de renverser la charge de la preuve (la victime n'aurait plus à démontrer l'absence de consentement, ce qui est toujours très difficile dans les affaires de viol), contrairement à une présomption irréfragable (la preuve contraire ne peut pas être apportée). La loi adoptée le 3 août 2018 modifie l'article 222-22-1 du Code pénal : « Lorsque les faits sont commis sur la personne d'un mineur, la contrainte morale mentionnée au premier

¹⁹⁷ Crim. 24 juin 1987.

¹⁹⁸ Avis du Défenseur des droits n° 17-13 du 30 novembre 2017.

alinéa du présent article ou la surprise mentionnée au premier alinéa de l'article 222-22 peuvent résulter de la différence d'âge existant entre la victime et l'auteur des faits et de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci exerce sur la victime, cette autorité de fait pouvant être caractérisée par une différence d'âge significative entre la victime mineure et l'auteur majeur. »

Considérer qu'un(e) mineur(e) de onze ans est capable de se rendre compte de ce qu'est une relation sexuelle est un non-sens d'où les interventions de plusieurs associations de protection de l'enfance suite à ces affaires aux jugements considérés comme infamants. Mobilisées pour qu'un seuil d'âge de non-consentement soit clairement fixé par la loi, elles ont conduit à des débats houleux sur la question de l'âge. Certains souhaitaient fixer à treize ans le non-consentement (treize ans étant l'âge moyen de la puberté), d'autres quinze ans (âge de la majorité sexuelle) ou dix-huit ans (âge de la majorité civile). Au final c'est la barrière de quinze ans qui a été retenue par le projet de loi contre les violences sexistes et sexuelles, présenté en mars 2018. Mais il a omis d'aborder cette question pourtant si fondamentale que toute relation sexuelle entre un adulte et un mineur de moins de 15 ans soit assimilée à un viol. Seule la notion de « présomption de contrainte » devrait être ajoutée au Code pénal. Le nouveau texte prévoit que « Lorsque les faits sont commis sur un mineur de quinze ans, la contrainte morale ou la surprise peuvent résulter de l'abus de l'ignorance de la victime ne disposant pas de la maturité ou du discernement nécessaire pour consentir à ces actes ». Cette définition continue de laisser la charge de la preuve sur la victime et une marge d'interprétation considérable aux magistrats. Ce débat témoigne de la complexité de définir la question du discernement et donc de la capacité à consentir de l'enfant et la limite des décisions de justice du fait de la dimension subjective inévitable des décisions prises.

Au final le nouveau texte ne change pas grand-chose, car le dispositif sur la différence d'âge existait déjà, tout comme celui de l'âge de 15 ans comme seuil pour définir l'atteinte sexuelle ou la question de l'examen de la maturité de l'enfant, de son discernement et de son éventuel abus d'ignorance déjà prévue dans les expertises. Seul le dernier alinéa est nouveau, mais il ne prévoit aucune présomption de non-consentement puisque la victime et le parquet doivent continuer de prouver l'abus de vulnérabilité de la victime ne disposant pas du discernement nécessaire. Ce texte ne fait que reformuler légalement ce qui était une pratique judiciaire courante, mais il faut toujours continuer de prouver que l'enfant n'avait pas le discernement nécessaire et évaluer sa personnalité, son degré de maturité, et les circonstances précises des faits. Par ailleurs cette nouvelle loi ne tient pas en compte la notion de temporalité (durée des faits, fréquence, délais entre les faits et leur révélation) ni celle de la spécificité des agressions commises au sein des familles (inceste) qui font qu'un mineur même de plus de

quinze ans, n'a pas la capacité à s'opposer en raison des liens de dépendance existant à l'égard de ses parents et du processus d'identification à l'agresseur à l'œuvre dans ces contextes.

Il serait nécessaire pour protéger les mineurs victimes d'agressions sexuelles et faciliter les signalements des professionnels, que le législateur mette en place une présomption d'absence de consentement des mineurs victimes d'infractions de nature sexuelle, quel que soit leur âge ; cette évolution législative entraînerait *de facto*, la suppression de cette catégorie « d'atteintes sexuelles sans violence ».

2°- L'intérêt de l'enfant comme facteur d'appréciation du danger

L'autre notion concernant les mineurs prise en compte par le système judiciaire est celle de l'intérêt de l'enfant. C'est également une notion à contenu variable qui n'est pas sans poser de défi aux professionnels, car il n'est pas objectivement saisissable et n'est pas forcément en lien avec la notion fondamentale de « besoins » de l'enfant. Il peut conduire à des biais interprétatifs de toutes sortes, dénoncés par différents auteurs : « notion magique au sein du droit de la famille » (Doyen Charbonnier, 2002), « insaisissable, fuyante et changeante » (I. Thery, 1996), cette expression est sujette à des débats multiples en raison de la difficulté à la cerner et des risques de décisions judiciaires arbitraires.

Le terme apparaît en droit civil au sujet des contentieux lors des séparations conjugales. L'article 373-2-6 du Code civil prévoit que le juge aux affaires familiales statue sur les modalités de garde en veillant « à la sauvegarde des intérêts des enfants mineurs ». La notion est depuis une vingtaine d'années également retrouvées dans des lois, règlements internationaux, traités (dont celui de la CIDE de 1989, article 3-1) soit pour établir un arbitrage entre deux revendications opposées, soit pour motiver la restriction à l'exercice d'un droit. Mais depuis la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance, force est de constater chez certains professionnels la confusion des notions « enfants en danger » et « enfants en risque ». La notion d'intérêt de l'enfant, éminemment subjective et normative, se trouve depuis invoquée dans limite, pour justifier la moindre décision prise et toutes les pratiques y compris celles qui dénie à l'enfant ses droits fondamentaux. Lors du colloque organisé à l'occasion des vingt ans de la CIDE à l'Institut des Sciences-Politiques de Paris le 18 novembre 2009, Robert Badinter a rappelé que si l'intérêt de l'enfant devait rester au centre des préoccupations de toutes décisions le concernant, cette notion d'intérêt de l'enfant restait un « concept mou » conduisant au meilleur comme au pire. La question qui pourrait actuellement

se poser serait bien plus que de chercher en vain à définir cette notion que de se demander comment se trouve-t-elle utilisée par les acteurs du droit et ce qu'elle permet de prendre ou non comme décision.

Son utilisation croissante pourrait témoigner d'une évolution du système juridique avec une redéfinition des limites posées par le droit bien plus centré sur la protection d'un intérêt individuel que celui initialement prévu de l'intérêt général. Mais lorsque l'on s'occupe de mineurs ou de personnes âgées vulnérables la logique judiciaire (et celle d'intérêt) se heurte bien souvent à celle des besoins., conduisant certaines fois à des décisions aberrantes comme pour exemple une résidence en garde alternée prononcée pour un bébé de six mois alors que toutes les études scientifiques constatent qu'avant quatre ans le très jeune enfant est bien trop jeune pour s'organiser psychiquement à l'organisation nécessitée par ce type de garde. C'est une des raisons qui a motivé en 2018 une démarche de consensus sur les besoins de l'enfant placé¹⁹⁹ pour limiter les confusions entre intérêts et besoins.

Les liens entre intérêt de l'enfant et danger sont intimement liés, car c'est justement à partir du moment que ses besoins et son intérêt ne sont plus assurés que l'enfant est en danger dans son développement. Raison pour laquelle les professionnels sont incités lors de leur évaluation à toujours mettre en regard la situation de l'enfant avec son âge et ses besoins fondamentaux pour évaluer s'il est en danger ou non. Pour exemple dans une habitation avec un escalier s'il n'y a que des adolescents, il n'y a pas un besoin de barrière de protection, par contre si un tout petit fait partie de la famille et que les parents expliquent « qu'il n'a qu'à faire attention de ne pas tomber », ils manifestent clairement leurs incapacités à s'ajuster aux besoins de leur enfant. Autre exemple si le SAMU intervient au domicile d'une mère isolée et totalement alcoolisée. Si elle a un bébé, il y aura un signalement immédiat, mais si elle a un adolescent les équipes essayeront de trouver pour lui une solution transitoire avec un relais par des amis ou de la famille. Enfin l'incapacité de parents à réaliser qu'ils doivent en permanence s'adapter aux besoins de leur enfant peut conduire à des drames comme ce couple de médecins partit en randonnée glaciaire avec leur bébé de trois mois, installé dans une luge. Une heure plus tard, le bébé était mort de froid et les parents de trente-cinq ans ne comprenaient pas pourquoi « il n'avait pas pleuré pour les alerter sur le fait qu'il avait froid »...

B - Le mineur sujet spécifique de droit international

¹⁹⁹ <https://www.cnape.fr/documents/publication-du-rapport-de-la-demarche-de-consensus-sur-les-besoins-de-lenfant/>

Au niveau international il existe différents textes dont deux sont particulièrement essentiels à connaître en matière de protection de l'enfant, la Convention Internationale des droits de l'enfant et la Convention de La Haye.

1° - La convention internationale des droits de l'enfant

La convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) de 1989 est LE texte international qui acte véritablement la nécessité de protéger les mineurs et leurs droits spécifiques. Son statut est transversal, car il recouvre à la fois la protection de l'enfant au niveau civil et pénal. Si l'attention portée aux enfants commence à se généraliser en Europe à partir du début du XX^e siècle, ce n'est qu'en 1919 que les droits de l'enfant sont reconnus officiellement au niveau international avec la création d'un Comité de protection de l'enfance par la Société des Nations. (SDN). La seconde guerre mondiale avec ses horreurs laisse bon nombre d'enfants meurtris, orphelins, sans adultes ressources. C'est sur ce constat que l'UNICEF est créé en 1953 et devient une organisation internationale auprès des enfants meurtris par la vie. Ses missions sont de mettre en place de programmes de protection de l'enfance, d'aide aux enfants pour leur sécurité, leur santé, leur éducation, leur alimentation. La Déclaration de Genève, initiée par le pédiatre Janusz Korczak, réalisée le 28 septembre 1924 est une nouvelle étape qui permet de reconnaître des droits spécifiques aux enfants tout en précisant la responsabilité des adultes. La seconde guerre mondiale avec son cortège d'horreurs et d'orphelins conduit l'Assemblée Générale des Nations-Unies à proposer le 20 novembre 1989 la Convention Internationale des Droits de l'Enfant suite à une initiative de la Pologne (qui présente le 7 février 1978 un projet de Convention relative aux Droits de l'enfant à la Commission des Droits de l'Homme de l'ONU.) À cette période il n'existe aucun texte juridiquement contraignant pour les États pour apporter une protection efficace aux droits de l'enfant. Suite à la démarche polonaise, l'année 1979 est déclarée « année internationale de l'enfant » par l'ONU.

L'élaboration de la CIDE s'inscrit donc dans le temps et dans un contexte où les conventions internationales et européennes engagent les pays signataires, à tous, majeurs comme mineurs. L'objectif principal de la CIDE était de permettre de prendre en compte la spécificité de l'enfant en lui accordant un statut de sujet de droit propre à sa situation d'enfant en adaptant les droits de l'homme et du citoyen hérités de 1789. Elle insiste en particulier sur la nécessité de le protéger au niveau de sa santé, sa scolarité, sa famille, son intégrité morale... La CIDE met en place un Comité international des droits de l'enfant, composé de dix-huit experts a été créé avec pour mission « d'examiner les progrès accomplis par les États parties

dans l'exécution des obligations contractées par eux en vertu de la présente Convention ». Ce comité n'a aucun pouvoir de contrainte, car il n'est pas une juridiction et il ne peut que formuler des observations ou des recommandations²⁰⁰. Mais ses avis ont une importance non négligeable pour les États membres.

La loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 résulte de la CIDE et est relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance. Elle est centrée sur l'enfant victime et non plus sur l'auteur afin de permettre une protection plus efficace. Jusqu'à là les lois étaient ciblées sur les auteurs ou sur l'institution familiale et non sur l'enfant. Désormais en instituant un statut spécifique pour le mineur victime d'infraction pénale, le législateur témoigne de sa volonté de le protéger. L'administrateur ad hoc est créé ce qui assure à l'enfant victime de ses parents la possibilité d'être partie civile et de prendre part aux procédures pénales. La décentralisation des services de l'État a conduit ensuite à la coordination des différents systèmes préexistants et déjà chargés de protection de l'enfance maltraitée.

2° - La Convention de La Haye relative à la compétence, la loi applicable, la reconnaissance, l'exécution et la coopération en matière de responsabilité parentale et de mesures de protection des enfants

La Convention de La Haye a été conclue le 5 octobre 1961 concerne « la compétence, la loi applicable, la reconnaissance, l'exécution et la coopération en matière de responsabilité parentale et de mesures de protection des enfants »²⁰¹. Les auteurs de cette Convention (rédigée quelques années après la Seconde Guerre mondiale) ont voulu assurer la stabilité du cadre familial en garantissant au mineur la continuité de sa protection avec une reconnaissance de plein droit des rapports d'autorités *ex lege* prévus par la loi nationale de l'enfant (art. 3). Des mesures de protection exceptionnelles peuvent être prises « si le mineur est menacé d'un danger sérieux dans sa personne ou ses biens » (art. 8).

Cet écrit couvre un champ très large de protection de l'enfant, depuis les décisions familiales relatives à la responsabilité parentale et au droit de conserver avec eux un contact, jusqu'aux mesures publiques relatives à la protection et aux soins. Y sont aussi abordés la question de représentation et de protection des biens des enfants.

²⁰⁰ La France a fait l'objet de trois observations finales en 2005, 2009 et 2016. Dans lesquelles le Comité des droits de l'enfant considère que les droits de l'enfant sont globalement bien respectés en France, « même si des efforts doivent encore être poursuivis particulièrement pour assurer l'effectivité des droits des enfants après l'étape de leur reconnaissance » Comité des droits de l'enfant, Observations finales concernant la France, CRC/C/FRA/CO/4 22 juin 2009.

²⁰¹²⁰¹ <https://www.hcch.net/fr/instruments/conventions/full-text/?cid=39>

Le 25 octobre 1980, une autre Convention de La Haye vise les aspects civils de l'enlèvement international d'enfants afin de protéger les enfants, de moins de seize ans, lors des séparations parentales de tout risque d'être enlevés par l'un de leur parent et retenu illicitement par lui dans un autre pays. Il n'existe actuellement aucune statistique internationale sur le nombre d'enfants concernés par ces actes qui représentent des violences psychologiques majeures dans la vie d'un enfant. Selon l'association Missing Children Europe il y aurait en 2016 plus de 5742 enfants victimes d'enlèvements selon les appels d'urgence effectués dont 23 % d'enlèvements parentaux (les autres situations relèvent d'enfants fugueurs, d'enlèvements criminels, de mineurs isolés ayant fui leurs pays et d'enfants portés disparus suite à des catastrophes ou des conflits armés.

Le 29 mai 1993, la Convention de La Haye porte sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale. C'est un texte particulièrement important, car jusque-là de nombreux enfants se trouvaient adoptés dans des conditions qui ne garantissaient pas toujours leurs droits fondamentaux. Les pays signataires s'engagent à protéger les intérêts de l'enfant avant toute chose et de collaborer entre États contractants pour assurer les droits des enfants et lutter contre toute vente, de traite ou d'enlèvement d'enfants. Pour les pays non-signataires²⁰², le risque d'adoption illégale est inévitable avec toutes les conséquences pour l'enfant, sa famille d'origine ou les parents adoptifs. Le principe directeur de la convention consiste à confier la responsabilité principale de la protection de l'enfant, quelle que soit sa nationalité, au pays dans lequel il a sa résidence habituelle. Ce qui signifie au niveau des adoptions que les États signataires s'engagent à permettre en priorité l'adoption dans leur propre pays.

3° - La convention européenne des droits de l'homme

Le rappel historique proposé dans cette étude permet de constater combien le statut de l'enfant a évolué que ce soit au niveau national qu'international. La CEDH est particulièrement investie sur ce sujet même si très peu d'articles se réfèrent exclusivement aux mineurs. Mais elle prévoit que tous les États contractants « *reconnaissent à toute personne* » (donc au mineur) les droits et libertés garantis par la Convention. Dans son article 34, elle précise qu'elle peut être saisie par « *toute personne* » *qui se prétend victime d'une violation des droits reconnus par la Convention* » ; ce qui fait qu'un mineur dispose de la capacité juridique de saisir directement

²⁰² La Russie et Haïti sont des pays signataires, mais la Convention de La Haye n'est toujours pas entrée en vigueur et le Népal n'a de son côté pas signé la convention

la CEDH même dans les cas où il n'a pas cette possibilité dans son propre pays. Mais compte tenu des obstacles financiers, administratifs et surtout de l'accès à ce droit fondamental très peu de mineurs saisissent la CEDH directement. Les mineurs dépendent donc bien souvent de leurs représentants (parents, tuteurs, associations) pour engager une saisine de la CEDH et faire valoir leurs droits.

La CEDH garantit aux mineurs l'accès à la justice pénale et la possibilité de porter plainte contre leur agresseur (dans certains pays comme aux Pays-Bas les mineurs ne pouvaient pas jusqu'à récemment être représentés pour engager des poursuites contre agresseur. Pour exemple celui d'une jeune mineur handicapée mentale et violée en 1985 par le gendre de la directrice du foyer qui n'avait pas pu être représentée par son père qui n'en avait pas le droit). La CEDH prévoit également que le mineur puisse bénéficier d'un cadre législatif suffisamment protecteur. Pour exemple la condamnation de la France le 26 juillet 2005 au sujet d'une mineure togolaise victime d'esclavagisme domestique. Comme la mineure était en situation irrégulière, elle n'avait pas pour la CEDH pas bénéficié d'une « protection suffisante » dans la mesure où le Code pénal ne prévoyait pas ce délit et que ses plaintes avaient été classées pour « *obtention abusive, d'une personne vulnérable ou dépendante, de services non rétribués ou insuffisamment rétribués* » (art. 225-13 du Code pénal) et « *soumission de cette personne à des conditions de travail ou d'hébergement incompatibles avec la dignité humaine* » (art. 225-14 du Code pénal).

La CEDH prévoit également la protection des mineurs contre tout type de violences (familiales²⁰³, éducatives, policières, institutionnelle, et via internet). Elle peut être saisie quand l'enfant victime n'est pas suffisamment protégé lors d'un procès pénal (cas des mineurs témoins et de la publicité des débats). Différents articles sont consacrés aux droits des mineurs dans ses liens à sa famille (droit à une filiation, protection des enfants adoptés, droit au maintien du lien familial, droit à connaître ses origines). Les mineurs étrangers isolés sont tout aussi concernés avec des conflits fréquents avec les pays signataires dont les lois sur les conditions de contrôle, d'entrée, de maintien sur le territoire ou d'expulsion ne sont pas toujours en accord avec les principes de la CEDH. Elle prévoit également différentes mesures pour les mineurs auteurs.

§ 2 : La pluridisciplinarité de la protection du mineur en droit interne

²⁰³ Pour exemple le 26 juillet 2007 la Cour (arrêt Schmidt c. France, 35109/02) a validé la décision des juges français d'avoir ordonné le placement d'une enfant dont les parents faisaient partie d'une secte dans la mesure où l'évaluation avait permis de constater une situation de danger du fait qu'elle subissait une situation d'enfermement, isolée du reste du monde plusieurs et qu'elle subissait des atteintes à son intégrité physique. <https://www.doctrine.fr/d/CEDH/HFJUD/CHAMBER/2007/CEDH001-81918>

La protection du mineur est pluridisciplinaire en droit français ce qui ne facilite pas la compréhension du dispositif par les professionnels qui doivent en effet comprendre comment la protection pénale (A), civile (B) et administrative du mineur (C) s'articulent.

A - La protection du mineur par le droit pénal

Du fait même de la vulnérabilité liée à son âge et à son immaturité, le mineur est une victime particulière au regard du droit pénal dont la protection a été renforcée au fur et à mesure de l'évolution de la législation. Cette évolution doit être rappelée en ce qu'elle doit être connue des professionnels pour leur permettre de constater combien l'évolution de la reconnaissance du statut spécifique du mineur et de son besoin d'être protégé différemment des adultes a été essentielle. L'évolution législative aboutit à une typologie des infractions spécifiques aux mineurs, à l'existence de règles procédurales protectrices et à des mesures spécifiques.

1° - L'évolution des principaux textes assurant la protection juridique du mineur

Le Code pénal de 1810 prévoit déjà que l'âge de la victime est considéré comme une circonstance aggravante, s'il est inférieur à 15 ans ». À l'article 332, il aggrave aussi la peine des auteurs de viol et autres attentats à la pudeur, aux travaux forcés à temps (le viol simple était puni de la réclusion.), « si le crime a été commis sur la personne d'un enfant en dessous de l'âge de quinze ans accompli ». En outre, la peine passait aux travaux forcés à perpétuité, si « les coupables étaient de la classe de ceux qui ont autorité sur la personne envers laquelle ils ont commis l'attentat ou ses serviteurs à gages... » (art. 333 Code pénal de 1810). Mais en pratique les enquêteurs n'étaient quasiment jamais saisis d'affaires impliquant des victimes mineures. Ce n'est qu'à partir du moment où la loi va évoluer quant à la dépendance spécifique de l'enfant vis-à-vis de ses parents ou de ceux faisant autorité (loi de 1832), que les infractions à son égard en particulier celles relevant du registre sexuel vont commencer à être réellement pénalisées²⁰⁴ quand des mineurs en sont victimes²⁰⁵.

²⁰⁴ Création de l'infraction d'attentat à la pudeur sans

violence, loi du 28 avril 1832 contenant des modifications au Code pénal et au Code d'instruction criminelle.

²⁰⁵ Il existait déjà antérieurement d'autres textes en faveur des enfants, comme le décret du 19 janvier 1811 sur l'abandon des enfants ou celui du 31 janvier 1813 sur l'interdiction du travail des enfants de moins de dix ans dans les mines, mais les auteurs étaient rarement condamnés et la portée de ces textes très minime, Cf. G. Raymond, Droit de l'enfance et de l'adolescence, Litec, 5^e éd., 2006, n° 14, p. 10.

L'ordonnance du 2 février 1945 peut être citée, car elle est une étape fondamentale en matière de protection des mineurs, car si pour de nombreuses personnes elle concerne les mineurs auteurs, il ne faut pas oublier que nombre d'entre eux agissent des violences subies et que leurs actes les met en situation de danger pour leur devenir. Mise en place juste après la Seconde Guerre mondiale, elle a permis de considérer le mineur comme un sujet et non plus comme un objet de droit. Elle a donné les moyens à la loi de 1912 en permettant la création d'un juge spécialisé, le juge des enfants. Les mesures éducatives sont progressivement devenues la règle et les peines l'exception. Mais en raison de son manque de précisions initiales, cette ordonnance a connu différentes réformes, en particulier depuis 2002, qui ont fini par lui faire perdre son sens initial. L'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 vient d'être abrogée le 11 septembre 2019²⁰⁶ après le vote de la loi du 23 mars 2019. Celle-ci fixe l'importance d'autonomie du droit pénal des mineurs et le principe d'un Code de justice pénale des mineurs dont la création est confiée au gouvernement, dans le cadre des ordonnances de l'article 38 de la Constitution. La prise en compte des mineurs victimes, mais aussi des mineurs auteurs est essentielle, car bien des agresseurs ont eux-mêmes été des victimes et nombre de victimes risquent de devenir auteurs si aucune prise en charge adaptée n'est proposée. Porter attention à cette évolution législative d'importance apparaît donc indispensable quand on étudie la protection de l'enfance compte tenu de l'intrication entre mineurs victimes et mineurs auteurs.

La loi du 23 décembre 1980 marque une nouvelle évolution en protection de l'enfance, en particulier au sujet des violences sexuelles. Jusqu'en 1980, les poursuites des infractions sexuelles sur mineurs sont déclenchées, pour attentat à la pudeur avec ou sans violence (ce second cas traduisant le délit d'atteinte sexuelle sans violence depuis l'adoption du nouveau Code pénal). À partir de 1980, apparaît une véritable distinction entre atteinte à la pudeur violente et non violente. C'est la même loi qui inscrit dans le Code pénal une nouvelle définition du viol et qui correctionnalise les faits d'attentats à la pudeur non violents.

La loi du 2 février 1981 : augmente la répression des père et mère ou gardien auteur de violences et privation de soins ou d'aliments, commises sur un mineur de quinze ans. Les modifications apportées par cette loi ont touché le droit pénal des mineurs-victimes par deux apports. Le premier consistait à assortir de peines plus sévères l'obligation de dénoncer aux autorités les sévices subis par les mineurs. Le second visait à faire de l'article 312 du Code pénal une disposition dédiée aux infractions commises sur les mineurs en excluant de son

champ les violences commises sur les ascendants. Mais selon les auteurs, cette réforme s'est traduite, au final, par une moindre sévérité que les textes antérieurs à l'égard des auteurs d'actes dont pouvaient être victimes les mineurs de quinze ans.²⁰⁷

Le Code de procédure pénale de 1992 fait suite à la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant²⁰⁸ qui insiste sur entrée en vigueur en France depuis le 6 septembre 1990 sur l'intérêt supérieur du mineur, considéré comme une personne à part entière, au même titre qu'un adulte. Le Code porte une nouvelle réflexion sur les mesures à apporter pour la protection des mineurs. Il reprend les circonstances aggravantes préexistantes de minorité et les classe en consacrant un chapitre entier aux « atteintes aux mineurs et à la famille »²⁰⁹. Le Code de 1992 ne crée pas de nouvelles infractions spécifiques commises sur les mineurs, mais préfère aggraver les peines en raison de la circonstance aggravante de minorité et prend le soin de prévoir un article dédié à chaque catégorie de violence (énumérées aux articles 222-8, 222-10, 222-12 et 222-13 du Code pénal). La minorité de la victime apparaît comme la première cause d'aggravation juste avant celle de la vulnérabilité de la victime ce qui peut se comprendre comme la volonté affichée du législateur de considérer désormais, réellement, l'enfant comme une victime particulièrement vulnérable.

La loi n° 92-1336 du 16 décembre 1992 (article 2-3) reconnaît le droit aux associations régulièrement déclarées se proposant dans leur statut de défendre les mineurs, d'exercer les droits reconnus à la partie civile, c'est-à-dire aux mineurs victimes. C'est un texte important qui témoigne de la volonté du législateur de développer une politique publique d'aide aux victimes. Il favorise la constitution de partie civile - assistance de l'avocat non obligatoire – et peut dispenser de versement de la consignation par le Juge d'instruction afin que l'action des victimes soit facilitée. Les extensions des articles 2 et suivants du Code de procédure pénale, entre 1983 et 1996, permettent désormais à des associations de victimes de plus en plus nombreuses d'aller en justice et de se constituer partie civile dans les procès pénaux. Le bémol étant que pour certaines, elles se constituent parties civiles pour elles-mêmes et non pour le mineur, ce qui n'est pas sans créer des confusions.

²⁰⁷ MERLE R., VITU A., *Traité de droit criminel*, tome 3 : droit pénal spécial, op. cit., n° 2134, p. 1733.

²⁰⁸ Art. 3 de la convention de New York du 26 janvier 1990 :

1. 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.

2. Les États parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées.

²⁰⁹ Chapitre VII du titre II du livre II.

La loi du 25 juillet 1994 est contemporaine du nouveau Code pénal et rappelle l'importance de la protection de la famille considérée comme « une des valeurs essentielles sur lesquelles est fondée la société » et que « c'est sur elle que repose l'avenir de la nation. »²¹⁰ Cette loi est contemporaine du nouveau Code pénal et rappelle l'importance de la protection de la famille considérée comme « une des valeurs essentielles sur lesquelles est fondée la société » et que « c'est sur elle que repose l'avenir de la nation. »²¹¹

La loi n° 98-468 du 17 juin 1998 institue un véritable statut des mineurs victimes d'infractions de nature sexuelle afin de leur garantir la protection juridique et les soins qui leur sont dus. À ce titre, la loi favorise la prise en compte de la parole du mineur victime qui peut être autonome par rapport à celle des titulaires de l'autorité parentale. C'est ainsi que le procureur de la République ou le Juge d'instruction « désigne un administrateur ad hoc lorsque la protection des intérêts du mineur n'est pas complètement assurée par ses représentants légaux ou par l'un d'entre eux ». Le nouvel article 706-52 du Code de procédure pénale a systématisé, à compter du 1^{er} juin 1999, l'enregistrement audiovisuel des auditions de mineurs victimes d'infractions sexuelles. Ces auditions ont pour objectif d'éviter les multiples auditions des mineurs déjà particulièrement traumatisés. Elles peuvent avoir lieu en présence d'un psychologue ou d'un médecin spécialiste de l'enfance, d'un membre de la famille du mineur, de l'administrateur ad hoc ou d'une personne désignée par le Juge des enfants. La procédure pénale a également été adaptée à la nature de ces infractions. La prescription de l'action publique est allongée, le délai de trois années pour un délit et de dix années pour un crime ne commençant à courir qu'à partir de la majorité, afin de permettre au jeune de ne plus être sous l'influence d'éventuelles pressions familiales.

La circulaire du 13 juillet 1998 concerne aussi les majeurs victimes et rappelle que « l'accueil, l'écoute, et l'information des victimes, mais également la prise en compte de leur préjudice, tant moral que matériel, sont parmi les devoirs éminents du Ministère public ». Cette évolution nécessaire dans l'intérêt des victimes ne peut se faire que grâce à une mobilisation de tous les acteurs de l'institution judiciaire, mais également de tous ses partenaires institutionnels.

La loi du 3 décembre 2001 sur les droits du conjoint survivant et des enfants adultérins permet que l'égalité successorale soit pleinement assurée.

²¹⁰ ROUJOU de BOUBÉE G., BOULOC B., FRANCILLON J., MAYAUD Y., *Code pénal commenté*, Paris, Dalloz, 1996, p. 442.

²¹¹ ROUJOU de BOUBÉE G., BOULOC B., FRANCILLON J., MAYAUD Y., *Code pénal commenté*, Paris, Dalloz, 1996, p. 442.

La loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforce la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs et porte l'âge minimum du mariage pour les filles à 18 ans (sauf dans les cas très spécifiques de mineurs émancipés)

La loi n° 2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes. Cette loi fait suite à de nombreux rapports et enquêtes. Nous citerons celle du CVS (Cadre de vie et Sécurité) menée entre 2008 et 2016, qui constate que « chaque année 1,7 millions de femmes de 18 à 75 ans se sont déclarées victimes d'au moins un acte à caractère sexuel ». Et l'étude VIRAGE²¹² réalisée en 2014 par l'Institut national des études démographiques « Violences et rapports de genre : contextes et conséquences des violences subies par les femmes et par les hommes », 38,3 % des actes de viol ou de tentative de viol déclarés par les femmes et 59,2 % de ceux déclarés par les hommes surviennent avant l'âge de 15 ans.

C'est donc dans ce contexte et celui d'affaires médiatisées que le projet de loi a été pris pour tenter d'améliorer la prévention des violences, améliorer l'accompagnement des victimes en particulier les mineurs et renforcer les sanctions pénales. La Loi définit pour la première fois le terme de contrainte. Comme précédemment rappelée, la définition du viol est révisée et concerne désormais tout acte de pénétration de toute nature commis sur ou avec la personne d'autrui. Elle étend la qualification de l'inceste à l'ensemble des victimes et non plus exclusivement aux mineurs. Compte tenu des supports utilisés par les agresseurs, en particulier à l'égard des plus vulnérables, elle met en place un nouveau dispositif pour tenter de réprimer les violences sur internet avec la création d'un nouveau délit de « captation, d'enregistrement et de transmission d'images impudiques commis à l'insu ou sans le consentement de la personne ». Celui-ci renforce l'article 222-33-2-2 du Code pénal créé en 2014 au sujet du harcèlement numérique.

L'article 16 de la loi du 3 août 2018 crée également un nouveau délit pour sanctionner le voyeurisme sexuel (art. 226-3-1 du Code pénal), c'est-à-dire « le fait d'user de tout moyen afin d'apercevoir les parties intimes d'une personne que celle-ci, du fait de son habillement ou de sa présence dans un lieu clos, a caché à la vue des tiers, lorsqu'il est commis à l'insu ou sans le consentement de la personne ».

Autre évolution majeure, la non-dénonciation des atteintes et des agressions sexuelles devient une infraction continue. Autrement dit en modifiant les délais de prescription pour déposer plainte, le législateur a modifié l'article 434-3 du Code pénal. Jusqu'à la loi de 2018, la nature du délit de non-dénonciation d'agressions et atteintes sexuelles restait floue quant à sa

²¹² <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/violences-rapports-genre/>

prescription. Désormais les choses sont claires, l'infraction est continue et la prescription ne compte qu'à partir du moment où la victime a dénoncé elle-même les faits aux autorités administratives et/ou judiciaires. Soit selon l'article 434-4 du Code pénal modifié par les articles 1 et 5 de la loi n° 2018-703 du 3 août 2018 : « Le fait, pour quiconque ayant connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas 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, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives ou de continuer à ne pas informer ces autorités tant que ces infractions n'ont pas cessé est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. Lorsque le défaut d'information concerne une infraction mentionnée au premier alinéa commise sur un mineur de quinze ans, les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende. Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13. »

La loi étend aussi le fichier national des auteurs d'infractions sexuelles (créées par la Loi du 12 décembre 2005) au EPCL (Établissements Publics de Coopération Intercommunale). L'objectif est de permettre aux responsables de toutes ces institutions d'avoir accès au fichier lors d'un recrutement pour s'assurer de l'absence de toute inscription (par exemple recrutement d'un chauffeur de bus pour le ramassage scolaire). Elle crée aussi un nouveau délit (art. 222-30-1 de l'article 3 de la loi) pour sanctionner l'utilisation (par un mineur ou un majeur) à son insu de substance pour entraîner l'altération du discernement d'une personne (ex. l'usage GHB dite drogue du violeur, devient une circonstance aggravante) : « Le fait d'administrer à une personne, à son insu, une substance de nature à altérer son discernement ou le contrôle de ses actes afin de commettre à son égard un viol ou une agression sexuelle est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende. Lorsque les faits sont commis sur un mineur de quinze ans ou une personne particulièrement vulnérable, les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et à 100 000 € d'amende. »

2° La typologie des infractions spécifiques aux mineurs

De façon générale le législateur a prévu que la répression de toutes les infractions contre les personnes (mis à part le harcèlement) soit aggravée lorsque la victime est un mineur de quinze ans. Parfois la seule minorité constitue une circonstance aggravante : il en est ainsi pour la traite des êtres humains (art. 225-4-2 du Code pénal) ou le proxénétisme (art. 225-5 du Code pénal). Par ailleurs le droit pénal prévoit des infractions spécifiques vis-à-vis des adultes qui

devraient protéger le mineur et qui s'en abstiennent.²¹³ Plusieurs infractions sont ainsi prévues, qui sont pour certaines des infractions d'omission et d'autres infractions de commission.

a – Les infractions d'omission

Les infractions d'omission ou autrement intitulées infraction d'abstention sont celle qui résultent de l'absence d'un acte que la loi impose. En matière de protection de l'enfant cela peut être le fait de ne pas dénoncer des faits de maltraitances dont une personne a connaissance, mais également la privation de soins indispensables à son bon développement.

L'infraction de non-dénonciation de maltraitance

L'infraction de non-dénonciation de maltraitance sanctionne toute personne ayant connaissance d'un cas de maltraitance sur un mineur qu'il ne signalerait pas aux autorités et ce, quel que soit son lien avec la victime. « Toute personne qui s'abstient d'agir alors qu'elle a connaissance d'une situation d'un enfant en danger est punie d'une peine pouvant aller jusqu'à 3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende » (art. 434-1 à 434-7 du Code pénal). La loi n°2016-297 du 14 mars 2015 a modifié comme suit l'article 46 : « Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas 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, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13. » L'alinéa 2 de l'article 434-3 du Code pénal dispense les personnes astreintes au secret professionnel de l'obligation de révélation. Toutefois, l'article 226-14 alinéa 1^{er} du Code pénal les autorise à « informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles, dont [elles ont] eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur [...] ». L'article 434-3 du Code pénal rétablit l'obligation de dénonciation à la charge de ceux qui, tenus au secret professionnel, font l'objet d'une disposition spéciale qui les contraint à informer certaines personnes de faits dont ils ont connaissance. C'est le cas par exemple des professionnels sociaux ou des éducateurs mandatés par le juge des enfants dans le cadre d'une mesure d'assistance éducative. En outre, la

²¹³ BONFILS Ph., GOUTTENOIRE A., *Droit des mineurs*, Paris, Dalloz, 2014, 1278 p.

personne qui peut opposer le secret professionnel pour ne pas révéler certains faits portés à sa connaissance, n'en demeure pas moins susceptible d'être poursuivie pour non-assistance à personne en péril sur le fondement de l'article 223-6, alinéa 2 du Code pénal si son défaut de révélation s'est accompagné d'une absence de mesure destinée à protéger ou à soigner l'enfant.

La privation de soins

La privation de soin concerne tous les besoins fondamentaux chez l'enfant (soins, nourriture, hygiène, scolarité, rythme de vie). Priver un enfant de soins relève de l'article 227-15 du Code pénal selon lequel « le fait, par un ascendant ou toute autre personne exerçant à son égard l'autorité parentale ou ayant autorité sur un mineur de quinze ans, de priver celui-ci d'aliments ou de soins au point de compromettre sa santé est puni de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende. » Le Code précise que « Constitue notamment une privation de soins le fait de maintenir un enfant de moins de six ans sur la voie publique ou dans un espace affecté au transport collectif de voyageurs, dans le but de solliciter la générosité des passants. » La loi du 20 décembre 2017 prévoit une obligation de vaccination qui, si elle n'était pas respectée par les parents, pourrait désormais les exposer à être sanctionnés pour privation de soin.

b – Les infractions de commission

Les infractions de commission sont des infractions liées à l'accomplissement d'un acte positif que la loi interdit. Parmi les infractions ayant pour victime spécifiquement un mineur, figurent également des infractions positives qui répriment un comportement actif comme le recours à la prostitution de mineur, la captation, la diffusion et la détention d'images pornographiques et les atteintes sexuelles sans violence sur un mineur.

L'atteinte sexuelle sur mineur

Le Code pénal réprime l'atteinte sexuelle sans violence sur mineurs de deux manières différentes, selon l'âge du mineur. L'article 227-25 du Code pénal punit de façon générale toute atteinte sexuelle sur mineur de moins de quinze ans commise par un majeur et l'article 227-26 punit ces atteintes lorsqu'elles sont commises sur un mineur âgé de plus de quinze ans seulement si elles sont commises par un ascendant ou une personne ayant autorité sur un mineur. Lorsque l'atteinte sexuelle est commise sur la victime par une personne titulaire de l'autorité parentale, la juridiction pénale de jugement doit se prononcer sur le retrait total ou partiel de cette autorité, la juridiction pouvant également statuer sur le retrait de cette autorité en ce qu'elle concerne les frères et sœurs mineurs de la victime (art. 222-31-2 C. pénal). Le Code pénal prend donc en compte l'âge de la victime et la qualité de ses liens avec l'auteur et pour pouvoir constituer l'infraction d'atteinte sexuelle ces différents éléments doivent être présents. Si le mineur a entre 15 et 18 ans, c'est l'article 227-27 du Code pénal qui s'applique « Les atteintes sexuelles sans violence, contrainte, menace, ni surprise sur un mineur âgé de plus de quinze ans sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende : 1° Lorsqu'elles sont commises par un ascendant ou par toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ; 2° Lorsqu'elles sont commises par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions. » Cet article nécessite de pouvoir établir l'élément matériel (à savoir la preuve de l'existence d'un acte sexuel sans violence, contrainte surprise ou menace.). L'élément moral doit aussi être pris en compte c'est-à-dire que l'auteur doit avoir conscience de ses actes. Cet élément moral peut être difficile à affirmer ce qui conduit à bien peu de condamnations pour atteintes sexuelles. Pour exemple quand une personne mise en cause justifie les actes qu'il a commis sur le fait qu'il était convaincu que la victime était majeure, l'élément moral qui est soumis à l'appréciation du juge peut ne pas être retenu.

Les violences habituelles sur mineur

L'article 222-14 du Code pénal réprime spécifiquement les violences habituelles commises sur un mineur de quinze ans et l'article 222-13 du Code pénal réprime les violences ayant entraîné une incapacité de travail inférieure ou égale à huit jours uniquement lorsqu'elles sont commises sur un mineur. L'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de faiblesse (art. 223-15-2 C. Pénal) est également constitué lorsque la victime est un mineur.

Concernant les violences dues au châtement corporel comme la fessée, c'est le Code civil (art. 317-1) qui y fait référence au sujet de l'autorité parentale. Il rappelle les obligations de tout parent à exercer son autorité sans violences physiques ou psychologiques. Mais cet article ne prévoit pas de sanction donc si la situation perdure et conduit à un signalement c'est l'article 222-13 du Code pénal qui pourra être appliqué, car il prévoit les sanctions pour toute violence sur un mineur de 15 ans ayant entraîné une incapacité de travail inférieure ou égale à huit jours de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amendes.

3° - Les règles procédurales protectrices des mineurs

Les procès sont des contextes particulièrement éprouvants en raison des facteurs de reviviscences traumatiques pour l'enfant, de la confrontation à la personne mise en cause (ou aux personnes). Les délais entre une plainte, une révélation, un signalement et le moment de la commission des faits peuvent être importants. Ceux entre la fin de l'instruction et la tenue du procès le sont tout autant (certaines fois plusieurs années). Ce qui fait qu'un enfant victime passe de nombreuses années dans les procédures et peut arriver au procès totalement épuisé psychiquement. Ce délai entre les faits et le procès peuvent servir l'enfant dans les cas où il a pris en maturité et peut s'exprimer plus facilement sans être débordé par la peur, la honte et la culpabilité. Mais ils peuvent aussi le desservir en particulier aux assises où le jury est en grande partie composé de personnes issues de la société civile qui peuvent avoir beaucoup de difficultés à se remettre dans le contexte et à comprendre par exemple que ce jeune adulte de trente ans qui a porté plainte contre son père incestueux avait à l'époque cinq ans et n'était pas ce grand gaillard.

Le législateur a prévu qu'une attention particulière soit portée aux mineurs lors des procès comme tout au long de la procédure. L'enfant a le droit d'être accompagné tout au long du procès par un professionnel de l'enfance. Cela peut être un administrateur ad hoc selon le contenu de l'ordonnance qui l'a désigné. Il a aussi la possibilité d'être représenté par un avocat d'enfant (description de ses missions dans le chapitre consacré aux personnes assurant la défense des intérêts de l'enfant).

Une des mesures spécifiques lors des procès est la possibilité imposer le huis clos des débats devant la Cour d'assises en cas de viol, tortures ou actes de barbarie accompagnés d'agressions sexuelles. Le huis clos est le fait que « les débats sont publics à moins que la publicité ne soit dangereuse pour l'ordre ou les mœurs. Dans ce cas, la cour le déclare par un arrêt rendu en audience publique » (art.306 du Code de procédure pénale). Le principe fixé par le législateur est de protéger le justiciable d'une justice secrète et de lui garantir ce principe fondamental (rappelé dans l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme) comme l'est le respect du contradictoire et la procédure orale. Le huis clos reste une exception et ne s'applique que pour la phase des débats, l'arrêt sur le fond doit toujours être rendu en audience publique. S'il est de droit pour les victimes dans le cas d'affaires pénales, pour les délits et les affaires jugés au tribunal correctionnel, le mineur ne peut pas imposer le huis clos, mais juste le demander.

La loi du 29 juillet 1881 interdit spécifiquement la publication de l'identité des mineurs victimes d'infractions, mais à l'heure de la médiatisation illimitée cela n'est pas toujours garanti.

La procédure pénale est adaptée à la spécificité des mineurs victimes par une extension de la prescription, et un aménagement de la participation du mineur à la procédure.

a - La prescription

En France la prescription varie selon que les faits aient été commis sur un mineur ou sur un majeur. Le délai de prescription qui est la période au-delà de laquelle aucune poursuite ne peut plus être engagée à l'égard d'un auteur d'infraction²¹⁴ est une donnée essentielle à connaître pour les mineurs et pour les professionnels susceptibles de signaler. Le délai n'est en effet pas le même que la victime soit majeure au moment des faits ou qu'elle soit mineure. Passé ce délai, la victime peut toujours porter plainte, car la justice pourra vérifier si la personne mise en cause n'est pas susceptible d'avoir commis (ou de commettre encore) des infractions. Selon les articles 7 et 8 du Code de procédure pénale, le délai de prescription de l'action publique des crimes commis contre des mineurs et de certains délits (notamment sexuels) ne commence à courir qu'à partir de la majorité de ces derniers. Autrement dit, pour les mineurs le délai de prescription débute aux 18 ans de la victime. Autrement dit que les faits aient eu lieu quand elle était bébé ou adolescente, la justice part du principe que c'est uniquement à partir de sa majorité civile, que le délai de prescription débute, même si une victime mineure peut porter

²¹⁴ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F31982>.

plainte. La victime n'était pas. Depuis la loi n° 2017-242 du 27 février 2017, les délais de prescription se sont rallongés ((art.08 du Code de procédure pénale) : pour les faits contraventionnels, la prescription est de un an après la majorité : pour les délits, la prescription est de six ans après la majorité (au lieu de 3 ans) et pour les crimes, la prescription est de 30 ans après la majorité (au lieu de 20 ans). Enfin pour les crimes contre l'humanité, il y a imprescriptibilité.

En tant que victime spécifique, le mineur doit être entendu dans la procédure dans des conditions qui ménagent son intérêt. Il doit en être de même pour les expertises et autres examens médicaux réalisés sur le mineur durant la procédure pénale.

b - L'audition du mineur victime

Compte tenu de son immaturité, le législateur a mis en place au milieu des années trente, des unités spécialisées dans les auditions des mineurs, les brigades de protection de la famille²¹⁵ (désignée jusqu'en 2009 par le terme de brigade des mineurs, excepté à la préfecture de Paris qui a conservé une brigade des mineurs). Initialement créées sur Paris puis en région parisienne, ces unités spécialisées se sont généralisées à compter des années soixante-dix. L'objectif est de permettre l'intervention de professionnels spécifiquement formés²¹⁶. Ces services peuvent être saisis par le procureur de la République, par le juge d'instruction sur commission rogatoire, par le juge des enfants, ou encore par signalement ou une dénonciation. En pratique, ces unités sont ainsi chargées des enquêtes sur des infractions dont des mineurs ont été victimes (ou / et leur parent dans le cas de violences conjugales), dans les conditions du droit commun, c'est-à-dire dans le but d'en rechercher les auteurs et d'en établir les preuves. Ces brigades peuvent également être mandatées pour rechercher un mineur en fugue ou victime d'un enlèvement, notamment dans le cadre des enlèvements parentaux.

Le mineur victime d'une infraction pénale a le statut de partie civile dans la procédure pénale. Les associations de protection de l'enfance peuvent, à certaines conditions prévues dans leurs statuts, se constituer partie civile dans les procédures dans lesquelles la victime est un

²¹⁵ Création des brigades de protection de la famille à l'initiative de Michèle Alliot-Marie, ministre de l'Intérieur.

²¹⁶ Sauf que concrètement, s'il existe quelques associations spécialisées en protection de l'enfance qui forment les policiers et les gendarmes, la plupart doivent se contenter du peu de repères transmis dans leur formation initiale au centre national de la formation de la police judiciaire à Fontainebleau (stage d'une semaine pour être formé à l'audition de mineur...). Aucune formation spécialisée n'est pas requise pour intégrer une BM ou une BPF. Le Centre National d'Études et de Formation de la Police Nationale de Gif-sur-Yvette créé en 1989 a été fermé en 2013 et n'a pas été remplacé.

mineur. Pour garantir à l'enfant que ses droits seront effectivement exercés, l'article 706-50 du Code de procédure pénale permet la désignation d'un administrateur *ad hoc* chargé de le représenter dans la procédure pénale lorsque la protection de ses intérêts risque de ne pas être suffisamment assurée par ses parents ; cette représentation par un tiers est désormais de principe²¹⁷ lorsque l'enfant a été victime d'une infraction incestueuse.

Les pratiques des enquêteurs sont loin d'être uniformes d'un département à l'autre et d'un lieu (commissariat, gendarmerie à l'autre)²¹⁸ même si la loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes²¹⁹ était censée uniformiser les modalités d'audition en particulier pour les mineurs victimes.

L'audition des mineurs n'est en effet pas chose aisée pour des enquêteurs qui restent trop peu formés (voir pas du tout) au développement de l'enfant. Et si l'enfant n'a pas accès à la parole du fait de son jeune âge ou d'un handicap, cela devient quasi-impossible. Une des difficultés est liée aux impératifs des enquêtes (recherche de la vérité, de preuves, d'aveux), car la logique pénale n'est pas conçue pour être respectueuse du bien-être de l'enfant et de la psychologie de l'enfant. Sans formation, les professionnels qui réalisent les auditions peuvent être des plus maladroits dans les termes utilisés (par exemple demander à un petit de trois ans qui ne se situe pas dans le temps « quels jours se sont passés les faits », ou à un enfant plus grand « quand il t'a mis son doigt dans ton sexe, tu as pu compter jusqu'à combien ? »). L'enfant a appris qu'il faut répondre aux adultes (surtout si leur fonction fait autorité) et aura toujours tendance à donner une réponse même s'il ne comprend pas la question et si la question est suggestive l'enfant répondra toujours dans le sens de la réponse sous-entendue dans la formulation : exemple « ça s'est passé souvent ? » question posée à un enfant de quatre ans, qui va répondre « oui » ; question suivante « tu sais ce que ça veut dire souvent ? » réponse « non », conclusion de l'enquêteur « tu es un menteur ». Les auditions menées à des heures inadaptées aux enfants (la nuit), dans des locaux à l'ergonomie totalement inappropriée et sans aucune attention se multiplient depuis les années 2000 après une décennie de progrès conséquent. Le procès d'Outreau est passé par là avec la conviction de nombreux enquêteurs et de magistrats que les enfants mentent, sont manipulés voire manipulateurs. Il faut donc s'en

²¹⁷ http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSD1003942C.pdf

²¹⁸ GEOFFROY G., *Lutte contre les violences faites aux femmes*, Rapport n° 1799 au nom de la mission d'évaluation de la politique de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes, Assemblée Nationale, 7 juillet 2009, p. 155.

²¹⁹ Loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes, JO du 16 juin 2000, p. 9038.

méfier sans qu'il soit nécessaire de leur apporter les conditions humaines ou matérielles rassurantes. Sur le terrain nous constatons une dégradation majeure des conditions d'audition des enfants.

Recueillir la parole d'un enfant victime nécessite de connaître un minimum de ce qu'est le développement psycho-cognitif, affectif, psychosexuel, langagier, la représentation spatio-temporelle d'un enfant. Avec la fermeture du centre de formation du CNEF (Centre National d'Études et de Formation qui proposait (aux volontaires) une formation sur les auditions du mineur victime, les enquêteurs n'ont actuellement plus de formation assurée, si ce n'est pas d'initiative très locale par certaines associations. Sans ces ressources il est inévitable que les confusions entre la réalité de l'enfant (sa perception) et la vérité juridique soient source d'interprétations et de confusions qui desservent inévitablement l'enfant. Par exemple quand un petit explique que son agresseur « était grand, que ça s'est passé souvent et que c'était la nuit », cela signifie pour lui que cette personne lui a fait très peur, qu'il faisait noir et que cela a été tellement pénible que pour lui cela s'est répété. Mais dans la vérité juridique peut être que l'agresseur était plus petit ou plus jeune, que les faits ne se sont produits qu'une fois et qu'ils ont eu lieu un vendredi en décembre à 16 h 30 quand il fait déjà nuit. Dans sa réalité, dans sa compréhension de faits, l'enfant est dans le vrai. Mais ce vrai infantile ne correspond pas nécessairement à la vérité factuelle repérée par les enquêteurs, ce qui se traduit du côté des adultes par la conviction que l'enfant ment. La Loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs.

L'article 706-53 permet au procureur de la République ou au juge d'instruction de décider, notamment à la demande du mineur victime ou de son représentant légal, que l'audition ou la confrontation de l'enfant aura lieu en présence d'un tiers (médecin, thérapeute, éducateur ou proche) « 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 spécialiste 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 ». Au quotidien, la présence des tiers pendant l'audition des mineurs est rare, car les enquêteurs estiment généralement que leur présence peut entraver le dialogue avec

l'enfant²²⁰ et ne les met pas forcément eux-mêmes très à l'aise. De fait, les tiers ne sont admis qu'à reconforter l'enfant qui en manifesterait le besoin, mais ne peuvent pas prendre la parole (sauf pour expliquer à l'enfant une question).

Depuis la loi du 5 mars 2007 renforçant l'équilibre de la procédure pénale, il doit en outre être assisté par un avocat lorsqu'il est entendu par un juge d'instruction, même s'il n'est pas partie civile. Un article a été ajouté pour renforcer ainsi l'équilibre de la procédure pénale. Il prévoit que « tout mineur victime d'une des infractions mentionnées à l'article 706-47 est assisté par un avocat lorsqu'il est entendu par le juge d'instruction », et que, « à défaut de désignation d'un avocat par les représentants légaux du mineur ou par l'administrateur ad hoc, le juge avise immédiatement le bâtonnier afin qu'il commette un avocat d'office » (art. 706-51 nouveau).

L'article 706-52 alinéa 1^{er} du Code de procédure pénale prévoit que l'audition d'un mineur victime fait l'objet d'un enregistrement audio-visuel ou sonore lors de son audition²²¹. La loi du 5 mars 2007 tendant à renforcer l'équilibre de la procédure pénale²²² a renforcé le caractère obligatoire de cet enregistrement, en supprimant la condition de consentement du mineur ou de ses représentants légaux qui existait jusqu'alors. L'idée est de généraliser le recours à l'enregistrement, conformément aux recommandations de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur l'affaire d'Outreau²²³. Sauf que tous les services n'ont pas les équipements adaptés et qu'il arrive que ces auditions se résument au film de l'audition de l'enfant via une webcam fixée sur l'ordinateur de l'enquêteur, ce qui ne permet pas du tout d'analyser l'incidence des interactions entre le mineur et celui qui lui pose les questions. La nouvelle loi supprime la possibilité laissée jusqu'à présent au procureur de la République et au juge des enfants de s'opposer à l'enregistrement de l'audition du mineur victime²²⁴.

Les modalités pratiques de l'enregistrement sont détaillées par la circulaire du 20 avril 1999²²⁵ et ont depuis été rappelées par une circulaire du garde des Sceaux en date du 2 mai

²²⁰ LEGRAND D. (dir.), « Le traitement judiciaire de la parole des mineurs victimes d'infractions sexuelles (enquête sur la diversité des pratiques d'une nouvelle procédure) », préc.

²²¹ Mais aucune n'a jamais été réalisée sur les effets des auditions filmées en particulier pour les mineurs victimes d'agressions filmées par leur auteur.

²²² JO 2007, p. 4206.

²²³ Cf. H. Matsopoulou, « Commentaire de la loi n° 2007-291 du 5 mars 2007 tendant à renforcer l'équilibre de la procédure pénale », *Dr. pénal* 2007, étude n° 6.

²²⁴ Sur la pratique antérieure à la loi du 5 mars 2007, cf. D. Legrand (dir.), « Le traitement judiciaire de la parole des mineurs victimes d'infractions sexuelles (enquête sur la diversité des pratiques d'une nouvelle procédure) », *Les cahiers de la justice* (revue de l'ENM), printemps 2006, études p. 251 et s.

²²⁵ Circulaire du CRIM 99-4 F1 du 20 avr. 1999.

2005. L'enregistrement peut n'être que sonore « sur décision du procureur de la République ou du juge d'instruction, si l'intérêt du mineur le justifie » (art. 706-52 en particulier pour les mineurs victimes de faits filmés). Et la loi précise que « lorsque l'enregistrement ne peut être effectué en raison d'une impossibilité technique, il en est fait mention dans le procès-verbal d'audition qui précise la nature de cette impossibilité », et dans les cas où l'audition intervient au cours de l'enquête ou sur commission rogatoire, le procureur de la République ou le juge d'instruction en est immédiatement avisé par les enquêteurs. « Il est clair que ces exigences pourront faire obstacle à ce que l'argument relatif à l'impossibilité technique puisse être souvent invoqué pour justifier l'absence d'enregistrement »²²⁶. La loi a anticipé sur les impossibilités matérielles mises en avant par certains enquêteurs pour ne pas réaliser les auditions filmées en précisant que « le procureur de la République, le juge d'instruction ou l'officier de police judiciaire chargé de l'enquête ou agissant sur commission rogatoire peut requérir toute personne qualifiée pour procéder à cet enregistrement », et « les dispositions de l'article 60 sont applicables à cette personne, qui est tenue au secret professionnel dans les conditions de l'article 11 ». Il est donc possible de solliciter une personne extérieure, qui doit prêter par écrit le serment d'apporter son concours à la justice en son honneur et en sa conscience, et sera tenue au secret de l'enquête et de l'instruction. Si certains enquêteurs rechignaient à effectuer des auditions filmées, c'est que cette procédure nécessitait un travail considérable et chronophage de retranscription écrite, même si spécialement s'agissant de jeunes mineurs, le procès-verbal peut être moins formel, et que l'enquêteur n'est pas tenu de retranscrire intégralement les propos des enfants. Une reformulation des propos est tout à fait possible avec tous les biais subjectifs que cela induit et qui sont utilisés par les avocats lors des jugements quand l'écart entre l'écrit et la vidéo de l'audition est trop important²²⁷.

L'article 706-52 précise qu'il est établi une copie de l'enregistrement aux fins d'en faciliter la consultation ultérieure au cours de la procédure, ce qui garantit également le respect du contradictoire. La copie est versée au dossier, et l'enregistrement original est placé sous scellés fermés. Sur décision du juge d'instruction, l'enregistrement peut être visionné ou écouté au cours de la procédure. La copie de ce dernier peut toutefois être visionnée ou écoutée par les parties, les avocats ou les experts, en présence du juge d'instruction ou d'un greffier dans des conditions qui garantissent la confidentialité de cette consultation. L'enregistrement et sa copie

²²⁶ MATSOPOULOU H., « Commentaire de la loi n° 2007-291 du 5 mars 2007 tendant à renforcer l'équilibre de la procédure pénale », *Dr. pénal* 2007, étude n° 6.

²²⁷ Circulaire du CRIM 99-4 F1 du 20 avr. 1999.

sont détruits dans le délai d'un mois à l'expiration d'un délai de cinq ans à compter de la date de l'extinction de l'action publique.

La mise en place de cette procédure filmée, conçue initialement pour éviter à l'enfant de répéter et s'assurer que son propos n'était pas parasité par des questions suggestives ou des attitudes inappropriées des enquêteurs, n'a jamais fait l'objet de la moindre évaluation, ce qui ne peut que poser question à cette période où les enfants ont un rapport à l'image très spécifique que n'avaient pas ceux de la génération précédente. La circulaire d'application de la Loi, datant de 1999, préconisait l'aménagement dans les services d'un lieu dédié aux auditions de mineurs ainsi qu'un local annexe supportant le matériel d'enregistrement. L'association La Voix de l'enfant a sponsorisé de nombreux lieux de ce type installés dans les hôpitaux pour préserver les enfants du stress lié aux locaux de la police ou de la gendarmerie. Mais faute de moyens, il est de plus en plus fréquent que les enquêteurs se contentent d'une webcam installée sur leur PC et visant l'enfant pour l'auditionner. Le temps passé pour la retranscription de l'audition étant très chronophage pour les enquêteurs, certains préfèrent ne plus utiliser ce support, justifiant son absence par le fait qu'ils n'ont pas l'équipement ou que celui-ci est défectueux.

L'article 706-53 du Code de procédure pénale permet la présence au côté de l'enfant d'un professionnel, d'un administrateur ad hoc ou d'un membre de la famille, mais cela est rarement respecté sauf dans les lieux bien adaptés où un psychologue souvent mis à disposition pour soutenir l'enfant lors de l'audition et aider l'enquêteur en cas de blocage ou de difficulté d'audition.

Or l'objectif fixé par la circulaire d'application du 20 avril 1999 était de limiter le nombre d'auditions de l'enfant, tout en permettant de déceler dans l'entretien des éléments non verbalisés. La retranscription linéaire mots à mots de retranscrire fidèlement ses propos, ses réactions, son attitude. Mais très souvent le Juge veut entendre l'enfant et l'enfant doit répéter encore et encore les faits traumatiques. Et lors des procès les avocats d'auteurs utilisent sans vergogne ces films pour déstabiliser les enfants qui ont depuis grandi et non plus les mêmes termes pour décrire ce qu'ils ont vécu.

Pour toutes les autres situations de maltraitance non visées à l'article 706-47 du Code de procédure pénale, l'enregistrement reste facultatif. De même si la loi de 2007 impose désormais les auditions des mineurs victimes, rien n'est dit sur l'enregistrement des adultes portant plainte pour des faits subis quand ils étaient mineurs.

Les expertises et examens médico judiciaires relatifs au mineur victime

En vertu de l'article 706-48, les mineurs victimes de l'une des infractions visées aux articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du Code pénal « peuvent faire l'objet d'une expertise médico-psychologique destinée à apprécier la nature et l'importance du préjudice subi et à établir si celui-ci rend nécessaire des traitements ou des soins appropriés. »

Les expertises sont un outil précieux pour la pratique judiciaire, mais l'expert judiciaire n'est qu'un conseil dans le cadre d'une procédure pénale même s'il est devenu depuis ces dernières années un intervenant privilégié auprès du juge pénal, même si son avis ne s'impose pas au juge qui reste libre de son appréciation. Les experts sont normalement inscrits²²⁸ sur une liste dressée par la Cour d'appel (dans le ressort de laquelle il exerce son activité). Mais le magistrat peut décider de désigner n'importe quel professionnel non inscrit s'il le considère compétent dans le domaine nécessité. L'expert judiciaire est assermenté et nommé initialement pour une durée probatoire de trois ans au terme desquels il est évalué et peut ou non, prétendre à être inscrit pour une durée de cinq ans. Avant d'être désigné, il doit formuler une demande écrite motivée près du procureur de la République (du tribunal de grande instance dans le ressort duquel il exerce son activité professionnelle). Le rapport Viout²²⁹ remis en 2005 après l'affaire dite d'Outreau, rappelait l'importance que les experts soient recrutés en ayant une formation à l'expertise, mais en pratique cela reste la minorité des professionnels sollicités. Il n'est pas rare que des psychiatres d'adultes soient par exemple sollicités pour expertiser des mineurs et faute de moyen qu'aucun s'apitoyeur ne soit possible ; ou qu'un médecin généraliste sans aucune formation en gérontologie soit réquisitionné pour évaluer une personne âgée. Il arrive aussi qu'un professionnel (comme récemment une psychologue à la CA de Paris) venant juste de valider son diplôme professionnel et donc sans la moindre expérience professionnelle parvienne à se faire inscrire sur la liste des experts... L'expertise a pourtant une fonction essentielle dans la recherche de la vérité, mais aussi dans les questions posées par la dangerosité et les risques de récidive. Il est demandé, de plus en plus, à l'expert d'anticiper la commission de l'infraction, en évaluant notamment par avance la dangerosité potentielle du délinquant²³⁰. Là aussi le manque de formation des professionnels sollicités et le fait que plus d'un préfère s'engager dans cette mission d'expertise alors qu'ils se savent non compétents en raison de la dimension

²²⁸ Art. 2 du décret n° 2004-1463 du 23 décembre 2004.

²²⁹ <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000099/index.shtml>

²³⁰ SORDINO M.-C. (dir.), L'anticipation de la répression : innovation ou régression ? Colloque, UMR 5815 « Dynamiques du Droit », Université de Montpellier, 17 juin 2016, publication octobre 2016

valorisante d'être désignés comme experts, conduits à des dérives multiples²³¹. Ce qui permet de comprendre qu'il n'est pas rare, lors de procès pénal, d'avoir autant d'avis que d'experts.

Les examens médico-judiciaires sont des examens médicaux réalisés à la demande des services enquêteurs dans des services spécialisés par des professionnels intervenant sur réquisition judiciaire (il faut donc une plainte ou un signalement). Les unités dédiées sont intitulées le plus souvent Unité Médico-Judiciaires et situées dans des hôpitaux. Les unités médico-judiciaires (UMJ ou UCMJ – unité de consultation médico-judiciaire) sont réparties à travers le territoire national et sont en charge de cette activité médico-légale réalisée par des médecins légistes et des médecins formés à ce type d'activité avec notamment l'obtention du diplôme universitaire de capacité médico-judiciaire. Il existait à l'hôpital Trousseau à Paris l'unique UMJ pédiatrique de France qui a été supprimée en 2012 et rattachée à l'UMJ adulte du CHU de l'Hotel Dieu. L'organisation et le fonctionnement peuvent varier d'une UMJ à l'autre, mais les types d'examens réalisés sont dans la grande majorité les mêmes. Ces UMJ sont localisées dans des établissements hospitaliers.

Dans la majorité des situations, le rendez-vous à l'UMJ est pris par l'enquêteur qui a reçu la plainte ou suite à un signalement. En fonction de l'urgence judiciaire, l'examen à l'UMJ peut être effectué immédiatement. C'est ce qui se passe habituellement dans les situations d'agressions sexuelles, de maltraitance, et d'examens de personnes mineures.

Les types d'interventions des UMJ sont multiples. Ils dépendent des contextes et du contenu des réquisitions judiciaires transmises par les autorités. Plusieurs examens peuvent être réalisés selon les réquisitions qu'il s'agisse de mineurs ou d'adultes (victimes ou mis en cause).

Les examens de personnes victimes de coups et blessures volontaires (agressions) ou involontaires (accident)

Il peut s'agir d'agressions, mais aussi d'examens suite à des accidents de la circulation, accidents domestiques ou d'autres blessures accidentelles. Le contenu habituel de la réquisition judiciaire est d'examiner la personne, de décrire les blessures présentées, d'effectuer les constats utiles (photographies, prélèvements), d'évaluer le retentissement psychologique et de déterminer une éventuelle incapacité totale de travail au sens pénal.

²³¹ ZAGURY D., SENON J.L, L'expertise psychiatrique pénale en France, un système à la dérive, *L'information psychiatrique*, 2014, 8, Vol. 90, p. 627-629.

Les examens de personnes victimes d'agressions sexuelles

Ces examens peuvent faire basculer le sens d'une procédure par exemple si une jeune enfant parle de gestes qui pourraient être qualifiés d'attouchement, mais si l'examen relève une déchirure manifeste de l'hymen. Le contenu habituel de la réquisition judiciaire est d'examiner la personne, de décrire les blessures présentées, d'effectuer les prélèvements utiles, d'évaluer le retentissement psychologique et de déterminer une éventuelle incapacité totale de travail au sens pénal. C'est d'ailleurs certaines fois l'examen médico-légal qui fait basculer une affaire considérée comme accidentelle vers une situation de maltraitance. Pour exemple un enfant examiné après avoir décrit des attouchements dont l'examen médico-légal constaterait une déchirure de l'hymen et donc un viol.

Les examens de victimes sont réalisés dans les locaux de l'UMJ où les médecins disposent du matériel nécessaire à leur travail. Ceci est particulièrement important dans le cas d'examens de victimes d'agressions sexuelles et tout particulièrement des enfants ou des personnes âgées vulnérables facilement désorientées. Une personne peut être examinée par un médecin-légiste sur réquisition judiciaire également dans un service hospitalier si elle est hospitalisée à la suite d'une agression ou d'un accident et que son état ne lui permet pas de se déplacer (pour exemple cette jeune adolescente qui en mars 2018 a été poignardée à Cherbourg lors d'un temps de visite chez son père. Celui-ci l'a poignardé ainsi que son frère et sa sœur, puis s'est ensuite suicidé par immolation. Seule survivante de ce drame, son état a nécessité plus d'un mois d'hospitalisation et les constats médico-légaux ont été effectués au sein du service où elle était prise en charge).

À la fin des examens, un certificat est rédigé mentionnant les circonstances des faits, les plaintes éventuelles exprimées par la personne ainsi que les constatations réalisées au cours de l'examen. Il est de plus en plus fréquent qu'une première évaluation sur le plan psychologique soit effectuée (mais il n'existe actuellement qu'un UMJ en France ayant un psychiatre (à Créteil). Ce certificat sera adressé à l'officier de police judiciaire (ou de gendarmerie) qui aura établi la réquisition. Du fait que ces examens soient réalisés dans le cadre d'une réquisition judiciaire, les médecins n'ont pas le droit de transmettre les résultats aux victimes ni par oral, ni par un écrit contrairement à des légistes hospitaliers qui peuvent tout à fait discuter des résultats avec les personnes concernées et leur remettre une attestation. Une autre spécificité des examens pratiqués en UMJ par rapport à des expertises légales effectuées sans réquisition dans un service hospitalier classique est que les différentes analyses, photos et prélèvements effectués, seront conservés et mis sous scellés.

En fonction des blessures constatées, il peut arriver que les victimes soient de nouveau convoquées aux UMJ dans certaines situations ayant nécessité un traitement prophylactiques d'urgence (cas des agressions sexuelles). Les UMJ peuvent également examiner une personne en garde à vue, réaliser des examens de personnes en vue de la détermination de l'âge (pour les mineurs) ou effectuer des examens sur les lieux de découverte des personnes décédées, dans les funérariums du département ou dans les amphithéâtres des hôpitaux (art. 74 du Code de procédure pénale).

4° - La protection civile des mineurs

Différentes mesures de protection civile peuvent être ordonnées selon les situations. Ce qui nécessite de rappeler l'évolution législative à ce sujet avant de présenter les mesures envisageables.

a - L'évolution législative de la protection civile des mineurs

L'évolution législative constante à leur sujet, en particulier depuis les lois de 1863 et de 1898 qui ont acté le fait que les incriminations portées sur des mineurs soient jugées plus sévèrement. Plusieurs textes nous apparaissent fondamentaux dans l'évolution de la protection de l'enfant, ce qui nécessite un retour dans l'histoire. Jusqu'à la fin du XIX^e siècle, la mortalité infantile très forte se traduit par un manque d'investissement des enfants réduits bien souvent à l'état d'objet que l'on pouvait louer pour du travail, vendre, abandonner ou tuer sans scrupules. Les enfants étant considérés comme des biens appartenant à leur père, la réponse pénale concernant les infractions commises à leur encontre a donc tardé à venir²³². La protection des enfants s'est surtout initialement concrétisée par l'élaboration de devoirs imposés, notamment à ses parents ou autres adultes tels que les employeurs.

La loi du 28 avril 1832 réforme les violences sexuelles commises sur les mineurs en incriminant l'attentat à la pudeur sans violence sur des enfants de moins de onze ans. En règle

²³² Du côté du droit pénal, les premières traces d'une attention spécifique pour les mineurs apparaissent au sujet des infractions à caractères sexuels en prenant en considération le jeune âge des victimes comme une cause d'aggravation des faits. Et ce dès le Code pénal de 1791, sur les infractions sexuelles, qui indique ainsi dans son article 30, que le viol commis sur « la personne d'une fille âgée de moins de quatorze ans accomplis » sera puni de douze années de fer » (le viol simple était puni de six années de fer).

L'article 331 de l'ancien Code pénal considérait comme un crime tout attentat à la pudeur commis sur un mineur qu'il soit commis ou non avec violence, l'attentat sans violence étant réprimé lorsqu'il était commis sur un mineur de 11 ans. L'attentat à la pudeur sans violence commis par un ascendant étant quant à lui réprimé lorsqu'il était commis sur un mineur de 21 ans.

générale, cette loi a « modifié le système des peines et les a rendues plus sévères, car le but du législateur était ici de renforcer la répression »²³³.

En 1841 le médecin Louis-René Villermé publie un ouvrage dans lequel il dénonce l'exploitation des enfants. Il décrit l'état physique et psychique épouvantable des enfants ouvriers et leurs conditions de travail innommable en engageant la responsabilité du patronat. Cette publication conduite à la première législation véritablement protectrice des mineurs avec la loi du 22 mars 1841. Elle est sans aucun doute en France la première loi de protection des mineurs même si elle n'est axée que sur le travail des enfants le pour les protéger des violences qu'ils subissaient dans ce cadre et de la façon inhumaine dont certains étaient traités. La loi du 22 mars 1841 prévoit ainsi que « les enfants devront, pour être admis [au travail] avoir au moins huit ans. De huit à douze ans, ils ne pourront être employés au travail effectif plus de huit heures sur vingt-quatre, divisées par un repos. De douze à seize ans, ils ne pourront être employés au travail effectif plus de douze heures sur vingt-quatre, divisées par des repos. Ce travail ne pourra avoir lieu que de cinq heures du matin à neuf heures du soir. L'âge des enfants sera constaté par un certificat délivré, sur papier non timbré et sans frais, par l'officier de l'état civil ». Elle précise aussi, dans son article 3 que « tout travail entre neuf heures du soir et cinq heures du matin est considéré comme travail de nuit. Tout travail de nuit est interdit pour les enfants au-dessous de treize ans (...) ». Enfin, l'article 5 de cette loi prévoit que « nul enfant de moins de douze ans ne pourra être admis qu'autant que ses parents ou tuteurs justifieront qu'il fréquente actuellement une des écoles publiques ou privées existant dans la localité. Tout enfant admis devra, jusqu'à l'âge de douze ans, suivre une école (...) ». Cette loi votée, non sans débats acharnés, marque un tournant dans l'histoire du droit non seulement, car c'est la première loi concernant le travail des mineurs, mais également, car elle contredit le principe de non-intervention de l'État dans les relations entre employés et patronat. Elle interdit totalement le travail avant l'âge de huit ans, limite les journées de travail à huit heures pour ceux de huit à douze ans et à douze heures pour ceux de douze à seize ans. Elle interdit le travail de nuit pour les mineurs de moins de treize ans. La durée du temps de travail²³⁴ se trouve aussi réglementée par l'obligation scolaire jusqu'à 12 ans²³⁵. Elle est complétée par la loi du 24 juillet 1884 sur la déchéance paternelle et

²³³ GARÇON E., *Code pénal annoté*, 1952, art. 333, n° 7.

²³⁴ BARRAU P. HORDERN F., *Histoire du droit du travail par les textes*, tome 1, De la Révolution à la 1^{re} Guerre Mondiale, *Cahiers de l'Institut régional du Travail*, n° 8, 3^e trimestre 1999, p. 232.

²³⁵ BONNECHERE M., *Le droit du travail*, Paris, La Découverte, 1997.

la loi du 19 mai 1874²³⁶ qui instaure une surveillance des enfants placés en nourrice et qui crée une véritable inspection des enfants qui travaillent²³⁷.

C'est donc principalement à partir de lois relatives au travail des mineurs²³⁸ que vont s'inscrire progressivement les textes sur la protection des mineurs, même si quelques lois existent concernant les maltraitances en particulier au niveau sexuel²³⁹. Tout au long du XIX^e siècle et du XX^e siècle, d'autres lois vont ainsi suivre pour lutter contre les violences faites aux enfants, mais également poser les fondements d'un droit spécifique pour les mineurs délinquants (en particulier avec la loi du 22 juillet 1912 puis de l'ordonnance du 2 février 1945)²⁴⁰.

La loi du 28 mars 1982 rendant l'enseignement primaire obligatoire. Simultanément à l'attention portée au statut des mineurs contraints de travailler et si souvent exploités, le législateur va instaurer une loi pour rendre l'instruction primaire obligatoire et de ce fait, limiter la possibilité d'utiliser de jeunes enfants pour travailler²⁴¹.

La loi des 24 et celle du 25 juillet 1889, sur la protection des enfants maltraités et moralement abandonnés concernent la législation civile avec la déchéance de la puissance paternelle et la protection des mineurs placés²⁴². Elle permet à l'État d'intervenir dans les familles et de porter atteinte à la puissance paternelle jusque-là inatteignable. La déchéance de l'autorité parentale, celle-ci n'était prévue de plein droit que lorsque les faits commis à

²³⁶ VIET V., *Les voltigeurs de la République. L'Inspection du travail en France jusqu'en 1914*, Paris, CNRS Éditions, 1994, 2 vol.

²³⁷ ROBERT J.L., *Inspecteurs et Inspection du travail sous la III^e et IV^e République*, Paris, *La documentation française et Ministère de l'emploi et de la solidarité*, 1998 ; V. VIET, *Les voltigeurs de la République. L'Inspection du travail en France jusqu'en 1914*, Paris, CNRS Éditions, 1994, 2 vol.

²³⁸ MANIER B., *Le travail des enfants dans le monde*, Paris, La Découverte, 1999.

²³⁹ La loi du 18 avril 1863 reporte de 11 à 13 ans l'âge au-dessous duquel tout attentat à la pudeur commis sur un enfant est présumé violent probablement en raison du nombre d'acquittements d'attentats commis sur des mineurs et n'étant pas considérés comme des crimes. L'ordonnance n° 45-1456 du 2 juillet 1945 abrogera et remplacera l'article 331 (al. et 2) de l'ancien Code pénal, pour porter ce seuil d'âge à 15 ans.

²⁴⁰ Ces textes prévoient un traitement spécifique pour les mineurs délinquants en particulier au niveau des peines encourues : « le mineur de l'un ou de l'autre sexe de moins de treize ans, auquel est imputée une infraction à la loi pénale, qualifiée crime ou délit, n'est pas déféré à la juridiction répressive. Il pourra être soumis, suivant le cas, à des mesures de tutelle, de surveillance, d'éducation, de réforme et d'assistance qui seront ordonnées par le tribunal civil statuant en chambre du conseil. [...] Les décisions les concernant ne seront pas inscrites au casier judiciaire ».

²⁴¹ Article 4 de la loi du 28 mars 1882, dite loi Jules Ferry : « l'instruction primaire est obligatoire pour les enfants des deux sexes âgés de six ans révolus à treize ans révolus ; elle peut être donnée soit dans les établissements d'instruction primaire ou secondaire, soit dans les écoles publiques ou libres, soit dans les familles, par le père de famille lui-même ou par toute personne qu'il aura choisie. Un règlement déterminera les moyens d'assurer l'instruction primaire aux enfants sourds-muets et aux aveugles ».

Article 12 : « lorsqu'un enfant se sera absenté de l'école quatre fois dans le mois, pendant au moins une demi-journée, sans justification admise par la commission municipale scolaire, le père, le tuteur ou la personne responsable sera invité, trois jours au moins à l'avance, à comparaître dans la salle des actes de la mairie, devant ladite commission, qui lui rappellera le texte de la loi et lui expliquera son devoir ».

²⁴² L. 24 et 25 juillet 1889, D. 1890.4.15.

l'encontre de l'enfant s'avéraient d'une particulière gravité. Il en était ainsi en cas de crime, de délits commis deux fois sur la personne d'un ou plusieurs de leurs enfants, ou de deux condamnations pour excitation habituelle de mineur à la débauche²⁴³. Pour les faits moins graves, c'était le magistrat qui avait toute marge pour prendre la décision ou non de la déchéance. Celle-ci pouvait être prononcée par une juridiction civile ou pénale, mais n'était jamais irrémédiable et une réhabilitation pouvait toujours arriver.

La loi du 19 avril 1898 est la première loi à créer un régime spécial de répression visant à protéger le mineur de quinze ans de la maltraitance intervenue, en matière coups et blessures infligés par des auteurs plus âgés. Elle marque une étape fondamentale en matière de droits des mineurs. Ceux-ci étaient jusqu'alors soumis au régime de droit commun²⁴⁴. La loi ajoute plusieurs alinéas à l'article 312 du Code pénal, lequel aggravait, d'une façon générale, le délit de coups et blessures volontaires. L'aggravation était jusque-là liée à la gravité des mauvais traitements et de la qualité de l'auteur. Des peines criminelles étaient prévues contre les parents en cas d'incapacité de travail de l'enfant de plus de vingt jours et contre toute personne en cas de mutilation, d'infirmité permanente ou de mort du mineur occasionnée sans intention de la donner. La peine de mort, elle était encourue en cas de décès résultant de violences ou privation habituelle. La protection a été volontairement orientée en faveur des enfants de moins de quinze ans accomplis. Le législateur, en fixant cette limite, a estimé qu'à l'âge de quinze ans, le mineur possédait des ressources suffisantes pour se protéger des violences et une capacité d'agir suffisante pour lui permettre, si nécessaire de se réfugier chez des tiers²⁴⁵. Cette aggravation des actes de violence quand ils sont commis sur des mineurs sera reprise dans le Code pénal de 1992.

²⁴³ Art. 1er de la loi : « Les pères et mères ascendants sont déchus de plein droit, à l'égard de tous leurs enfants et descendants, de la puissance paternelle, ensemble de tous les droits, qui s'y rattachent notamment ceux énoncés aux articles 108, 141, 148, 150, 158, 173, 348, 372, 348, 372 à 387, 389, 390, 391, 397, 477, et 935 du Code civil à l'article 3 du décret du 22 février 1851 et à l'article 46 de la loi du 27 juillet 1872 :

1- S'ils sont condamnés par application du paragraphe 2 de l'article 334 du Code pénal.

2- S'ils sont condamnés, soit comme auteurs, coauteurs ou complices d'un crime commis sur la personne d'un ou plusieurs de leurs enfants, soit comme coauteurs ou complices d'un crime commis par un ou plusieurs de leurs enfants.

3- S'ils sont condamnés deux fois comme auteurs, coauteurs ou complices d'un délit commis sur la personne d'un ou plusieurs de leurs enfants.

4- S'ils sont condamnés deux fois pour excitation habituelle de mineurs à la débauche.

Cette déchéance laisse subsister entre les ascendants déchus et l'enfant les obligations énoncées aux articles 205, 206 et 207 du Code civil »

²⁴⁴ Loi du 19 avril 1898, D. 1898, 4, 6.

²⁴⁵ MERLE R. et VITU A., *Traité de droit criminel, tome 3 : droit pénal spécial*, Paris, Cujas, 1982, n° 2135, p. 1734.

La Seconde Guerre mondiale marque un nouveau tournant dans l'attention portée à la protection juridique des mineurs, très exposés au cours de ce conflit. De multiples réformes vont être décidées et profondément modifier le droit de la famille, de l'autorité parentale, des sanctions à l'égard des mineurs délinquants et de la protection des mineurs victimes.

Dans le contexte social de l'après-guerre, l'attention aux enfants victimes a ainsi connu un réel bouleversement conduisant à une nouvelle organisation législative et sociale. La multiplication des textes législatifs « la multiplication des discours sur l'enfant et la référence incantatoire dont il fait de plus en plus souvent l'objet (...) paraît correspondre, tout au moins pour les sociétés industrielles avancées, à des transformations importantes de la famille, qui sont liées au changement de cette dernière au sein de la société. Ces transformations ont notamment pour effet de faire disparaître la notion d'institution (la famille comme institution) au profit de celle d'individu évoluant, entre autres, au sein d'un espace familial. »²⁴⁶

Le décret-loi du 30 octobre 1935 modifie la loi des 24 et 25 juillet 1889, pour permettre au président du tribunal civil de prendre une mesure de surveillance ou d'assistance éducative quand « la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation » étaient « compromises ou insuffisamment sauvegardées par le fait des père et mère »²⁴⁷. Ainsi, peu importe que les parents aient commis une faute pour que le juge intervienne.

La loi du 13 avril 1954 est relative à la répression des crimes et délits commis contre les enfants. Cette loi réforme l'infanticide et aggrave les peines pour les situations de non-assistance à personne en danger et de violences sur mineurs. L'alinéa 10 qui disposait que « si les sévices ont été habituellement pratiqués avec intention de provoquer la mort, les auteurs seront punis comme coupable d'assassinat ou de tentative de ce crime » a été remplacé par deux nouvelles incriminations punies par la peine de mort. La première relative aux sévices pratiqués avec l'intention de donner la mort. La seconde sanctionnait les blessures, coups ou privations de soins pratiqués habituellement ayant entraîné la mort sans intention de la donner. La peine capitale était encourue dès lors que les mauvais traitements avaient été pratiqués avec l'intention de provoquer la mort, indépendamment de tout élément d'habitude, et lorsque, sans intention de donner la mort, les mauvais traitements habituels de l'enfant ont entraîné son décès²⁴⁸.

²⁴⁶ COMMAILLE J., Les droits de l'enfant, une universalité sans évidence, in J. RUBELLIN-DEVICHI et R. FRANCK (dir.), *L'enfant et les conventions internationales*, PUL, 1996, p. 13.

²⁴⁷ Art. 375 C. civ.

²⁴⁸ LARGUIER J., *Rigueur pénale et protection de l'enfance*, Paris, Dalloz, 1955, p. 45.

L'ordonnance de 1958 confirme l'orientation de l'Ordonnance de 1945. Elle regroupe dans un même texte la protection civile des mineurs, les dispositions relatives aux mineurs et renforce les attributions du juge des enfants avec la création des mesures d'assistance éducative et des mesures de protection de l'enfance. Le juge des enfants n'est plus uniquement le juge répressif compétent pour juger des infractions commises par les mineurs, mais devient aussi un juge civil pouvant prendre des mesures pour lutter contre l'enfance en danger. Pour décider si le danger suscitait l'intervention sociale ou judiciaire, la doctrine à l'œuvre envisageait de se référer davantage au degré de gravité de la situation qu'à sa nature²⁴⁹. Cette Ordonnance aggrave, de la même façon, toutes les infractions commises à l'encontre des mineurs de quinze ans, qu'il s'agisse de coups et blessures, mais aussi de toute autre violence²⁵⁰ (terme de « blessure » qui ne sera supprimé qu'à partir de la loi du 2 février 1981). Car jusque-là il existait une distorsion entre les infractions de violences et celles de coups et blessures. Par exemple le fait de déshabiller un jeune garçon avec violence et d'enduire son corps de cambouis malgré ses tentatives de se défendre ne constituait pas des coups et blessures aggravés par l'âge de la victime, mais pour les magistrats un délit de violences simples prévu à l'article 311 de l'ancien Code pénal²⁵¹. De même que le fait d'accoster une jeune mineure, seule dans un champ, en la menaçant d'une pierre pour qu'elle cède à des avances obscènes avait été jugé comme une simple voie de fait²⁵². Les recours réguliers aux articles 309 et 311 du Code pénal alors en vigueur permettaient de minimiser les violences faites aux mineurs et il a fallu un arrêt de la Cour de cassation du 27 mars 1957 pour que soit acté le fait que les aggravations de peines prévues par l'article 312 du Code pénal s'étendaient aux mineurs et aux violences de toutes sortes²⁵³.

La loi n° 70-459 du 4 juin 1970 remplace la notion de puissance paternelle par celle d'autorité parentale et fixe un certain nombre de droits et de devoirs aux parents pour assurer l'intérêt de leur enfant, sa santé, sa scolarité, son éducation, sa sécurité, sa moralité. L'autorité parentale peut être suspendue par un magistrat dans le cas où le parent concerné n'est pas en mesure de l'exercer (ex. maladie invalidante, parent toxicomane). La perte définitive est de fait lors du décès du parent. Le retrait de l'autorité parentale peut être ordonné pour protéger le

²⁴⁹ NEIRINCK C., Le dispositif légal de protection de l'enfant maltraité : réflexions autour de la loi du 10 juillet 1989, *P.A.*, 7 mars 1997, n° 29, p. 8.

²⁵⁰ GARRAUD R., *Traité théorique et pratique du droit pénal français*, Paris, Recueil Sirey, 1913-1935 (5^e éd.), tome 1, p. 359.

²⁵¹ Cass. crim. 16 février 1938, *Gaz. Pal.* 1938, 1, 750. ; *Rev. Sc. Crim* 1938, 494, obs. HUGUENEY.

²⁵² Cass. crim. 14 novembre 1931, *S.* 1833, 1, 80.

²⁵³ Cass. crim. 27 mars 1957, *Bull. crim.* n° 292.

mineur quand un parent (ou les deux) a été condamné pénalement d'une infraction commise contre l'intégrité de l'enfant et s'il y a un risque de réitération de l'infraction. Le retrait est aussi possible dans les cas de violences conjugales, mais cette décision reste rare. Le placement des enfants n'est plus envisagé comme une sanction, mais comme une mesure visant à le protéger.

La loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réforme profondément la protection de l'enfance organise la protection du mineur par l'autorité publique selon deux axes : quand le mineur est en risque (protection administrative) et quand il est considéré en danger (protection judiciaire). La décentralisation de la protection de l'enfance a encouragé une meilleure prise en compte des situations repérées, mais simultanément cela a conduit à l'intervention d'une multitude d'intervenants avec des traitements très différents d'un territoire à l'autre et une gestion très individualisante de l'action publique. Pour les professionnels de terrain, il n'est pas simple de se trouver pris dans ce que certains perçoivent comme des injonctions paradoxales entre protection du mineur et nécessité de respecter l'autorité parentale et la participation des usagers aux dispositifs décidés. Car en instaurant l'intervention de l'autorité publique « 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 a fixé une définition extensible de la protection de l'enfance où les biais subjectifs deviennent inévitables. L'usage même du terme famille n'est pas sans poser de questions, car si dans certains cas il semble correspondre aux détenteurs de l'autorité parentale, dans d'autres situations c'est la cellule familiale dans son entier qui peut être concernée (fratrie, conjoints, enfants de conjoint, communauté).

La loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 (art. 519-9 à 519-16 du Code civil) relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples concerne aussi les mineurs victimes, car elle porte attention aux incidences de ces dernières sur les enfants et instaure dans son article 515-9 la possibilité pour le Juge aux affaires familiales de recourir à une ordonnance de protection. Le Juge peut être saisi par la personne en danger et si besoin, avec l'accord de celle-ci par le Ministère public (art 515-10). Une étude récente dirigée en Gironde témoigne de la difficulté à mettre en place cette mesure et de sa faible connaissance par les professionnels alors qu'elle est conçue pour protéger les individus (le plus souvent la femme) et les enfants.²⁵⁴ Le Grenelle sur les violences faites aux femmes, ouvert par le Premier

²⁵⁴ L'effectivité de l'ordonnance de protection dans l'agglomération bordelaise, 22 juin 2018, étudiants du Master II droit des personnes et des familles sous la Direction du Pr Adeline Gouttenoire, Université de Bordeaux.

ministre le 3 septembre 2019 doit permettre à l'issue des débats qui auront lieu sur tout le territoire d'envisager de nouvelles mesures pour protéger les femmes, mais aussi leurs enfants, « victimes collatérales » de ces violences pour reprendre l'expression du Premier ministre lors de son allocution d'ouverture.

La loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 ajuste la loi de 2007. Elle est relative à « la protection de l'enfant » alors que l'on parlait jusque-là de « protection de l'enfance » ; évolution sémantique qui ne doit rien au hasard et qui peut être comprise comme la volonté de se recentrer sur la personne de l'enfant. Cette loi publiée au Journal Officiel du 15 mars abroge l'article 350 du Code civil relatif à la procédure de déclaration judiciaire d'abandon et y substitue une procédure de déclaration judiciaire de délaissement parental (article 40 de la loi du 14 mars 2016) : « un enfant est considéré comme délaissé lorsque ses parents n'ont pas entretenu avec lui les relations nécessaires à son éducation ou à son développement pendant l'année qui précède l'introduction de la requête, sans que ces derniers en aient été empêchés par quelque cause que ce soit » (article 381-1 du Code civil). La définition du délaissement parental est donc plus objective et repose sur l'absence d'exercice effectif de l'autorité parentale telle que définie dans le Code civil, notamment à l'article 371-1 alinéa 2 qui dispose que l'autorité parentale « 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 ». Ainsi quand des parents ont marqué un désintéressement pour leur enfant placé ou confié à un tiers, pendant plus de un an, le Juge peut ordonner la déchéance de l'autorité parentale ce qui permet l'adoption du mineur.

Quand il s'agit d'un mineur en situation de danger au sens de l'article 375 du Code civil si sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont gravement compromises, le Juge peut ordonner différentes mesures visant à le protéger : mesures d'assistance éducative, fixer des obligations à la charge des parents, voire placer l'enfant.

La loi n° 2017-242 du 27 février 2017²⁵⁵ a, comme rappelé précédemment, réformé les délais de la prescription en matière pénale. Elle fait suite à différentes affaires médiatisées²⁵⁶ et à de multiples débats engagés depuis 2015 avec de multiples aller-retour liés à des modifications incessantes entre Assemblée Nationale et Sénat. Cette Loi double les délais en matière de prescription pénale pour les crimes et les délits. Pour les mineurs, le délai de prescription

²⁵⁵ <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/Loi/2017/2/27/JUSX1607683L/jo/texte>

²⁵⁶ Dont l'histoire de Flavie Flament ayant porté plainte en 2016 contre un célèbre photographe qui l'aurait violée enfant, mais sa plainte était trop tardive et aucune poursuite judiciaire possible. Par contre la médiatisation de son affaire a conduit à d'autres révélations de victimes qui, elles, étaient encore dans les délais pour déposer plainte, et ce photographe s'est suicidé.

démarré à compter de la majorité de ce dernier. La prescription est désormais de trente ans pour les crimes et de dix ans pour les délits.

L'actuelle ministre de la Santé Madame Agnès Buzyn a présenté le 15 janvier 2018 devant le Conseil national de la protection de l'enfance (CNPE) ses orientations en matière de protection de l'enfance en précisant sa volonté « *pour les années à venir* » 2018-2022 différentes mesures pour « la lutte contre toutes les violences faites aux enfants, la prévention des difficultés et des ruptures de vie des enfants et des familles, l'accompagnement des jeunes majeurs et l'accès aux soins des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE). » Au stade de rédaction de cette thèse, aucun élément plus précis n'a été transmis si ce n'est la volonté ministérielle d'inscrire cette stratégie nationale de protection de l'enfance et de l'adolescence « pleinement dans le cadre de la loi du 14 mars 2016 et dans le suivi des recommandations du Comité des droits de l'enfant de l'Organisation des Nations Unies (ONU) ».

Ce rapide rappel historique permet de constater que si les lois se sont multipliées depuis plus d'un siècle au sujet des maltraitances commises sur des mineurs. Mais compte tenu de la complexité de ces situations de maltraitance sur mineurs, ce surinvestissement législatif ne semble pas toujours suffisamment efficace et les débats toujours actuels ne cessent de témoigner des enjeux liés à ce type de violences bien spécifiques.

a - Les mesures judiciaires d'investigation éducative - MIJE

Une MIJE peut s'exercer dans le cadre pénal ou dans le cadre d'une mesure d'assistance éducative (arrêté ministériel du 2 février 2011). Cette mesure a remplacé l'enquête sociale et la mesure d'investigation et d'orientation éducative (IOE). L'objectif est de comprendre la situation vécue par le jeune en évaluation sa personnalité, la situation de sa famille, les liens avec ses parents, ses conditions de vie et ses parents. Elle se base sur des entretiens avec le mineur seul, ses parents, le mineur et ses parents, la fratrie et des visites à domicile. À l'issue de cette évaluation, un rapport doit être remis au juge et il peut comporter des propositions concrètes prises pour protéger le jeune. Cette mission peut être réalisée par des éducateurs, psychologues, assistants-sociaux et autres professionnels de santé ce qui n'est pas an conduire à des hétérogénéités majeures d'une MIJE à l'autre selon les professionnels qui interviennent. Certaines mesures étant réalisées par des structures associatives agréées rémunérées à l'évaluation, il arrive que des MIJE soient réalisés dans des délais extrêmement courts ne permettant aucunement d'évaluer correctement la situation de l'enfant.

b - Les mesures d'assistance éducative

Prévues par les articles 375 du Code civil, les mesures d'assistance éducative prises par le juge des enfants peuvent être rangées en deux catégories : les mesures à domicile et les placements.

Les mesures à domicile

La plus connue des professionnels est l'Action Educative en Milieu Ouvert - AEMO est une mesure de protection judiciaire du mineur qui a profondément évolué depuis sa mise en place par l'ordonnance du 23 décembre 1958. La politique de décentralisation (avec les lois de 1983, 2007 et 2016) a confié de multiples mesures aux départements avec l'idée d'améliorer la prévention et de diversifier les modes de prises en charge. Avant la loi du 5 mars 2007, les mesures d'assistance éducative relevaient de deux catégories : les mesures d'assistance éducative en milieu ouvert et le placement de l'enfant. La réforme de la protection de l'enfance du 5 mars 2007 a fait de l'AEMO judiciaire une mesure subsidiaire à l'AEMO administrative, autrement dit et comme nous le rappellerons dans la partie correspondant aux démarches administratives, c'est l'AEMO administrative qui prime (ou d'autres mesures alternatives), quand un enfant est signalé comme en risque de maltraitance par les services du Conseil départemental où vit l'enfant concerné. L'objectif étant d'éviter les séparations familiales et de maintenir tant que possible le jeune dans son milieu familial sauf situation exceptionnelle. Le législateur a en ainsi confié depuis 2007 aux Présidents des Conseils départementaux non seulement la protection administrative des mineurs (via les services de l'Aide Sociale à l'Enfance – ASE), mais aussi la réalisation des actions de protection judiciaire ordonnées par la justice (comme les placements). Les parents peuvent la refuser et dans ce cas-là les services du Conseil départemental peuvent considérer que la famille n'a pas réellement besoin d'aide et classer le dossier. Elle peut aussi saisir l'autorité judiciaire et le juge peut alors donner une AEMO judiciaire qui s'impose à la famille et qu'elle ne peut pas refuser. Quand l'enfant est placé, normalement les parents conservent l'autorité parentale sur leur enfant et bénéficient d'un droit de visite selon le cadre ordonné par le juge (visite médiatisée, à domicile...). Cette situation place la mesure d'action éducative au centre d'enjeux institutionnels complexes puisqu'elle nécessite un partage de compétences bien plus qu'un transfert de celles-ci. Il n'est pas rare qu'existent des discours contradictoires entre les responsables chargés de la mise en place des mesures et des politiques publiques et les professionnels de terrains. La coordination entre services judiciaires, ASE et associations déléguées pour exercer certaines mesures, est loin d'être évidente comme en témoigne la question du devenir des rapports écrits par les agents

de terrain et certaines fois modifiés par des responsables institutionnels avant transmission au juge. La création d'une culture commune entre structures aussi différentes permettrait une meilleure mutualisation des connaissances et l'instauration de références communes, ce qui est pourtant prévu dans la loi de 2007, mais très loin d'être acté sur le terrain. Au final le constat actuel est celui d'une méconnaissance persistante des professionnels des différentes structures intervenants ce qui participe à ne pas faciliter le bon usage de cette mesure.

La loi de mars 2007 préconise la diversité des modes de prise en charge de l'enfance en danger et c'est à partir de cette date que va se développer une mesure au nom paradoxal "mesure de placement à domicile". La mesure de placement à domicile PAD (art.375-3 et 375-7 du Code civil) fait ainsi partie de ces possibilités de prise en charge dans des contextes qui relèvent, en première intention, le plus souvent de négligences parentales. Les premières expériences de ce type de placement alternatif ont été expérimentées avec certaines situations qui ne nécessitaient pas de placement continu de l'enfant. C'est le Gard qui a expérimenté dès les années quatre-vingt-dix ce type de mesure avec son service d'adaptation progressive en milieu naturel (SAPMN). Cette mesure peut intervenir en première intention auprès des placements traditionnels (pour organiser un retour progressif de l'enfant) ou des mesures d'AEMO. L'enfant conserve son hébergement quotidien au domicile parental et des temps d'hébergement ponctuel peuvent être prévus dans des structures agréées (le Week-end par exemple ou une partie de la semaine). C'est le juge des enfants qui prend la décision d'un PAD après évaluation de la situation familiale.²⁵⁷

Les placements

Si le placement de l'enfant doit rester selon l'article 375-2 du Code civil une mesure d'exception, certaines situations de danger l'imposent. L'ordonnance de placement provisoire (OPP) est une mesure civile de décision de justice prise par le juge quand la situation de l'enfant le met en danger dans sa sécurité et son développement. En protection de l'enfance ce type de mesure peut être ordonné quand une hospitalisation est nécessaire dans un contexte de suspicion de maltraitance, pour évaluer au mieux la situation de l'enfant ou quand un enfant se retrouve subitement orphelin (suite à un accident de la voie publique, un homicide parental suivi du suicide de l'autre parent, une catastrophe naturelle, un attentat, etc.) Le placement du mineur peut ensuite être décidé au niveau pénal si l'évaluation effectuée dans le cadre de la procédure

²⁵⁷ https://www.onpe.gouv.fr/sites/default/files/dispositifs/Dpt29_PEAD_0.pdf

le nécessite pour protéger l'enfant. Le placement peut avoir lieu dans un foyer d'urgence (géré par les services de l'Aide Sociale à l'enfance, une pouponnière à caractère social pour les enfants de moins de trois ans, des MECS - maisons d'enfants à caractère social) ; des foyers, des familles d'accueil, des associations ou pour les mineurs à besoins spécifiques des établissements sanitaire ou médico-social d'éducation spéciale - IME ou institut thérapeutique éducatif et thérapeutique) ou chez un tiers digne de confiance - ITEP. Le placement provisoire peut être ordonné par le procureur de la République dans les cas d'urgence, mais il doit saisir un juge des enfants dans les huit jours qui suivent le placement. Habituellement le placement provisoire est ordonné par le juge des enfants ou dans le cadre d'une instruction par le juge d'instruction ou le juge des libertés et de la détention. Cette mesure peut être accompagnée d'une mesure d'AEMO. Cette mesure peut être levée à tout moment par le magistrat qui l'a prononcée, ou suite à un appel des parents ou à la demande du Ministère public.

C'est une mesure provisoire, qui doit être motivée et qui ne peut excéder six mois, période permettant d'effectuer une évaluation précise de la situation de l'enfant et décider des suites les plus adaptées. Ce délai de six mois court à partir de la décision ordonnant les mesures provisoires et non de l'ordonnance de placement provisoire²⁵⁸.

c - La privation de l'autorité parentale

La privation de l'autorité parentale est une mesure provisoire qui fait que quand la cause de cette mesure disparaît, le parent doit recouvrer ses droits (pour exemple un parent alcoolique qui aurait fait les démarches de soin et dont l'état ne mettrait plus en danger ses enfants).

Elle est définie par l'article 373 du Code civil qui précise qu'« est privé de l'exercice de l'autorité parentale le père ou la mère qui est hors d'état de manifester sa volonté, en raison de son incapacité, de son absence ou de toute autre cause ». La loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 a modifié de façon importante les situations pouvant conduire à la privation de l'autorité parentale. Elle pouvait jusque-là être ordonnée dans le cas de délégation de l'autorité parentale, du retrait de l'autorité parentale ou de la condamnation du chef d'abandon de famille. La loi de 2002 conduits à une restriction majeure de son champ d'application avec la disparition de la délégation de l'autorité parentale parmi les causes de privation de l'exercice de l'autorité parentale. Cette évolution peut s'expliquer par la nouvelle doctrine relative à la délégation de l'autorité parentale instaurée par la loi du 4 mars 2002, qui permet le partage de l'exercice de l'autorité parentale entre le délégant et le délégataire (art. 377-1, al. 2 du Code civil). L'absence

²⁵⁸ Cass., 1re civ., 24 janvier 2018, n° 17-11.003

du retrait de l'autorité parentale dans l'article 373 peut être expliquée par le caractère superflu de la référence antérieure à cette hypothèse, puisque le retrait de l'autorité parentale l'emporte obligatoirement sur la privation de son exercice. Pour le Professeur Adeline Gouttenoire « la suppression remarquable de l'abandon de famille comme cause automatique de privation de l'autorité parentale est en revanche plus lourde de sens. Elle peut s'expliquer par le caractère ambigu du lien qu'elle impliquait entre exercice de l'autorité parentale et obligation d'entretien et dont l'opportunité pouvait paraître discutable. »²⁵⁹ La privation de l'exercice de l'autorité parentale exige donc désormais toujours la preuve du fait que le parent se trouve hors d'état de manifester sa volonté. Le texte vise spécialement deux causes susceptibles d'avoir cette conséquence : l'incapacité et l'absence (l'éloignement a été supprimé par la loi du 4 mars 2002), tout en prévoyant que cette impossibilité peut avoir d'autres raisons.

d. La délégation de l'exercice de l'autorité parentale

La délégation de l'exercice de l'autorité parentale est de la compétence du juge aux affaires familiale et peut intervenir dans différents cas.

Elle peut être effectuée à la demande de l'autre parent et ordonnée par le juge aux affaires familiales. Le premier est celui d'un parent empêché (emprisonné, gravement malade...) qui demande que l'autre parent puisse prendre toute décision sans son accord : « Les père et mère, ensemble ou séparément, peuvent, lorsque les circonstances l'exigent, saisir le juge en vue de voir déléguer tout ou partie de l'exercice de leur autorité parentale à un tiers, membre de la famille, proche digne de confiance, établissement agréé pour le recueil des enfants ou service départemental de l'aide sociale à l'enfance » (C. civ. art. 377). Pour les situations très importantes, l'autre parent doit avertir celui qui a demandé la délégation de l'autorité parentale au titre du droit de surveillance. (C. civ., art. 373-2-1, al. 3). Le juge peut aussi ordonner cette mesure si l'autre parent s'y oppose s'il évalue que c'est l'intérêt de l'enfant (cas par exemple d'un parent suspendu de droits de visite suite à des maltraitances).

La délégation peut être confiée à un « tiers digne de confiance » (qualité qu'il appartient au juge d'apprécier). Elle peut aussi être demandée par le tiers (art. 275-3 du Code civil) qui aurait recueilli un enfant si les parents manifestent un désintérêt total pour l'enfant ou s'ils sont dans l'impossibilité d'exercer leur autorité parentale (cas de parent atteint de troubles psychiatriques par exemple) : « En cas de désintérêt manifeste ou si les parents sont dans

²⁵⁹ V. déjà en ce sens, Civ. 1^{re}, 6 févr. 2001, RJP 2001-5/48, note Blanc in A. GOUTENNOIRE, *Autorité parentale, répertoire de droit civil*, Paris, Dalloz, 2017, p. 145.

l'impossibilité d'exercer tout ou partie de l'autorité parentale, le particulier, l'établissement ou le service départemental de l'Aide sociale à l'enfance qui a recueilli l'enfant peut également saisir le juge aux fins de se faire déléguer totalement ou partiellement l'exercice de l'autorité parentale » (C. civ. art. 377 al.2). Il ne s'agit que de l'exercice de l'autorité parentale, les parents restent dans ces situations titulaires de leurs fonctions.

e - Le retrait de l'autorité parentale par un jugement civil

En dehors des situations rappelées sur le retrait de l'autorité parentale par les autorités pénales, il existe des possibilités de retrait par les autorités civiles selon l'article 1202 du code de procédure civile qui prédiqne que « les demandes en retrait total ou partiel de l'autorité parentale sont portées devant le tribunal de grande instance du lieu où demeure l'ascendant contre lequel l'action est exercée. »²⁶⁰ Cette demande est possible dans deux situations, quand l'un des parents (ou les deux) a un comportement dangereux pour l'enfant ou quand il(s) manifeste(nt) un désintérêt total à l'égard de l'enfant après la mise en œuvre d'une mesure d'assistance éducative. Selon l'article 378-1, alinéa 1^{er} : « 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 ».

Le retrait total de l'autorité parentale par l'autorité civile est donc soumis à une double condition. D'une part il doit exister un des comportements incriminés par l'article 378-1. D'autre part il est nécessaire que ce comportement conduise à un danger manifeste pour le mineur dans « la sécurité, la santé ou la moralité de l'enfant ». La formule doit être mise en lien avec celle de l'article 371-1 du Code civil, qui rappelle que l'autorité parentale « appartient aux père et mère [...] pour le [l'enfant] protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité... ».

S'ils mettent en danger leur enfant, les parents perdent ainsi leur autorité les parents en raison de leurs actes ou par leur abstention, car ils témoignent non seulement de leur incapacité à assumer leur fonction (dans ce cas-là, on en resterait à des mesures d'assistance éducative), mais, surtout ils constituent une menace pour l'enfant. L'adverbe *manifestement* rappelle la gravité de comportements parentaux, et le fait que ce retrait de l'autorité parentale ne doit être

²⁶⁰ Décret n° 2017-148 du 7 février 2017 portant diverses dispositions de procédure en matière d'autorité parentale, (art. 1201 et suivants).

prononcé qu'en ultime recours. C'est au juge d'apprécier non seulement le comportement du ou des parents(s), le danger et le lien de causalité qui les unit²⁶¹.

Si le retrait de l'autorité parentale par la juridiction civile s'applique « en dehors de toute condamnation pénale », une telle décision ou plus exactement les faits ayant entraîné cette condamnation, peuvent être invoqués à l'appui d'une demande de retrait de l'autorité parentale, qu'il s'agisse d'une condamnation visée par l'article 378, dans le cas où le juge pénal n'aurait pas assortie du retrait de l'autorité parentale, ou s'il s'agit d'une condamnation subie pour une infraction qui n'entre pas dans le cadre de l'article 378, comme des crimes ou des délits ne portant pas directement *sur* la personne de l'enfant. Au final, les termes utilisés à l'article 378-1 sont suffisamment larges pour que le juge puisse tenir compte de tous les comportements répréhensibles des parents en particulier les « comportements délictueux » parmi les causes possibles de retrait de l'autorité parentale (article 378-1 du Code civil)²⁶².

Le retrait de l'autorité parentale par les autorités civiles n'est pas une sanction, mais une mesure de protection vis-à-vis de l'enfant,²⁶³ peu importe que les parents poursuivis au pénal aient été reconnus irresponsables pénalement pour cause de démence ou non.

Ce qui est pris en compte est le fait qu'actes commis par les parents ont l'aient mis manifestement en danger dans sa sécurité, sa santé ou sa moralité de l'enfant. Par exemple c'est est le cas lorsqu'il résulte tant du dossier d'assistance éducative ouvert à son profit que de l'examen psychologique ordonnée par le juge aux affaires familiales qu'un enfant manifeste un profond traumatisme et une grande souffrance du fait des actes commis par son père sur sa fratrie, que la gravité de son mal-être, les troubles du comportement et les difficultés à structurer

²⁶¹ Civ. 1^{re}, 14 juin 1988, Bull. civ. I, n° 186 ; Gaz. Pal. 1988. 2. 797, note J. M. ; Defrénois 1988, art. 34309, n° 79, obs. Massip, cassant une décision qui avait prononcé la déchéance de l'autorité parentale à l'encontre de la mère au motif que le comportement de celle-ci « restée infantile exclut qu'une responsabilité puisse lui être restituée dans l'éducation de l'enfant » et que « la mesure prise ne constitue pas une sanction à son égard, mais une mesure de protection vis-à-vis de l'enfant », « sans rechercher si par la suite de son comportement ou de son état, Madame P. mettait manifestement en danger la sécurité, la santé ou la moralité de l'enfant ». - Comp. Civ. 1^{re}, 25 mars 1980, JCP 1980. IV. 221.

²⁶² La Cour de cassation a ainsi rejeté le pourvoi intenté contre un arrêt ayant prononcé le retrait de l'autorité parentale des père et mère en se fondant sur des faits de maltraitance déjà retenus par une juridiction pénale qui n'avait pourtant pas utilisé la faculté que lui donnait l'article 378 (Civ. 1^{re}, 31 mars 1981, Bull. civ. I, n° 109). La haute juridiction est allée plus loin en affirmant de façon générale que « les juridictions civiles peuvent se fonder pour prononcer le retrait de l'autorité parentale non seulement sur les causes prévues par l'article 378-1 du Code civil, mais aussi sur celles de l'article 378 de ce code lorsque la juridiction pénale n'a pas usé de la faculté qui lui était donnée de prononcer le retrait de l'autorité parentale » (Civ. 1^{re}, 16 févr. 1988, Bull. civ. I, n° 43 ; D. 1988. 373, note Massip ; Defrénois 1988, art. 34255, n° 49, obs. Massip).

²⁶³ Civ. 1^{re}, 14 avr. 1982, Bull. civ. I, n° 125 ; D. 1983. 294, note J. M. ; Defrénois 1983. 327, note Massip..

sa personnalité en raison des crimes commis par son père démontraient la nécessité qu'il soit soustrait à l'autorité parentale de ce dernier et préservé de ses agissements.²⁶⁴

5° - La protection administrative du mineur

Quand un mineur est en situation de risque, ce sont les services du Conseil départemental qui interviennent dans un premier temps pour évaluer sa situation. Depuis la loi de 2007 différentes évolutions ont ainsi vu le jour que ce soit au niveau de la réduction progressive de la subsidiarité du juge des enfants face aux mesures administratives, ou avec la mise en place de différentes mesures possibles qui peuvent être différenciées entre les mesures à domicile (Assistance Éducative à domicile, Action Éducative Prioritaire, Mesures d'Accompagnement en Économie Sociale et Familiale, intervention de Techniciens de l'intervention Sociale et Familiale auprès de la famille) et les mesures de placements provisoires. Les mesures administratives du fait de leur fonctionnement par contractualisation, supposent de reconnaître les compétences et les potentialités familles plutôt que de sanctionner leurs difficultés.

a - La subsidiarité du juge des enfants par rapport à l'administratif

La loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance établit la subsidiarité de la protection judiciaire par rapport à la protection administrative. Ce changement de paradigme n'est pas sans incidence, car jusque-là l'organisation de la répartition entre protection administrative et protection judiciaire se faisait en fonction de la situation de l'enfant (en danger ou en risque) alors que dorénavant c'est l'échec (ou l'impossibilité) des mesures de protection administrative qui conduira à la mise en place de la protection judiciaire (art. 12 de la loi du 4 mars 2007). En lecture rapide cette évolution pourrait laisser penser à une mise en continuité dans l'intérêt de la protection de l'enfant avec une gradation dans la réponse apportée aux difficultés repérées. En pratique les cadres d'interventions sont fort différents comme nous l'avons rappelé. Si el judiciaire impose des mesures et a une inévitable dimension de contrainte, le cadre administratif est contractuel et engage la responsabilité de la famille comme du service chargé de la de mesure dans la réussite de celle-ci. Il existe ici une responsabilité partagée face à la décision de la mesure de protection. Les acteurs des mesures de protection administrative se trouvent ainsi à de multiples places puisqu'ils sont ceux qui évaluent, ceux qui proposent les mesures, ceux qui les mettent en place. Cette évolution visiblement pensée pour améliorer le travail auprès des familles et faciliter leur investissement dans les mesures mises en place crée

²⁶⁴ Civ. 1^{re}, 22 juin 2004, n° 02-05.079, *Dr. fam.* 2005, n° 1, p. 20, obs. Murat ; *RJPF* 2005-12/26, obs. Eudier.

une possibilité de négociation qui n'est pas sans poser de difficultés face à certaines pathologies familiales (dont les maltraitances graves), plaçant les professionnels dans une situation d'impuissance ou tout à l'inverse de toute puissance imaginaire. Contrairement au cadre judiciaire qui impose et qui apporte une structuration permettant une différenciation entre les personnes, le biais des mesures administratives, par ces mesures « proposées », est de supprimer toute différenciation entre professionnels et familles. Ce qui peut conduire à des confusions des places de chacun très délétères pour l'enfant.

Cette évolution législative qui a rendu l'articulation infiniment complexe entre cadre judiciaire et mesures administratives a été confirmée par la loi de 2016 qui marque sur certains points une véritable rupture dans l'évolution des mesures de protection de l'enfant avec une perte prononcée de la subsidiarité du juge des enfants face aux mesures judiciaires. Par exemple dans les situations de décisions par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance qui se sont vus confier un enfant et qui décideraient de changer son lieu de placement, le texte de 2016 ne prévoit pas un encadrement juridictionnel des changements de lieu de vie. Autre situation en cas de « danger grave et immédiat », « notamment dans les situations de maltraitance », le Président du Conseil départemental doit aviser « sans délai » le procureur de la République aux fins de saisine du juge des enfants²⁶⁵. Au préalable les services du Conseil départemental pouvaient prévenir le juge des enfants qui se trouve ici en quelque sorte court-circuité puisqu'il n'est plus l'interlocuteur de référence. La saisine directe du procureur dans les situations où l'enfant est le plus en danger permet désormais le passage par une mesure administrative que le principe de subsidiarité imposait, même si, en pratique, le parquet était, généralement, directement saisi par les services de l'ASE en cas de maltraitance.

b – Les mesures à domicile

Les mesures à domiciles sont mises en place quand la situation de l'enfant est considérée comme « à risque » par les professionnels et qu'il apparaît possible de travailler avec les parents pour éviter que la situation ne perdure.

La Mesure d'Accompagnement en Économie Sociale et Familiale - MAESF

C'est une mesure davantage sociale qui vise à permettre aux parents d'être aidés dans la gestion de leur budget (art. 20 de la loi du 5 mars 2007 et art. L.222.3 du CASF). Cette mesure

²⁶⁵ C. action soc. et fam., art. L. 226-4, 3^o créé ; L. n^o 2016-297, art. 11.

est souvent mise en place quand des situations de négligences sont rapportées et qu'elles peuvent mettre en danger l'enfant. Elle a donc une visée de prévention et de protection.

L'Aide Educative Préventive - AEP

Elle n'existe pas dans tous les départements et consiste à permettre la venue au domicile d'un professionnel en soutien aux parents (puéricultrice, éducateur, psychologue, travailleur social...) La mesure est de trois mois renouvelables.

L'intervention d'un Technicien de l'intervention Sociale et Familiale - TISF

Ce professionnel du Conseil départemental intervient ponctuellement auprès des familles pour les aider dans l'ensemble de leur organisation de vie quotidienne, qu'il s'agisse du registre éducatif, social, psychologique. Il peut aussi intervenir auprès d'adultes vulnérables. Ce n'est pas une aide à domicile au sens où ses objectifs d'intervention sont clairement orientés pour protéger l'enfant dans des situations de crise momentanée qui pourraient le mettre en danger (par exemple un parent est décédé ou hospitalisé et l'autre totalement débordé). Il travaille en collaboration avec les autres professionnels intervenants auprès de la famille.

L'Action Educative à Domicile - AED peut être proposée par les services du Conseil départemental, mais aussi demandée directement par la famille. Ce dispositif vise à apporter un soutien à la fonction parentale pour que l'enfant ne soit plus en situation de risque de danger et s'assurer que ses besoins fondamentaux soient bien respectés et pris en compte. Il s'agit d'une relation contractuelle qui n'est possible qu'avec l'accord et la collaboration des parents. La durée d'une mesure est au maximum de deux ans, renouvelables ; avec un rapport remis à l'issue de l'AED. Le(s) parent(s) peut(vent) être soutenu(s) dans la construction de liens sécurisés à l'enfant, mais également accompagné(s) dans toutes ses démarches est accompagnées dans différentes démarches (école, mairie, hôpital). Les professionnels peuvent solliciter d'autres partenaires pour venir en soutien à la famille (par exemple associations d'aide aux devoirs). D'autres mesures peuvent être envisagées comme une aide à domicile ; un versement d'aides financières ; un placement ou un accueil de jour de l'enfant dans les services de l'Aide sociale à l'enfance (Art. L222-4-2 CASF modifié par la loi n°2016-297 du 14 mars 2016) : « les mineurs qui ne peuvent demeurer provisoirement dans leur milieu de vie habituel et dont la situation requiert un accueil à temps complet ou partiel, modulable selon leurs besoins, en particulier de stabilité affective, ainsi que les mineurs rencontrant des difficultés particulières nécessitant un accueil spécialisé, familial ou dans un établissement ou dans un

service » spécialisé. Les pupilles de l'État et les mineurs placés suite à une décision de justice peuvent être confiés par un magistrat aux services du Conseil départemental (foyers, familles d'accueil, MECS- Maison d'Enfants à Caractère Social) ou via des associations gérant le même type de lieu de prise en charge.

c – Les mesures administratives de placement provisoire

Dans ces situations le placement n'est pas imposé comme dans le cadre d'une mesure judiciaire, mais proposé à la famille pour une période restreinte qui permet le plus souvent de travailler sur la souffrance des liens qui conduisent à des manifestations de souffrance de l'enfant pouvant le conduire à des situations de mises en danger (par exemple fugue, tentatives de succès d'un jeune adolescent). Le placement se fait sous la responsabilité du Président du conseil départemental qui peut le confier à ses services de l'Aide Sociale à l'Enfance ou déléguer la prise en charge à des associations agréées. En situation de maltraitance c'est un dispositif qui est principalement envisagé dans les situations de négligence, de tension entre parents et enfants. Les cas de maltraitance avérée conduisent à des placements judiciaires.

Ces mesures de placement administratif sont adaptées à chaque situation selon le contexte vécu par l'enfant et ce que traverse la famille. Si elles sont rares dans les cas les plus graves de maltraitements, elles sont devenues un outil précieux pour les services chargés des mesures administratives de protection d'un mineur. L'objectif est d'accueillir l'enfant le mineur pendant tout ou partie de la journée, voire plusieurs jours dans un lieu situé dans l'idéal proche de son domicile. Il s'agit de lui apporter un soutien éducatif et d'accompagner ses parents dans l'exercice de leurs fonctions parentales.

Sous-section 2 : La protection des personnes âgées vulnérables

Les personnes âgées vulnérables sont, comme tout adulte susceptible d'être victime d'infractions multiples. Si la majorité est fixée à 18 ans, le législateur n'envisage pas un âge précis qui « catégoriserait » les personnes comme « âgées ».

Plusieurs conventions peuvent concerner les personnes âgées victimes de maltraitance.

La Cour européenne des droits de l'homme engage les pays signataires dont la France fait partie ce qui peut poser des questions sur certaines décisions susceptibles d'être prises pour protéger une personne âgée vulnérable. Par exemple la restriction ou la privation de la capacité juridique (consécutive par exemple à une mise sous tutelle) peut être comprise comme une

violation de l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme (droit au respect de la vie privée et familiale) selon la recommandation n° R (99) 4 du 29 février 1999 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe. La CEDH vise à préserver tant que possible la capacité de la personne âgée, au sens où « une mesure de protection ne devrait pas automatiquement conduire à une restriction totale de la capacité juridique. Toutefois, une limitation de cette dernière devrait être possible lorsqu'elle apparaît de toute évidence nécessaire à la protection de la personne concernée. En particulier, une mesure de protection ne devrait pas automatiquement priver la personne concernée du droit de voter, de tester, de donner son accord ou non à une quelconque intervention touchant à sa santé, ou de prendre toute autre décision à caractère personnel, ce à tout moment, dans la mesure où sa capacité le lui permet ». Là encore la CEDH est confrontée aux pratiques de ses États membres et rappelle régulièrement que ceux-ci doivent prendre en compte l'évolution du droit international.

Plus spécifiquement, c'est la Convention de La Haye du 13 janvier 2000 qui concerne la protection internationale des adultes. Elle témoigne de la lenteur des autorités internationales à reconnaître cette problématique et à statuer à son sujet. Ce texte fixe les règles sur la compétence, la loi applicable, la reconnaissance internationale ainsi que les modalités d'application des mesures de protection. Elle renforce d'importantes mesures fixées aux États contractants sur leurs obligations prévues par la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (dont les dispositions de l'article 12 sur la reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité, et de l'article 32 sur la coopération internationale). Comme pour les enfants elle se base sur le principe d'une coopération entre les autorités des États contractants.

§ 1 - La protection civile des personnes âgées maltraitées

Les personnes âgées maltraitées sont concernées comme tout adulte par certains textes que nous avons rappelés au sujet des mineurs. Contrairement aux enfants et aux adolescents, le législateur n'a pas prévu de textes qui leur soient spécifiquement dédiés et il est nécessaire de faire systématiquement référence aux textes relatifs aux adultes vulnérables, même si l'âge est une donnée prise en compte par le législateur (mais sans jamais la moindre précision chiffrée). Vu le nombre de textes existant au sujet des mineurs, il peut paraître étonnant qu'aucun ne soit dédié, nommément, aux personnes âgées vulnérables. L'âge a toujours été un support de

régulation sociale²⁶⁶ puisqu'il participe à l'organisation du cours de la vie : majorité, mariage, départ en retraite, les régulations sociétales liées à l'âge sont innombrables. La dimension juridique de l'âge s'intéresse avant tout à la façon dont un individu peut répondre ou non de ses actes, doit ou non être protégé. Le vieillissement est une donnée très complexe et infiniment variable selon les individus : certaines personnes de 70 ans en paraissent dix de moins et sont en pleine santé quand d'autres, plus jeunes sont déjà séniles et incapables majeurs. Les enjeux médicaux et sociaux sont au centre des questions liées au grand âge en raison des polyopathologies qui se développe avec le temps et de la volonté de notre époque de « bien vieillir »²⁶⁷.

La vulnérabilité peut rapidement devenir un motif de restriction du pouvoir de décision d'une personne de son mode de vie et d'intrusion disproportionnée dans sa vie privée. Toutes ces lois successives relatives à la protection des majeurs vulnérables comportent une volonté humaniste évidente elles ne sont pas sans revers en raison de la « surjuridiciarisation » qu'elles imposent : les lois s'ajoutent les unes aux autres, le droit devient de plus en plus complexe, les institutions se multiplient autant que les intervenants : aux procureurs de la République et juges des tutelles, aux curateurs et tuteurs, aux médecins et personnels sociaux éducatifs, les mandataires judiciaires viennent s'ajouter à la liste déjà longue des professionnels présents auprès des personnes âgées vulnérables. Si la multiplication des mesures pouvait laisser espérer une meilleure prise en charge, en complexifiant le droit, notre société ne s'est pas pour autant donné des repères si simples. Nous constatons ainsi dans le domaine des interventions auprès des personnes vulnérables les méfaits d'une technicité du droit qui fait écran à une donnée fondamentale : l'intelligibilité du droit pour les personnes concernées et son accessibilité.

La majorité des lois concernant les personnes âgées maltraitées sont les mêmes que pour les adultes sans vulnérabilité spécifique. La seule particularité qui peut être retenue est celle relative à la dimension financière et aux textes visant à protéger les personnes âgées de maltraitance économique. Pour exemple la loi n° 66-774 du 18 octobre 1966 du Code de la sécurité sociale instaurée une tutelle aux prestations sociales pour les majeurs vulnérables. Cette mesure est pensée comme une aide éducative conçue pour aider des majeurs vulnérables à gérer leur argent et les prestations sociales dont ils peuvent bénéficier sans dilapider ces sommes ou en être dépossédés par des proches malintentionnés. En matière de protection des personnes âgées vulnérable, cette loi est importante, car elle permet à des professionnels qui constateraient

²⁶⁶ DUPEYROUX J.-J, *L'âge en droit social*, Paris, Dalloz, 2003, n° 12, p. 1041.

²⁶⁷ Le plan national Bien vieillir dans «Healthy Ageing» lancé par l'Union Européenne en 2004.

des maltraitances financières sur une personne âgée de saisir la justice et à celle-ci de mettre en place des mesures de protection.

La loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 a été la première véritable réforme fondamentale du droit des personnes majeures avant la loi du 5 mars 2007, conçue dans une logique exclusivement limitée à la gestion patrimoniale des majeurs à protéger, considérant que la protection de la personne relevait avant tout du choix des familles (excepté certains actes tels que le mariage). Elle modifie le Code civil avec l'article 488 instaurant l'exception au principe de la pleine capacité : « Est néanmoins protégé par la Loi, soit à l'occasion d'un acte particulier, soit d'une manière continue, le majeur qu'une altération de ses facultés personnelles met dans l'impossibilité de pourvoir seul à ses intérêts. » Cette Loi conserve la notion d'incapacité du prodigue, mais l'élargit à l'oisiveté et à l'intempérance. Elle fixe différents régimes concernant les personnes vulnérables et des mesures mises en acte par l'autorité judiciaire pour les mineurs et les majeurs dits « protégés », c'est-à-dire aux termes de la Loi les personnes majeures se trouvant dans l'impossibilité de pouvoir seules à leurs intérêts (art. 488 et s. du Code civil ; art 415 et s. du Code civil, art 1232 et s ; du Code de procédure civile). Elle instaure la sauvegarde de justice (régime provisoire permettant normalement au sujet protégé de conserver l'exercice de ses droits), la curatelle (régime d'assistance) et la tutelle (mesure de représentation) pour protéger les personnes vulnérables. Le choix de la mesure détermine l'importance du pouvoir donné à la personne chargée de l'exercer. La « protection » de la personne vulnérable n'est en fait envisagée que par les restrictions que ces trois mesures imposent à la capacité d'exercice et dans certains cas, à la capacité de jouissance de la personne vulnérable. Et simultanément aux pouvoirs qu'elles donnent aux curateurs tuteurs et mandataires judiciaires. Par exemple la curatelle peut être ordonnée sans exiger de certificat médical au simple motif que la personne ait besoin d'une assistance juridique même si elle n'est pas considérée comme inapte, mais qu'elle risque de tomber dans le besoin ou de compromettre l'exécution de ses obligations familiales. Ce sont les deux seules réserves émises par cette Loi qui laisse donc la possibilité à la personne de dépenser sans limites même de façon irraisonnable. Cette forme de curatelle sera au final progressivement abandonnée par les magistrats qui en verront rapidement l'inadaptation aux réalités rencontrées. Le temps passant, différentes dérives vont voir le jour remettant en cause le respect de la liberté individuelle des majeurs protégés et l'individualisation des mesures selon la situation de chaque personne.

Différentes lois vont ensuite être votées, mais qui ne concernent pas réellement les enjeux liés à la protection des personnes âgées maltraitées, mais comme nous l'avons rappelé

bien davantage la dimension sociale de protection matérielle et financière des personnes âgées pour leur éviter tout abus compte tenu de leur état de faiblesse lié à l'âge. Elles devraient être connues des professionnels dès qu'une situation relevant de maltraitance financière est suspectée, mais les évolutions constantes ne facilitent pas leur intégration par les intervenants : arrêt du 18 avril 1989 de la Cour de cassation ; lois n° 92-684 et 92-686 du 22 juillet 1992 ; Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale sur le droit de l'aide et de l'action sociale ; Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades ; Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ; Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances ; Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 relative aux systèmes de protection qui est fondatrice d'une nouvelle approche pour la protection des majeurs vulnérables ; Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice notamment en matière de protection juridique des majeurs.

Enfin, il apparaît nécessaire de rappeler brièvement que le législateur a prévu un certain nombre de mesures de protection pour les personnes âgées vulnérables. Elles sont souvent utilisées hors de tout contexte de violences subies, car la personne vieillit et n'a plus tous ses moyens pour se protéger, mais elles peuvent aussi être mises en place suite à des signalements de proches ou de professionnels constatant la situation de maltraitance dans laquelle se trouve la personne âgée. Le magistrat saisi peut ainsi ordonner certaines mesures visant à protéger la personne. Au plus simple cela peut être une sauvegarde de justice qui est une « mesure temporaire destinée à protéger les personnes qui se trouvent provisoirement dans l'impossibilité de pourvoir seules à leurs intérêts en raison d'une altération médicalement constatée soit des facultés mentales soit des facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de leur volonté (articles 425, 433 à 439 et 491 du Code civil), sans les priver de leur capacité juridique ». C'est une mesure beaucoup moins contraignante qu'une curatelle ou qu'une tutelle. L'adulte vulnérable conserve tous ses droits sauf exception fixée par le juge. La sauvegarde peut être décidée suite à une déclaration médicale faite au procureur de la République (art L3211-6 CSP) ou sur décision du juge des tutelles (mesure provisoire ou à part entière). La curatelle est un second niveau de protection pour « la personne qui, sans être hors d'état d'agir elle-même, a besoin, pour l'une des causes prévues à l'article 425, d'être assistée ou contrôlée d'une manière continue dans les actes importants de la vie civile peut être placée en curatelle (art.440). Elle n'est prononcée que s'il est établi que la sauvegarde de justice ne peut assurer une protection suffisante. Sa durée est de cinq ans maximum avec un renouvellement possible (art. 441 et 442). Le magistrat peut désigner selon les situations plusieurs curateurs (pour différencier la

protection de la personne et de ses biens). La tutelle est la mesure de protection ultime « quand l'état de la personne s'aggrave ou qu'il est d'emblée trop préoccupant et qu'elle a besoin d'être protégée et représentée d'une manière continue dans les actes de la vie civile (art. 440). Cette mesure a également une durée de 5 ans maximum avec un renouvellement possible (art. 441 et 442). Et habituellement il n'y a qu'un tuteur ou un tuteur et un conseil de famille composé de six personnes au maximum désignées par le magistrat.

Si l'on synthétise les différentes mesures qui peuvent être prises pour protéger une personne âgée vulnérable évaluée comme étant victime de maltraitance, le juge des tutelles peut décider d'une mesure provisoire de sauvegarde de justice (art. 491 à 491-6 du Code civil) qui est une mesure de sauvegarde immédiate, mais provisoire dans l'attente de l'avis définitif du juge des tutelles. Elle dure au maximum un an renouvelable une fois. Le majeur conserve tous ses droits, le législateur veille juste à ce qu'il ne se fasse pas de tort et s'il posait des actes lui portant préjudice ils pourraient être annulés (exemple d'achats compulsifs). Le juge peut ordonner une curatelle (art. 508-514 du Code civil) qui place le majeur en incapacité partielle d'exercer certains de ses droits. Il peut faire seul ses droits administratifs (comme voter), mais doit faire appel à son curateur pour tous les autres en particulier ceux relatifs à ses finances. La curatelle peut être simplifiée (art. 510) ou renforcée (art. 512) et un curateur est désigné pour assister, conseiller et représenter la personne. Enfin le juge peut ordonner une tutelle (art. 492-507 du Code civil) qui est la mesure ultime de représentation. Elle place le majeur en situation d'incapacité complète d'exercer ses droits. Tous ses actes doivent être réalisés en lien avec le tuteur qui est chargé de la représenter, de gérer son patrimoine, de contrôler le conseil de famille et de prendre toute décision dans l'intérêt de la personne concernée. Pour la curatelle et la tutelle la durée maximum est de cinq ans renouvelables.

Le Président du Conseil départemental peut prendre des mesures administratives (MAPS-Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé avec contrat d'accompagnement ou sans contrat. En cas d'échec de la MAPS un juge des tutelles est saisi.) Le mandat de protection future est réalisé devant un notaire ou un avocat et vise à anticiper sur des décisions futures. Ces décisions sont prises dans le respect des personnes concernées afin de ne pas majorer leur situation de victime, mais de ne pas non plus les mettre en danger. Les magistrats se réfèrent donc aux principes de nécessité (la mesure n'est prise qu'après une expertise médicale attestant de sa nécessité), le principe de subsidiarité (elle n'est prise que si aucune autre solution n'est

possible) et celui de proportionnalité (le juge décide de la mesure la plus adaptée à la situation du moment. Le tableau ci-joint synthèse l'ensemble des mesures possibles²⁶⁸.

Depuis la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice notamment en matière de protection juridique des majeurs, le rôle du juge dans le domaine de la protection des majeurs a été simplifié et recentré. La loi se caractérise par une sorte de double déjudiciarisation. La première concerne la personne protégée puisqu'elle conduit à retirer au juge un pouvoir de contrôle sur la jouissance ou l'exercice de ses droits extrapatrimoniaux (par exemple les personnes concernées n'ont plus besoin de solliciter l'autorisation du juge pour se marier (C. civ., art. 460), se pacser (C. civ., art. 461) ou divorcer (C. civ., art. 249). La seconde vise la personne en charge de la protection juridique qui est désormais dispensée de solliciter du juge des tutelles un certain nombre d'autorisations de sa part, en particulier en matière bancaire ou successorale (C. civ., art. 427, 507-1, mod. par la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019). Le juge des tutelles a aussi perdu le pouvoir de priver une personne en tutelle de son droit de vote. Le décret du 22 juillet 2019 modifie le code de procédure civile pour le coordonner aux dispositions du code civil introduites par la loi du 23 mars 2019. Il s'inscrit donc dans la suite de cette réforme dont l'objectif est de promouvoir l'autonomie du majeur protégé, le respect de ses droits fondamentaux et concentrer la mission du juge des tutelles sur les difficultés les plus complexes. L'idée est celle d'un compromis entre protection et respect de la personne vulnérable c'est-à-dire protéger sans mettre en danger en donnant plus d'autonomie personnelle. Suite à ce décret, celui du 22 septembre 2019 modifie la procédure devant le juge des tutelles en distinguant les acteurs judiciaires de la protection juridique des majeurs, mais aussi la procédure devant les juges en charge de la protection des majeurs. Au-delà de ces avancées, il reste que le respect des droits fondamentaux de la personne protégée aurait nécessité plus de garanties aux différentes étapes de la procédure. Plus de dix ans après la loi n°2007-293 du 5 mars 2007, les décrets n° 2008-1276 du 5 décembre 2008 et n° 2009-1628 du 23 décembre 2009, la pratique judiciaire des mesures mises en place a révélé tant de difficultés et d'insuffisance qu'il serait utile de perfectionner encore la procédure devant le juge des tutelles.

§ 2 : La protection des personnes âgées vulnérables par le droit pénal

²⁶⁸ http://leparticulier.lefigaro.fr/jcms/p1_1417278/la-procedure-d-ouverture-d-une-mesure-de-protection-judiciaire

Les personnes âgées sont intégrées dans le Code pénal dans une catégorie large, celle des personnes d'une « particulière vulnérabilité ». Cette définition amène à rappeler que le Code pénal envisage la vulnérabilité de deux façons : dans de nombreux cas, il considère la vulnérabilité de la victime comme une circonstance aggravante d'une infraction de droit commun ; mais la loi pénale fait aussi de la vulnérabilité l'élément constitutif d'une infraction particulière qui n'est punissable qu'au regard de la qualité de la victime, notamment avec différents articles liés au délaissement, à l'abus de vulnérabilité et au manque de protection.

A – Les infractions

Comme tout adulte, les personnes âgées peuvent être victimes de toutes sortes d'infractions, mais certaines apparaissent plus à risque d'être agies compte tenu de leur état de vulnérabilité. Il s'agit en particulier du délaissement, de l'abus de faiblesse et de l'abstention de protection.

1° - Le délaissement

Il est prévu dans l'article 223-3 du Code pénal qui considère le délaissement comme l'abandon en un lieu d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, de son état physique ou psychique²⁶⁹. En pratique, les dispositions prévues par le Code pénal sont de très faible portée, notamment en raison du manque de clarté et de l'absence légale de définition de la notion de vulnérabilité. Elles ne permettent donc ni d'identifier, ni de sanctionner la maltraitance des personnes âgées en tant que telles. Afin de pallier à ces difficultés, le Ministre d'État, garde des Sceaux, ministre de la Justice et des Libertés a demandé dans sa circulaire générale de politique pénale du 1er novembre 2009, aux parquets d'accorder une attention particulière aux infractions qui touchent les personnes les plus faibles, et notamment concernant les violences commises sur les personnes âgées. Ils sont encouragés à demander et à communiquer au juge des tutelles toute information utile permettant d'apporter une réponse adaptée à ces situations, en particulier dans le cas d'infractions occultes (exemple des emprises sectaires avec dépouillement financier), qui ne sont pas dénoncées par les victimes elles-mêmes, souvent trop isolées.

²⁶⁹ Art. 223-3 du Code pénal : « Le délaissement, en un lieu quelconque, d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. »

2° - L'abus de faiblesse

Il s'agit d'une infraction d'action qui correspond au fait de profiter de la vulnérabilité de la personne pour effectuer des actes qui vont lui porter préjudice, par exemple le démarchage avec des ventes forcées. C'est un délit puni de 3 ans d'emprisonnement et de 375 000 € d'amendes avec un délai de prescription de six ans à compter du dernier acte commis. (art. 223-15-2 du Code pénal). Pour être caractérisé, l'abus de faiblesse nécessite différents éléments constitutifs. Il doit être préexistant à l'infraction et non constitutif de celle-ci ; il doit concerner certaines catégories de personnes (les mineurs et tout autre adulte en situation de vulnérabilité du fait d'un handicap, d'une maladie, d'une déficience, d'un état de grossesse ou d'une fragilité psychologique) ; enfin les personnes victimes doivent être aussi dans un état d'ignorance, élément laissé à l'appréciation du juge (pour précision l'âge est un critère subjectif et ne présume pas de la vulnérabilité de la personne concernée). La seule intention suffit à démontrer l'abus de faiblesse²⁷⁰. Le plus souvent les victimes d'abus de faiblesse sont des personnes âgées vivant souvent seules, sans avoir toujours de liens sociaux importants. Elles se trouvent alors être des proies faciles pour des personnes sans scrupules. Le Code de la consommation protège également les personnes vulnérables en particulier dans le cadre des ventes téléphoniques forcées (art. L121-8 du Code de la consommation) ou des démarchages à domicile (art. L121-9 du Code de la consommation). Pour précision l'abus de faiblesse n'est pas l'abus de confiance qui concerne tout individu (et non plus exclusivement les personnes vulnérables) qui se retrouve face à un individu qui refuse de lui rendre quelque chose qui lui a été volontairement remis (art. 314-1 du Code pénal). Il ne s'agit pas davantage d'escroquerie (art. 314-1 du Code pénal) qui consiste à obtenir par des stratégies frauduleuses des choses appartenant à un tiers.

3° - L'abstention de protection

Tout comme pour les mineurs l'absence de protection consiste de façon intentionnelle à ne pas intervenir pour éviter que la personne âgée ne soit en situation de risque, voire de danger. Il s'agit d'une infraction d'omission. Dans le cas des personnes âgées maltraitées, une illustration de cette infraction serait celle d'un professionnel ne signalant pas des faits de « privations, de mauvais traitements ou d'atteinte sexuelle » (art. 434-4 du Code pénal) dont il aurait eu connaissance.

B – Les personnes âgées vulnérables victimes de maltraitance et la procédure

²⁷⁰ Cass, crim., 12 janv. 2000, n° 99-81.057

Là aussi comme pour tout adulte, les personnes âgées vulnérables victimes de maltraitance peuvent être concernées par les procédures judiciaires. Il s'agira ici de préciser l'organisation du signalement lorsqu'il concerne des personnes âgées vulnérables, puis d'aborder la question de la prescription et les modalités de sa participation à la procédure.

1° - L'organisation du signalement des personnes âgées vulnérables

Il pourrait être pensé que les professionnels porteraient une attention toute particulière aux personnes âgées, mais cela est loin d'être systématique alors que les personnes âgées peuvent du fait même de leur état se mettre en danger au niveau de leur sécurité comme de leur santé et être des cibles faciles pour des personnes malveillantes. Le Code pénal prévoit ainsi le signalement de la maltraitance à l'égard des personnes âgées à plusieurs niveaux. D'une part en incriminant le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles sur une personne vulnérable, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives (art. 434-3 du Code pénal). D'autre part en laissant aux professionnels astreints au secret, la faculté de révéler des faits de maltraitance qu'ils constateraient ou dont ils seraient. Cet état du droit laisse la possibilité au professionnel soumis au secret de signaler ou non et ne rend pas le signalement obligatoire par exemple certaines provinces du Canada. En France les professionnels sont laissés à leur liberté de conscience ce qui, pour certains, permet de ne pas signaler des personnes âgées contre leur volonté. Comme l'explique ce gériatre « cela mettrait définitivement à mal la confiance de nos patients et les renverrait à leur manque d'autonomie et à une infantilisation au final plus blessante que soutenante ».

Si un professionnel ne signale pas une personne âgée maltraitée, il peut être poursuivi pour non-dénonciation de maltraitance (art.434-3 du Code pénal modifié par la loi n°2018-703 du 3 août 2018-art. 5) » L'alinéa 2 de l'article 434-3 du Code pénal dispense légalement comme pour les mineurs les personnes astreintes au secret professionnel de l'obligation de révélation. Mais là aussi l'article 226-14 alinéa 1^{er} du Code pénal les autorise à « informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles, dont [elles ont] eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ». L'article 434-3 du Code pénal rétablit l'obligation de dénonciation à la charge de ceux qui, tenus au secret professionnel, font l'objet d'une disposition spéciale qui les contraint

à informer certaines personnes de faits dont ils ont connaissance. C'est le cas par exemple des personnels intervenant au domicile des personnes âgées, des travailleurs sociaux des services publics ou hospitaliers. Et là aussi, la personne qui pourrait opposer son secret professionnel pour ne pas révéler certains faits portés à sa connaissance, n'en demeure pas moins susceptible d'être poursuivie pour non-assistance à personne en péril sur le fondement de l'article 223-6, alinéa 2 du Code pénal si son défaut de révélation s'est accompagné d'une absence de mesure destinée à protéger ou à soigner la personne âgée vulnérable.

2° - La prescription concernant les personnes âgées dans la procédure

Pour les personnes âgées vulnérables, il existe comme pour les mineurs un délai de prescription au-delà duquel plus aucune poursuite n'est possible (art. 133-2 à 133-4-1 du Code pénal). Jusqu'à la réforme de 2017, il existait au sein du droit de la prescription pénale, deux types de points de départ du délai de prescription de l'action publique. Il existe d'une part un régime légal (qui fixait le point de départ du délai de prescription au jour de la commission de l'infraction sous réserve de quelques exceptions pour des cas très graves). Et d'autre part un régime jurisprudentiel *contra legem* applicable aux infractions dites occultes ou dissimulées telles que l'abus de confiance²⁷¹, le trafic d'influence,²⁷² etc. (qui reportait le point de départ du délai de prescription au jour où l'infraction apparaissait et pouvait être constatée dans des conditions permettant l'exercice de l'action publique, ce qui conduisait de fait à une possibilité de report quasiment infini)⁴²⁷³.

Désormais le législateur part du principe que le point de départ du délai de prescription est le jour de la commission de l'infraction (« à compter du jour où l'infraction a été commise »). Il est prévu des exceptions⁵. La nouvelle loi consacre notamment le report du point de départ du délai de prescription pour les infractions dites occultes ou dissimulées « à compter du jour où l'infraction est apparue et a pu être constatée dans des conditions permettant la mise en mouvement ou l'exercice de l'action publique »²⁷⁴ tout en prévoyant un « délai butoir » de

²⁷¹ Crim. 8 févr. 2006, n° 05-80.301.

²⁷² Crim. 19 mars 2008, n° 07-82.124.

²⁷³ Rapport du 2 mars 2016 fait sur la proposition de loi (n° 2931) portant réforme de la prescription en matière pénale par M. Alain TOURRET : « D'une part, en droit positif, le point de départ est établi au jour de la commission de l'infraction, sous réserve des régimes légaux de report à une date ultérieure en raison de l'identité de la victime ou de la spécificité de l'infraction. D'autre part, un régime jurisprudentiel autonome et *contra legem* a été développé par la Cour de cassation, qui reporte le point de départ du délai applicable à certaines infractions "astucieuses" »

²⁷⁴ Art. 1 de la proposition de loi portant réforme de la prescription pénale

12 ans en matière délictuelle et 30 ans en matière criminelle, énoncée de la manière suivante : « sans toutefois que le délai de prescription puisse excéder douze années révolues pour les délits et trente années révolues pour les crimes à compter du jour où l’infraction a été commise »²⁷⁵.

La notion de « délai butoir » avait pour but de limiter dans le temps le report du point de départ du délai de prescription pour les infractions dites occultes ou dissimulées afin de mettre fin à une imprescriptibilité de fait. Mais ce type d’infraction a toujours été soumis au même délai de prescription que les infractions ordinaires ; c’était uniquement le point de départ qui était décalé, ce que semble ignorer la nouvelle loi quand elle indique que c’est « le délai de prescription » qui est à prendre en compte ((et non « le report du point de départ du délai de prescription ») et qui ne peut « excéder douze années révolues pour les délits et trente années révolues pour les crimes à compter du jour où l’infraction a été commise ».

En vertu de l’article 112-2-4° du Code pénal, les lois de prescription sont considérées comme des lois de procédure d’application immédiate, soumises au principe suivant : « *Sont applicables immédiatement à la répression des infractions commises avant leur entrée en vigueur : [...] 4° lorsque les prescriptions ne sont pas acquises, les lois relatives à la prescription de l’action publique et à la prescription des peines* ». La CEDH a validé une telle qualification et le principe de l’application immédiate²⁷⁶. En posant ce principe de « délai butoir de prescription », le législateur a instauré une complexité majeure pour savoir à partir de quand le délai de prescription débutait (par exemple pour des faits antérieurs à la loi, est-ce la prescription nouvelle ou l’ancienne qui s’applique ?). Pour tenter de résoudre ces difficultés le législateur a voté une « disposition transitoire expresse » (art.4) censée régir l’application ou non du délai butoir à la répression des infractions occultes ou dissimulées commises antérieurement à l’entrée en vigueur de la loi : « la présente loi ne peut avoir pour effet de prescrire des infractions qui, au moment de son entrée en vigueur, avaient valablement donné lieu à la mise en mouvement ou à l’exercice de l’action publique à une date à laquelle, en vertu des dispositions législatives alors applicables et conformément à leur interprétation jurisprudentielle, la prescription n’était pas acquise ».

²⁷⁵ SAENKO L, *Le temps en droit pénal des affaires*, Thèse soutenue à Paris I, dir. B. BOULOC, 2008.

²⁷⁶ CEDH 22 juin 2000, Coëme et autres c/Belgique, req. n° 32492/96, consid. 149 ; 12 févr. 2013, Previti c/Italie, req. n° 1845/08, consid. 80 : « Considérant que les règles de prescription ne définissent pas les infractions et les peines qui les répriment et peuvent être regardées comme posant une simple condition préalable pour l’examen de l’affaire, la Cour européenne des droits de l’homme les classe parmi les lois de procédure. Elle juge que l’application immédiate à une prescription non acquise d’une loi nouvelle allongeant le délai de prescription n’entraîne pas une atteinte aux droits garantis par l’article 7 de la Convention de sauvegarde « car on ne peut interpréter cette disposition comme empêchant, par l’effet de l’application immédiate d’une loi de procédure, un allongement des délais de prescription lorsque les faits reprochés n’ont jamais été prescrits ».

Autrement dit, si une infraction a été commise avant l'entrée en vigueur de la nouvelle loi nouvelle et que des poursuites ont déjà été déclenchées, car en vertu de la prescription de la loi ancienne, la prescription n'était pas acquise, alors cette infraction pourra être poursuivie sous l'empire de la loi nouvelle, le délai butoir ne pouvant pas s'appliquer. Mais la nouvelle loi et l'instauration du délai butoir peuvent avoir pour effet de prescrire des infractions qui, au moment de l'entrée en vigueur de la loi de 2017, n'avaient pas valablement donné lieu à la mise en mouvement ou à l'exercice de l'action publique. Donc les dossiers déjà en cours d'enquête au moment du vote de la loi, portant sur des faits antérieurs à cette même entrée en vigueur, ne sont pas concernés par la disposition transitoire de l'article 4 qui ne déroge pas à l'application immédiate de la loi nouvelle. Pour les personnes majeures vulnérables, depuis la loi n° 2017-242 du 27 février 2017 portant réforme de la prescription en matière pénale, il n'y a plus délai spécifique prévu par la loi. Ce sont les magistrats qui décident au cas par cas de reporter le point de départ du délai de prescription (au moment de la commission des faits ou de la découverte des faits).

3° - La participation de la personne âgée à la procédure judiciaire

La personne âgée vulnérable victime de maltraitance engagée dans une procédure judiciaire se retrouve en particulier face aux enjeux de l'enquête et à celui de l'audition.

a – L'enquête

Comme pour les mineurs, les mesures d'investigations sont réalisées par des enquêteurs qui interviennent dès qu'une plainte est déposée ou un signalement judiciaire transmit. Il peut s'agir de policiers (le plus souvent dans les grandes villes) ou de gendarmes (habituellement en milieu rural). Leurs pratiques sont loin d'être uniformes d'un département à l'autre et d'un lieu (commissariat, gendarmerie à l'autre) même si la loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes²⁷⁷ était censée uniformiser les modalités d'audition. Cette loi a en particulier rendu l'enregistrement des plaintes, obligatoire : « la police judiciaire est tenue de recevoir les plaintes déposées par les victimes d'infractions à la loi pénale et de les transmettre, le cas échéant, au service ou à l'unité de police judiciaire territorialement compétents » (article 15-3-alinéa 1 du Code de procédure pénale). C'est en fonction des résultats de leur enquête que les autorités de police ou de gendarmerie

²⁷⁷ Loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes, JO du 16 juin 2000, p. 9038.

pourront transmettre au procureur de la République les éléments pour lui permettre d'apprécier la suite à donner (article 19 du Code de procédure pénale). Dans la même idée de prendre davantage soin des victimes la loi de 2000 prévoyait que la victime puisse déposer dans le poste de police ou de gendarmerie de son choix (principe du « guichet unique ») avec pour obligation du service enquêteur recueillant la plainte, de la transmettre au service territorialement compétent²⁷⁸.

Au-delà de ces bonnes intentions, force est de constater sur le terrain l'hétérogénéité des pratiques²⁷⁹ : nombre d'enquêteurs réalisent des auditions de mineurs ou de personnes vulnérables sans la moindre formation²⁸⁰; aucune évaluation de l'impact des auditions filmées n'a jamais été réalisée (surtout depuis que les écrans ont pris une telle place dans le quotidien des jeunes et servent de plus en plus lors des agressions). Cela conduit à des « pressions » faites aux victimes de ne pas déposer plainte, mais « juste » des mains-courantes. Cela a été relevé en particulier pour les femmes victimes de violences conjugales avec une « forme de chantage [exercé par les forces de police] auprès de la victime en lui disant que si elle porte plainte son mari ira en prison »²⁸¹. Cela a conduit aussi à décourager d'un dépôt de plainte les victimes qui révèlent des faits anciens même s'ils ne sont pas prescrits²⁸² alors même que les difficultés à révéler et à oser porter plainte de ces victimes sont aujourd'hui bien connues²⁸³.

L'orientation vers une main-courante ou un procès-verbal de renseignement judiciaire et le refus de prendre une plainte est non seulement illégale, mais surtout cela a un impact considérable sur la suite ou plutôt sur l'absence de suite puisque ces actes n'ont pas la valeur juridique des plaintes, en ce qu'ils n'entraînent aucune conséquence juridique notoire : la main-courante désigne « une simple déclaration qui peut être faite auprès de tout service de la police nationale [...]. En principe, le dépôt d'une main-courante ne donne lieu à aucune enquête ni à aucun suivi judiciaire. Ce procédé sert donc essentiellement à laisser une trace écrite d'un

²⁷⁸ Art. 114, Loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes, JO du 16 juin 2000, p. 9038.

²⁷⁹ Les policiers ne se déplacent pas tant qu'il n'y a pas de sang, C. Llor, psychologue de l'Association d'aide aux victimes d'infractions pénales, Propos recueillis le 9 octobre 2016, Montpellier.

²⁸⁰ GEOFFROY G., *Lutte contre les violences faites aux femmes*, Rapport n° 1799 au nom de la mission d'évaluation de la politique de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes, Assemblée Nationale, 7 juillet 2009, p. 155.

²⁸¹ GEOFFROY G., *Lutte contre les violences faites aux femmes*, Entretien avec Anne Jonquet, avocate, Rapport n° 1799 au nom de la mission d'évaluation de la politique de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes, Assemblée Nationale, 7 juillet 2009, p. 155.

²⁸² La Loi du 3 août 2018 allonge le délai de prescription de certains crimes violents ou de nature sexuelle commis sur des mineurs. Il est porté de 20 à 30 ans à compter de la majorité de la victime. Cet allongement vise à permettre de donner aux victimes le temps nécessaire à la dénonciation des faits, et prend notamment en compte le phénomène de l'amnésie traumatique.

²⁸³ V. supra, n° 179.

événement que la victime a subi, document susceptible d'être utilisé en cas de procédure judiciaire ultérieure. »²⁸⁴

Quant à l'établissement du procès-verbal de renseignement judiciaire, il relève de la compétence de toute unité de gendarmerie et équivaut à la main-courante réalisée par les services de police. La nuance est qu'il fait par contre l'objet d'une transmission obligatoire à l'autorité judiciaire.

Au final main-courante et procès-verbal de renseignement judiciaire, permettent juste d'acter des faits avec la notion qu'ils pourront, peut-être, un jour être utilisés pour retracer un historique des faits subis. Mais même lorsque l'infraction est constituée, ils ne garantissent aucune prise en charge des faits contrairement à une plainte. Bien souvent ils s'accumulent dans l'indifférence générale (comme les MC des victimes de violences conjugales et de leurs enfants conduisant au final par le meurtre de la femme par son (ex)-conjoint²⁸⁵).

En acceptant au non de prendre une plainte, les enquêteurs expriment leurs propres représentations face aux violences intrafamiliales ou commises sur personnes vulnérables. Les biais subjectifs sont donc majeurs et le manque de personnels, la « culture du résultat » et le peu de formations existants pour les aider dans le recueil de la parole des victimes²⁸⁶ ne sont pas faits pour simplifier leur travail.

Enfin il est important de rappeler un malentendu fondamental très présent dans l'esprit des professionnels : le Code pénal n'a pas été conçu pour les victimes contrairement à ce que nombre d'associations tentent de faire croire aux personnes concernées. Le principe même du Code pénal basé sur la faute et/ou l'aveu explique que tous les actes de la procédure pénale visent cet objectif unique, qui est celui de la découverte de preuves pouvant attester sans le moindre doute de la véracité des faits. Mais pour les victimes, toutes ces procédures où se cumulent des examens, des expertises, des auditions, des confrontations, sont surtout supports à des survictimisations, c'est-à-dire à des majorations des troubles, car ces actes sont des temps de reviviscences traumatiques de ce qui a été subi. La recherche de la preuve parfaite, Graal de nombre d'enquêteurs ne prend pas du tout en compte les effets dévastateurs au niveau psychotraumatique de ces actes de procédures. Bien des professionnels rencontrés et dépités par des classements sans suite après que la victime ait dû supporter toutes ces épreuves, décident

²⁸⁴ Direction des Affaires criminelles et des Grâces, Les violences au sein du couple, Guide méthodologique de l'action publique, novembre 2011, p. 19.

²⁸⁵ <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Faire-un-signalement-aupres-des-forces-de-securite-une-demarche-que-n-effectuent-pas-toutes-les-victimes-Interstats-Analyse-N-17-Juillet-2017>

²⁸⁶ http://www.justice.gouv.fr/art_pix/guide_enfants_victimes.pdf

de ne plus signaler tant qu'ils n'ont pas de preuve absolue afin de protéger au final la victime des effets destructeurs de la procédure.

b – L'audition

L'audition des personnes âgées maltraitées correspond à celle de tout adulte avec pour précision que la loi de 2007 a posé comme principe fondamental l'audition de la personne à protéger par le juge afin de lui donner, dès l'ouverture de la procédure une place centrale. L'audition permet aux enquêteurs (policiers, gendarmes) d'entendre une personne dans le cadre d'une enquête pénale. C'est aussi une audition qui permet à un magistrat de décider des mesures à mettre en place pour protéger un majeur vulnérable. Le même terme est utilisé pour les personnes mises en cause et pour les victimes. Pour les professionnels chargés de cette audition, c'est une mesure particulièrement délicate non seulement au niveau procédural pour éviter tout vice de forme qui entraînerait l'annulation de la mesure qu'au niveau humain. Il leur faut non seulement s'adapter à des personnes qu'ils ne connaissent pas tout en sachant qu'ils vont devoir aborder des faits sources de reviviscences inévitables. (civ. art.432). Si l'avis d'un médecin agréé sur la liste du procureur de la République précise que le majeur n'est pas en mesure d'être auditionné, le juge peut à titre exceptionnel décider qu'il n'y a pas lieu à procéder à celle-ci compte tenu des risques pour sa santé ou si la personne est totalement hors d'état d'exprimer sa volonté.

Les auditions figurent parmi les actes d'enquête et peuvent être menées à différents moments par rapport aux faits (juste après ou des années plus tard quand les révélations sont tardives). À l'issue de l'audition, un procès-verbal est rédigé par l'enquêteur (ou par un greffier si l'audition a été réalisée par un juge). Ce document doit être signé par la personne auditionnée. L'article 7 de la loi 2015-993 du 17 août 2015 portant adaptation de la procédure pénale au droit de l'Union européenne précise que toute victime peut demander à « être accompagnée par son représentant légal et par la personne majeure de son choix, sauf décision contraire motivée prise par l'autorité judiciaire compétente » (art. 10-4).

Si le principe d'auditionner toute personne vulnérable est acquis, il n'en est donc pas moins difficile à mettre en œuvre pour les personnes âgées, car cela nécessite des moyens humains et matériels conséquents (accessibilité des locaux, compréhension des consignes, capacité à être auditionné...) Afin de limiter les bouleversements liés aux changements d'environnement, il est recommandé aux enquêteurs comme au juge de se déplacer sur le lieu de vie de la personne, tant que cela est possible. Mais cela nécessite du temps que les magistrats ont rarement en raison de l'insuffisance des effectifs, renforcée par la réforme de la carte

judiciaire augmentant les délais entre lieu des juridictions et résidence des justiciables. Le juge doit informer le majeur vulnérable de ses droits, de sa possibilité de consulter son dossier à tout moment et d'être assisté par un avocat ; mais bien des personnes âgées maltraitées ne comprennent pas le sens de tous leurs droits. Il peut donc aussi demander la présence d'un médecin ou de toute autre personne pouvant réassurer le majeur vulnérable. Le magistrat peut aussi, à la demande de la personne concernée ou à son initiative, ordonner un débat contradictoire avec la personne mise en cause pour mieux évaluer la situation. Mais ces situations de confrontation sont des plus éprouvantes pour les victimes qui se retrouvent face à leur agresseur et bien souvent submergées par des troubles post-traumatiques liés à des reviviscences de ce qu'elles ont subi. Il n'est pas rare que le processus d'emprise encore à l'œuvre les sidère totalement et qu'elles ne parviennent pas malgré toute l'attention des enquêteurs, à s'exprimer.

L'enquêteur doit bien sûr s'assurer que la personne âgée a ses prothèses (dentaires, auditives, visuelles) et que les questions posées sont, comme pour les enfants simples, non suggestives et prennent en compte les difficultés spatio-temporelles liées au grand-âge et à la fatigabilité fréquente des seniors (entretiens courts). Le rapport Courtial de 2010²⁸⁷ recommande que les personnes âgées puissent être prises en charge comme les mineurs et les victimes de violences conjugales par des brigades de protection des familles spécifiquement formées avec la désignation d'un référent « personne vulnérable » au sein des services départementaux. Il préconise également la présence de représentants d'associations spécialisées (ALMA par exemple) pour aider au recueil des témoignages. Le rapport propose aussi que des mesures alternatives puissent se mettre en place telles que des conciliations ou médiations, mais ce qui n'est pas simple à mettre en place lorsque les personnes mises en cause sont des proches et que la personne âgée craint les représailles familiales.

Section 2 - Les acteurs du système judiciaire que les professionnels doivent identifier

Les principaux textes étant rappelés, les professionnels du soin intervenant auprès de personnes vulnérables devraient connaître un minimum l'organisation du système et des acteurs judiciaires. Or, faute de formation, cela est rarement le cas ce qui peut conduire à des confusions (par exemple entre magistrat du Parquet et du siège ; entre classement sans suite et Ordonnance de non-lieu). Ces méconnaissances font que bien des décisions judiciaires ne sont pas comprises

²⁸⁷ Rapport d'Edouard COURTIAL sur les besoins de sécurité lié au vieillissement de la population, mai 2010, <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000277.pdf>

et qu'il peut arriver que des erreurs soient commises avec toutes les conséquences dramatiques pour le mineur ou l'adulte concerné (pour exemple un signalement adressé à un juge aux affaires familiales au lieu de saisir le procureur de la République). Nous rappellerons donc brièvement ce qui apparaît comme le minimum nécessaire à connaître par les professionnels soignants au niveau des acteurs du système judiciaire, dès qu'une situation de maltraitance est repérée à savoir les différents magistrats et les personnes assurant la défense des intérêts de l'enfant.

§ 1 : Les principaux magistrats

S'il existe de multiples magistrats, certains sont plus spécialement concernés par la protection des victimes de maltraitance. Il s'agit au niveau du parquet du procureur de la République et au niveau des magistrats du siège du juge des enfants, du juge aux affaires familiales, du juge des tutelles et du juge d'instance.

A – Le procureur de la République

Magistrat du Parquet, sa qualité d'autorité judiciaire a été remise en question, sur le fondement du principe de séparation des organes de poursuites et des organes de jugement²⁸⁸. Mais au-delà de ces tentatives réitérées de limiter son pouvoir, il garde un rôle essentiel dans les enquêtes pénales préliminaires qui lui sont transmises. Sa fonction reste fondamentale dans le cadre des procédures pénales puisque c'est lui qui en vertu de l'article 40 du Code de procédure pénale sur le principe d'opportunité des poursuites décide (ou non) de classer sans suite ou de poursuivre les plaintes portées à sa connaissance. Cette fonction lui permet donc soit de mettre en mouvement l'action publique en engageant les poursuites à l'encontre du mis en cause, soit d'orienter l'affaire vers une mesure alternative aux poursuites, soit enfin de la classer sans suite (article 40-1 du Code de procédure pénale). Lorsqu'une procédure pénale est déclenchée, le procureur de la République informe, sans délai, le juge des enfants de l'existence d'une procédure concernant un mineur victime de l'une des infractions mentionnées à l'article 706-47 du Code de procédure pénale.

²⁸⁸ Entre autres affaires, V. CEDH, 1er octobre, « Piersack c/Belgique », req. n° 8692/79.

Il décide décider des suites à donner dans le respect des droits de la défense et avec le souci d'efficacité de la réponse pénale apportée. Mais comme les enquêteurs, un(e) procureur de la République n'est pas une machine et sa subjectivité est inévitablement à l'œuvre dans les décisions prises comme le montrent les cas de classement sans suite (CSS) dit de convenance ou d'opportunité²⁸⁹. Dans ces décisions, le CSS intervient alors que l'auteur est bien identifié ou/et l'infraction caractérisée. Mais le procureur de la République a le pouvoir de décider de classer sans suite (cas des plaintes qui sont retirées par certaines victimes ou situations où le procureur de la République considère que le trouble causé à l'ordre public est limité eu égard à l'investissement et au temps qu'entraînerait une poursuite pénale du comportement incriminé. Les biais subjectifs permettent de comprendre que selon les procureurs de la République, le recours à ce type de CSS est très variable. Par exemple si certains sont sensibilisés aux violences conjugales ou aux violences sur bébés, d'autres n'y mettent pas le même niveau de gravité et considèrent qu'il s'agit avant tout de différends familiaux ou de rigueur éducative ne nécessitant pas l'intervention des autorités judiciaires.

La loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité²⁹⁰ est venue renforcer les conditions de ce type de classement sans suite. Ce qui fait que le magistrat a l'obligation de vérifier que les circonstances particulières liées à la commission de l'infraction justifient le classement (article 40-1 3° du Code de procédure pénale). Et simultanément afin d'éviter les classements "secs", le recours à un classement sous condition a été généralisé²⁹¹.

Mais un classement sans suite ne signifie pas l'absence de faute grave comme un arrêt de la Cour de cassation du 22 janvier 2014 le rappelle : une auxiliaire de vie suspectée responsable de violences sur des patients avait été licenciée pour faute grave. Suite au classement sans suite de la plainte de la personne âgée, l'auxiliaire avait contesté son licenciement. La Cour d'appel, au vu des éléments de preuve versés aux débats, a reconnu le

²⁸⁹ Sur l'impopularité du classement d'opportunité, V. H. Haenel, Le classement sans suite. Les infractions sans suite ou la délinquance maltraitée, Rapport d'information n° 513 au nom de la Commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation, Sénat, 18 juin 1998 (en ligne) disponible sur le site du Sénat : https://www.senat.fr/rap/r97-513/r97-513_mono.html#toc0. Le rapporteur dépeignait déjà le classement sans suite comme une procédure révélatrice de l'insuffisance de moyens de la justice et de l'existence de dysfonctionnements internes et externes au service public de la justice. Il constatait encore une forte augmentation des classements sans suite de complaisance depuis les années 80 et une flambée de ces classements dès 1995, notamment s'agissant des litiges familiaux ; L. Aubert, « l'activité des délégués du procureur en France : de l'intention à la réalité des pratiques », *Déviance et Société*, n° 4, vol. 32, 2008, p. 473.

²⁹⁰ Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, JO du 10 mars 2004, p. 4567.

²⁹¹ GLOWACZ F. et VANNESTE C. (dir.), *Violences conjugales et justice pénale*, dossier de la revue *Champ pénal*, 2017, vol. XIV.

bien-fondé du licenciement pour faute grave. En cours de cassation, les magistrats n'ont pas retenu le CSS et a maintenu le licenciement pour faute grave²⁹².

B – Le juge d'instruction

Il est saisi par le procureur de la République obligatoirement en matière criminelle, mais cette saisine est facultative en matière délictuelle²⁹³. Le juge d'instruction peut, conformément aux articles 81 et suivant du Code de procédure pénale, procéder à tous les actes d'instruction qu'il juge nécessaires à la manifestation de la vérité (nouvelles auditions, confrontation, saisie des dossiers des soignants, investigations approfondies, examens médicaux, expertises médico-légales ou psychologiques, confrontations, auditions et interrogatoires, commissions rogatoires).

Ce magistrat du siège a un rôle essentiel dans la procédure pénale pour apprécier les faits, s'assurer de leur réalité (recueil de preuves), déterminer la gravité ou des suites pénales à lui donner. À l'issue de son instruction,²⁹⁴ il peut ordonner un non-lieu à poursuivre (ONL) s'il « estime » que l'infraction n'est pas constituée, ou encore que les charges recueillies contre le mis en examen ne sont pas suffisantes. Dans le cas, au contraire, s'il estime que les faits litigieux sont constitués ou suffisamment démontrés, c'est lui qui rend une ordonnance de renvoi différente selon la qualification qu'il y donne : auprès du tribunal de police (faits contraventionnels), du tribunal correctionnel (délit) ou des assises (crime)²⁹⁵.

À l'issue de ce long processus d'investigation, le juge pénal intervient en dernière position à l'issue du procès pénal (dans les rares cas où celui-ci a lieu) pour se prononcer sur le sort du mis en cause, à l'issue des débats, d'après son intime conviction (article 427 du Code de procédure pénale).

C – Le juge des enfants

La justice spécialisée pour les mineurs s'appuie sur trois fondements, d'une part l'atténuation de la responsabilité pénale des mineurs en fonction de l'âge²⁹⁶, d'autre part le

²⁹² Cass. Soc. 22 janvier 2014, n° 13-10658.

²⁹³ Art. 79 du C. pr. pén.

²⁹⁴ Art. 175 du C. pr. pén.

²⁹⁵ Art. 177 C. pr. pén.

²⁹⁶ L'immatunité psychique du mineur doit être prise en compte avec une excuse de minorité (art. 20-2 de l'ordonnance de 1945). Les peines ne peuvent être prononcées qu'à partir de 13 ans et l'excuse de minorité peut être écartée pour les plus de 16 ans (loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016).

principe de spécialisation des juridictions et de l'emploi de procédures appropriées pour les mineurs et, enfin, la primauté de l'éducatif. Si les tribunaux pour enfants existent depuis 1912, l'institution que représente le juge des enfants a été créée en matière pénale par l'ordonnance du 2 février 1945 puis ses compétences ont été précisées et étendues par l'ordonnance du 23 décembre 1958 pour protéger les mineurs victimes. Il occupe une fonction essentielle dans la protection des mineurs en danger, mais également des mineurs auteurs (eux aussi étant du fait de leur conduite, dans une forme de danger). C'est un magistrat du tribunal de grande instance. Il statue seul en matière civile et peut prononcer des mesures de sanctions éducatives (uniquement à partir des 10 ans du mineur tels que stage civique, interdiction de paraître ou de fréquenter, confiscation d'un objet) ou des mesures éducatives (admonestation, réparation, remise à un parent). En matière pénale il est à la fois le juge pénal le juge d'instruction et le juge d'application des peines. En matière pénale c'est le tribunal des enfants qui est compétent pour les contraventions de cinquième classe (exemple conduite sans permis, augmentation de la puissance d'un cyclomoteur), pour les délits commis par des mineurs de 18 ans et pour les crimes commis par des mineurs de seize ans. Pour les crimes commis par des mineurs de plus de 16 ans (exemple d'un viol) c'est la cour d'assises des mineurs composée de trois magistrats professionnels et de six jurés très au sort sur les listes électorales qui juge. Autrement le tribunal pour enfant est présidé par le juge des enfants, assisté de deux assesseurs²⁹⁷ qui juge²⁹⁸. Depuis la loi n° 2017-258 du 28 février 2017 relative à la sécurité publique, l'exécution provisoire des peines est possible pour les mesures et sanctions éducatives, pour les peines autres que l'emprisonnement (ex : travail d'intérêt général, amendes...) et s'il y a un aménagement de peine ab initio. Dans les autres cas, l'exécution provisoire n'est pas permise. Depuis cette loi le législateur autorise le juge des enfants à prononcer un mandat de dépôt, somme pour les majeurs, si la peine prononcée est au moins égale à un an). Le tribunal pour enfants peut maintenir en détention (art. 464-1 du Code de procédure pénale) avec une décision spéciale et motivée.

²⁹⁷ Les assesseurs du tribunal pour enfants ne sont pas des juges professionnels, mais des personnes reconnues pour leur niveau de compétence dans le domaine de l'aide à l'enfance. Ils ont pour missions de consulter les dossiers avant les audiences, de faire poser par le président en cours d'audience toutes questions qu'ils jugent nécessaires pour comprendre la situation et de délibérer après les débats avec le juge pour décider de la décision (chaque assesseur a un pouvoir de décision égal à celui du juge des enfants. Ils sont nommés pour quatre ans renouvelables et recrutés après avoir fait acte de candidature. <http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/le-guide-des-assesseurs-est-en-ligne-27832.html>

²⁹⁸ Créés le 1^{er} janvier 2012 pour juger les délits punis d'au moins trois ans d'emprisonnement et commis par des mineurs récidivistes de plus de 16 ans, les tribunaux correctionnels pour mineurs ont été supprimés le 1^{er} janvier 2017. Le Conseil constitutionnel avait pourtant validé sa création, mais le fait qu'il n'était pas seulement constitué de juges spécialisés posait question.

Il peut être saisi (art. 375 du Code civil) par le procureur de la République, par l'enfant lui-même, par tout détenteur de l'autorité parentale (parents, tuteur, tiers digne de confiance), par tout service gardien quand un enfant est placé (service de l'aide sociale à 'enfance, foyer, MECS)

Le juge des enfants a une fonction essentielle pour les enfants victimes de maltraitance comme pour tous les autres enfants dont il s'occupe (mineurs isolés, mineurs exposés aux conflits parentaux et aux violences conjugales, mais aussi mineurs auteurs) : il est celui qui rappelle la loi, celui qui est garant de ses droits. Pour certains enfants, la rencontre avec le juge est vécue comme une véritable violence tellement leur sentiment d'être incompris est important : « Il m'a dit que je mentais, que de toute façon mon père n'avait pas pu faire ça » ; « Il m'a dit que ce n'était pas moi qui déciderais de ma vie, alors pourquoi il a voulu m'entendre ? » ; « De toute façon, ça ne sert à rien de voir ce juge, il ne me croit pas » ; « Il ne m'a pas écouté et il a passé son temps à donner raison à mon père ». Dans ces situations l'atteinte de la confiance dans la justice est majeure, car l'enfant assimile ce juge à tous les magistrats.

Mais pour les enfants qui rencontrent un magistrat qui les reconnaît dans la violence de ce qu'ils vivent, qui leur explique les décisions prises et qui reste disponible pour les écouter le temps nécessaire et prendre en considération leur vécu, la figure du juge peut être investie comme une figure protectrice et le tribunal comme un espace potentiel où leur vie pourra désormais s'inscrire dans une sécurité (re)trouvée. Quand l'enfant arrive à trouver un lieu, des personnes et des affects qui peuvent l'apaiser, le soulager de ses douleurs, de ses souffrances et qui enfin lui donnent un espoir d'une vie « normale », comme pour beaucoup d'autres enfants, il comprend que les violences et les malheurs qui se sont imposés à lui existent toujours, mais qu'il n'est désormais plus seul pour y faire face.

D – Le juge des tutelles

Le juge des tutelles est le magistrat compétent pour décider des mesures de protection des majeurs et s'assurer de leur bonne exécution. Il siège au tribunal d'instance et peut être saisi par le majeur (à protéger) lui-même, sa famille, son entourage (amis) ou par le procureur de la République. Avant de saisir le juge des tutelles, il est obligatoire de joindre un certificat médical établi par un médecin agréé. C'est lui qui évalue et instruit les demandes de mises sous tutelle et curatelle, il a donc un rôle majeur pour protéger les personnes âgées vulnérables et prendre la meilleure des décisions possibles. Mais il n'a pas fonction de trancher des litiges ou

d'intervenir pour régler des conflits. Il est compétent pour toutes les mesures judiciaires de protection des majeurs.

La tutelle des mineurs relève de la compétence du juge aux affaires familiales qui exerce les fonctions de juge des tutelles telles que prévues par le Code civil. Une tutelle peut être organisée lorsque les deux parents sont décédés, quand les deux parents font l'objet d'un retrait de l'autorité parentale ou quand le mineur n'a ni père, ni mère connu.

La saisie du juge des tutelles peut être faite par un proche ou par le procureur de la République. Le juge constitue un conseil de famille qui désigne un tuteur et un subrogé tuteur. Lorsque le mineur est héritier d'une succession, le juge des tutelles peut aussi être saisi (art. 1217 du Code de procédure civile, modifié par la loi n° 2019-756 du 22 juillet 2019 - art.3)..

§ 2 : Les personnes assurant la défense des intérêts de l'enfant

Vu sa vulnérabilité particulière liée à son âge, à sa dépendance aux adultes de son entourage et à son immaturité psycho-affective, le législateur a prévu différentes mesures pour assurer la défense des mineurs en justice ; mesures particulièrement précieuses quand ce sont des proches qui se trouvent mis en cause. Il s'agit de l'avocat d'enfant et de l'administrateur *ad hoc*.

A – L'avocat d'enfant

Le principe étant établi que l'enfant est un citoyen en devenir, il est donc concerné par le droit. L'extension des droits de l'enfant à être présent et entendu en justice a conduit à des interventions de plus en plus importantes d'un professionnel de justice bien spécifique : l'avocat d'enfants. De nombreux barreaux se sont ainsi, depuis les années 1990, mobilisés et ont désormais créé des groupements d'avocats d'enfants formés plus particulièrement à la psychologie de l'enfant et aux répercussions psychotraumatiques. Certains assurent des permanences gratuites au sein des Palais de justice pour recevoir des enfants et leur apporter l'aide la plus adaptée. Depuis 2008, une « Charte nationale de l'avocat d'enfant » a été établie afin d'harmoniser les pratiques et des conventions ont été signées entre certains barreaux et les tribunaux en raison des imprécisions du décret du 20 mai 2009 concernant les modalités de l'audition de l'enfant.

L'enfant peut être représenté en justice par un avocat sollicité par ses parents, mais, en cas de conflits d'intérêt, le juge des enfants peut demander la désignation d'un avocat. Le mineur

lui-même (souvent sur les conseils d'associations de protection de l'enfance) peut faire cette demande. Il n'y a pas d'âge limite pour qu'un enfant puisse effectuer cette démarche, mais il doit être suffisamment mature pour pouvoir l'expliquer. Il peut se rendre à l'astreinte des avocats d'enfants au TGI en étant éventuellement accompagné (par un éducateur, une assistante sociale) ou écrire directement au bâtonnier (courrier ou mail *via* le site de l'Ordre des avocats). Le fait que l'enfant doive donner lui-même mandat à l'avocat pour le représenter pose la difficulté pour les enfants très jeunes ou en situation de handicap d'avoir un avocat d'enfant si le juge ne décide pas d'en désigner un. Il arrive alors que des associations d'aide aux victimes interviennent aux côtés de l'enfant avec leur avocat ou qu'elles permettent la désignation d'un administrateur ad hoc qui désigne alors un avocat d'enfant.

La demande est effectuée auprès du bâtonnier²⁹⁹ de l'Ordre des avocats (du département où réside l'enfant). L'avocat de l'enfant est alors rémunéré selon l'article 9-1 de la loi sur l'aide juridictionnelle qui lui accorde automatiquement le bénéfice de cette aide.

L'avocat de l'enfant est là pour représenter l'enfant en justice ce qui nécessite qu'il le reçoive dans son cabinet avant toute audition. C'est un temps essentiel dans le lien de confiance qui doit s'établir entre l'enfant et cet avocat, en particulier dans les cas où il n'a pas été choisi, mais désigné par le bâtonnier. L'avocat l'écoute, le conseille, l'informe de ses droits, des conséquences éventuelles de ses choix, échange avec lui sur les différentes possibilités à envisager. Il le représente, c'est-à-dire qu'il porte sa parole devant le juge et qu'il communique l'avis de l'enfant et non le sien.

Tout comme avec des adultes, il est soumis au secret professionnel.

L'avocat doit s'assurer que les droits de l'enfant sont espérés et transmettre tous les éléments au juge qui lui permettront de comprendre la demande de l'enfant. Il est totalement indépendant vis-à-vis des parents, il n'a donc *a priori* aucun contact avec eux.

L'avocat d'enfants a un rôle essentiel dans le parcours judiciaire de l'enfant victime pour assurer une défense de qualité ; pourtant il n'est étonnamment pas systématiquement désigné (sauf les cas d'agression sexuelle ou à défaut de désignation par l'administrateur ad hoc). Si des progrès considérables ont été effectués, il reste indispensable de les poursuivre pour que tout enfant victime, quelle que soit sa situation, puisse bénéficier d'un avocat pour l'assister.

²⁹⁹ Le bâtonnier de l'ordre des avocats est un avocat désigné pour deux ans par ses pairs. Il est chargé en particulier de résoudre les conflits qui peuvent opposer des avocats ou des litiges entre avocats et clients. Il désigne ceux de ses confrères qui doivent être commis d'office notamment dans le cadre de l'aide juridictionnelle.

B – L’administrateur *ad hoc*

Dans l’accompagnement de l’enfant en justice, l’administrateur *ad hoc* a un rôle très spécifique. Il sera ici rappelé l’origine de ce terme, les missions qui lui sont dévolues et les conditions pour être administrateur *ad hoc*

1° - Les origines du terme administrateur *ad hoc*

La locution *ad hoc* signifie en latin « en remplacement de ». Originellement l’ancêtre de l’administrateur *ad hoc* était le « tuteur *ad hoc* » désigné par le Code civil originel de 1804 pour représenter les mineurs dans les procédures de désaveu de paternité quand un père suspectait ne pas être le géniteur de l’enfant. C’est la loi n°64-1230 du 14 décembre 1964 liée à la réforme de l’émancipation, qui introduit le terme d’administrateur *ad hoc* dans un premier temps dans les procédures civiles. Actuellement il peut intervenir dans ce type de situations, mais également au niveau des procédures pénales ou dans le cadre des procédures concernant des mineurs non accompagnés. Ce n’est en effet qu’à partir de l’article 13 de la loi n°98-407 du 10 juillet 1989 que l’administrateur *ad hoc* peut intervenir au niveau des procédures pénales. Et concernant les mineurs isolés, ce n’est que depuis 2002 qu’ils peuvent être désignés (article 17 de la loi n°2002-305).

Son statut n’est pas défini véritablement légalement (loi n° 98-468 du 17 juin 1998 et art. 706-50 et 706-51 du Code de procédure pénale). Il peut s’agir d’une personne physique ou morale qui est chargée par un magistrat de se substituer aux représentants légaux de l’enfant, c’est-à-dire généralement ses parents. Il est donc un acteur de la justice, mais ses missions restent souvent méconnues des professionnels qui le confondent régulièrement avec l’avocat d’enfant. Cette confusion n’est pas anodine et trouve sans doute des explications dans le rôle particulier qu’a l’administrateur *ad hoc* auprès de l’enfant puisqu’il a un rôle au niveau juridique, mais également d’une certaine façon au niveau social au sens où il est au service des enfants pour lesquels il intervient.

2° - Les missions de l’administrateur *ad hoc*

Ses missions sont définies très précisément par l’ordonnance judiciaire de désignation qui fixe son rôle et les limites à son intervention de façon à lui permettre de représenter provisoirement le mineur en justice que ce soit au niveau civil que pénal. L’administrateur *ad hoc* doit « assurer la protection des intérêts du mineur et exercer s’il y a lieu, au nom de celui-

ci les droits reconnus » (art. 706-50 du Code de procédure pénale). Tout mineur « victime de faits commis volontairement à son encontre » peut se voir désigner un administrateur ad hoc ; que l'auteur présumé soit ou non le titulaire de l'autorité parentale. Au niveau des procédures pénales, il est désigné par le procureur de la République ou le juge d'instruction qui est « saisi des faits commis volontairement à l'encontre d'un mineur » (art. 706-50 du Code de Procédure pénale). Il exerce au nom du mineur les droits reconnus à la partie civile. Il doit expliquer à l'enfant les procédures, l'accompagner lors des auditions, des expertises, des enquêtes examens, du procès et des démarches de recouvrement des dommages et intérêts (article 706-53 du Code de procédure pénale). Il doit, tant que possible, rencontrer les parents pour expliquer sa fonction et il fait le lien avec l'avocat de l'enfant. L'ordonnance le désignant peut d'ailleurs lui donner comme mission de choisir un avocat pour l'enfant. Il est habilité à rencontrer tout professionnel intervenant auprès de l'enfant : enseignants, éducateurs d'AEMO, services de placement, thérapeute, etc. Mais le mineur ne peut pas bénéficier d'un administrateur ad hoc pour les procédures liées à des délits non intentionnels. Au niveau des procédures civiles, il représente le mineur pour défendre sa situation devant le tribunal pour enfant (pour les procédures éducatives) ou devant le juge des tutelles (pour des procédures de succession par exemple). Il peut aussi intervenir auprès du mineur dans le cadre des procédures de filiation. Il est désigné par le juge des tutelles (art. 383, 384, 388-2 du Code civil) ou par le juge responsable de l'instance (art. 388-2 du Code civil). Au niveau administratif, l'administrateur *ad hoc* peut exercer au nom du mineur des actions en responsabilité à l'encontre d'une personne mise en cause. Il représente alors le mineur auprès du tribunal administratif. Pour exemple, l'administrateur *ad hoc* a un rôle fondamental auprès des mineurs étrangers isolés en demande d'asile (art. 17 de la loi n° 2002-305 du 4 mars 2002³⁰⁰). Il est ici désigné par le procureur de la République (art. L221-5 et L741-3 du Code de l'Entrée et du Séjour des Étrangers et du Droit d'Asile).

Les désignations d'un administrateur *ad hoc* peuvent donc être effectuées par différents magistrats du procureur de la République, au juge d'instruction, sans oublier le juge des enfants, le juge des tutelles ou le juge aux affaires familiales. La complexité des procédures nécessite un temps conséquent pour que l'administrateur *ad hoc* soit bien informé de la situation et puisse

³⁰⁰ Selon l'article 17 de la loi du 4 mars 2002, un administrateur ad hoc doit être désigné quand le mineur est en zone d'attente ou quand il effectue une demande d'asile en tant que mineur isolé. Dans le cadre de cette mesure l'article 388-2 du Code civil (selon lequel il est désigné quand les intérêts du mineur sont en opposition avec ceux de ses représentants légaux) ne s'applique pas sauf si une mesure de tutelle a été mise en place. Il est désigné par le procureur de la République dès que celui-ci est avisé par les services de la Police aux frontières de la présence d'un mineur isolé ou lorsqu'il est informé d'une demande d'asile par un mineur isolé.

accompagner au mieux le jeune, mais il reste fréquent que les désignations soient tardives et que la temporalité de sa désignation ne soit pas adaptée à l'exercice de ses missions (comme le cas des administrateurs *ad hoc* désigné en pleine audience...)

À la fin de sa mission il doit remettre au juge qui l'a désigné un rapport de fin de mission selon l'article R53-8 du Code de procédure pénale : « dans les trois mois de l'achèvement de sa mission, l'administrateur *ad hoc* transmet à l'autorité qui l'a désigné un rapport dans lequel sont détaillées les démarches effectuées pour l'exercice de la mission définie à l'article 706-50, et précisées, le cas échéant, les formalités accomplies en vue du placement des sommes perçues par le mineur à l'occasion de la procédure. » Et art. 111-19 du CESEDA « Dans le mois de l'achèvement de chaque mission, l'administrateur *ad hoc* transmet au procureur de la République un rapport détaillant les démarches effectuées et, le cas échéant, aux fins d'assurer au mieux sa protection, les éléments d'information recueillis sur le mineur. »

Un tel accompagnement nécessite une formation juridique et psychologique indispensable pour accompagner au mieux les enfants victimes. En pratique, ce n'est pas toujours le cas et certaines associations, qui ont des mandats en tant qu'administrateur *ad hoc*, reconnaissent toute la difficulté d'intervenir, surtout lorsqu'ils sont mandatés tardivement dans une procédure.

3° - Les conditions pour être administrateur *ad hoc*

Les administrateurs *ad hoc* sont des personnes morales ou physiques c'est-à-dire qu'ils peuvent intervenir à titre individuel ou au nom d'une structure (association, conseil départemental) à partir du moment où ils démontrent un intérêt particulier pour la cause des mineurs. Ils sont inscrits pour une durée de quatre ans, renouvelables³⁰¹, sur une liste près la Cour d'appel après avoir fait œuvre de candidature ; les candidatures sont validées par le procureur de la République du lieu où réside le postulant. L'administrateur *ad hoc* doit avoir plus de trente ans et moins de soixante-dix ans. Il ne doit pas avoir de casier judiciaire ni fait l'objet de condamnation pénale ou disciplinaire pour des faits contraires à l'honneur, aux mœurs ou à la probité ni avoir subi une faillite personnelle. Il peut être désigné par le procureur de la République (loi du 17 juin 1998), par le juge d'instruction, par le juge des tutelles, par le juge des enfants, par la juridiction de jugement. Depuis la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la Protection de l'enfance, le législateur a précisé qu'il devait exister une condition

³⁰¹ « Il est dressé tous les quatre ans, dans le ressort de chaque cour d'appel, une liste sur laquelle sont inscrits les administrateurs *ad hoc*. Elle peut faire l'objet, en tant que de besoin, de mises à jour annuelles. » (art. R53 du Code de procédure pénale)

d'indépendance entre l'administrateur *ad hoc* et le mineur qui lui est confié (pour éviter en particulier les situations où un éducateur d'AEMO se trouvait aussi désigné comme administrateur *ad hoc* du même jeune.) Chaque Cour d'appel a sa liste spécifique d'administrateurs *ad hoc* en particulier pour l'accompagnement des mineurs isolés,³⁰² mais le nombre d'administrateurs *ad hoc* par départements varient très fortement³⁰³.

Historiquement les administrateurs *ad hoc* étaient bénévoles. Ils ont désormais une indemnisation forfaitaire avec trois niveaux de tarification en fonction de la complexité de la procédure et de la nature de la mission qui leur est fixée par le magistrat. Leurs missions se complexifient toujours un peu plus avec des durées d'interventions proportionnelles à celles des procédures ce qui conduira probablement à une professionnalisation inévitable de cette fonction. Le manque de reconnaissance de l'importance de leur statut, le peu de moyens, les indemnisations trop faibles et l'absence de formation, sont autant de facteurs qui participent aux difficultés rencontrées sur le terrain.

³⁰² « Il est dressé tous les quatre ans, dans le ressort de chaque cour d'appel, une liste des administrateurs *ad hoc* désignés pour la représentation des mineurs maintenus en zone d'attente ou demandeurs du statut de réfugié en application des dispositions des articles L. 221-5 et L. 741-3. Cette liste peut, en tant que de besoin, faire l'objet de mises à jour. » (article R111-13 du Code de l'Entrée et du Séjour des Étrangers et du Droit d'Asile (CESEDA).

³⁰³ Selon une étude réalisée en 2018 par l'UNAF il y aurait un peu plus de 300 AAH en France avec des écarts considérables d'un département à l'autre. Pour exemple en Gironde il y aurait 13 AAH, mais aucun dans la Somme ou en Hautes-Marne.https://www.cnape.fr/documents/apradis_etude-unaf_administrateurs-ad-hoc-2018/

Section 3 - Les modes de déclenchement de la protection judiciaire

Quand une procédure judiciaire est envisagée différents points sont essentiels à connaître. D'une part la façon dont la procédure pénale peut être déclenchée, d'autre part la façon dont une procédure pénale peut être déclenchée.

§ 1 : Le déclenchement de la procédure pénale

En matière de protection des mineurs et des sujets âgés maltraités, les procédures sont multiples et doivent aussi être connues par les professionnels pour comprendre où en est la personne prise en charge (par exemple y a-t-il déjà eu des signalements, une évaluation d'information préoccupante a-t-elle lieu en même temps qu'une enquête pénale, etc.). Sans cette connaissance le risque est là aussi celui d'erreurs dans les démarches ou d'inertie, le professionnel étant convaincu que d'autres se sont chargés de faire le nécessaire.

A – Le signalement

Il concerne des situations de danger pour les majeurs vulnérables et les enfants victimes d'infractions, dont des crimes, des faits de maltraitances et de disparition. Il reste pour beaucoup de professionnels de santé synonyme d'écrit adressé aux autorités, sans qu'il soit toujours très clair qu'il s'agisse d'autorités judiciaires ou administratives. Pourtant depuis 2007, le législateur a bien précisé que ce terme relevait désormais exclusivement des démarches judiciaires. Il concerne les mineurs comme tout adulte vulnérable considéré en danger. Les professionnels ne sont pas là pour faire des auditions, des confrontations³⁰⁴ voire des perquisitions³⁰⁵, ce qui relève des missions des enquêteurs, mais ce qu'ils oublient régulièrement. Ils doivent transmettre leurs inquiétudes sur une situation de danger en se basant sur des faits observés ou / et sur ce que leur dit la victime ; avec une précision fondamentale : ils doivent relayer, en le précisant bien, la réalité de la victime, et cette réalité n'est pas nécessairement la vérité. Par exemple un enfant qui explique avoir été agressé « souvent » ne l'a peut-être été qu'une seule fois, mais la violence de l'impact traumatique de l'agression est

³⁰⁴ Pour exemple cette psychologue scolaire convoquant un père et en présence de sa petite fille lui disant : « votre fille nous a expliqué que vous veniez la nuit dans sa chambre pour l'obliger à des fellations. Est-ce vrai ou mentelle ? »... difficile d'imaginer la suite sereinement...

³⁰⁵ Pour exemple ce psychologue d'un foyer ayant été fouillé dans la chambre d'un adolescent mis en cause dans des agressions sexuelles « à la recherche de preuves, pour ne pas signaler dans le vide, sans éléments de certitude ».

telle qu'il utilise ce terme pour signifier son ressenti et sa crainte que les faits ne se renouvellent. S'il est jeune il n'a en plus pas notion de ce que représente cette expression et peut juste l'utiliser en réponse à une question suggestive d'un enquêteur (« ça s'est passé souvent ? »). Si les enquêteurs ne se mettent pas à hauteur d'enfants, ils concluront qu'il a menti si l'auteur n'a agi qu'une unique fois. Autre exemple des enfants qui avaient décrit des viols par une « baguette de pain » ne parlait pas de l'aliment, mais d'un ustensile de dînette de jouets d'enfants. Cela n'ayant pas été repris par les enquêteurs, au moment du procès les avocats des mis en cause ont largement utilisé cet exemple pour disqualifier la parole des enfants victimes.³⁰⁶ De même une personne âgée vulnérable peut dire que les maltraitements physiques qu'elle subit sont « tous les jours », car elle n'a plus une notion précise du temps et que l'enquête permettra de constater que le mis en cause ne travaillait pas « tous les jours ».

Il s'agit de situation d'URGENCE en raison des répercussions graves sur l'état de santé physique, psychique et affectif du mineur ou de tout adulte évalué « **en danger** », le signalement se fait immédiatement auprès du procureur de la République qui peut ordonner une hospitalisation, un placement provisoire, saisir un Juge des enfants. Selon l'article 375 du Code civil, la compétence du juge des enfants est subordonnée à l'existence d'un danger pour « la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé » ou au fait « que les conditions de son éducation et de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ». Le recours à l'autorité judiciaire, par l'intermédiaire du procureur de la République et du juge des enfants, n'est envisageable que lorsque l'intervention du service de l'Aide sociale à l'enfance a été dans l'impossibilité de faire cesser l'état de danger dans lequel se trouve l'enfant ou lorsque lorsqu'elle s'est heurtée à l'opposition des représentants légaux de l'enfant (Art. L. 226-4. CASF). Les proches sont avertis sauf dans le cas de l'intérêt supérieur de l'enfant (loi de mars 2007) en particulier si cela risque d'entraîner la disparition de preuves, des pressions voire un danger supplémentaire sur l'enfant et sa rétractation. Le procureur de la République est censé informer le Président du Conseil départemental de tout signalement quand il concerne un mineur. Aucun texte législatif ne précise le contenu du signalement. En cette absence cet écrit peut être organisé comme l'IP en différentes parties : le contexte, l'état général, les troubles constatés et leur topographie, le niveau de dépendance, ce que peut dire la personne de la situation, l'évolution constatée depuis plusieurs mois, les antécédents, les

³⁰⁶ GRYSON-DEJEHANSART M.C., *Outreau, la vérité abusée*, Paris, éd. Hugo & Co, 2009.

ressources psychologiques, familiales et sociales connues ou non, le comportement de l'entourage et ses explications quant aux troubles présentés par la personne âgée (cf. annexe 1).

Il n'est pas rare que des professionnels voient et revoient un mineur ou une personne âgée pour laquelle une suspicion de maltraitance est faite, de multiples fois avant de la signaler. C'est d'ailleurs souvent cette récurrence dans la prise en charge qui finit par alerter les intervenants. Certains n'osent pas signaler par crainte de se voir reprocher de ne pas l'avoir fait plus tôt, pourtant ils le peuvent tout comme il leur est possible d'indiquer dans leur signalement tout le processus d'évaluation (qui prend du temps) et qui explique le délai à signaler. Dans d'autres cas, les professionnels ont vu leur signalement classé et considèrent qu'ils ne serviraient à rien de relancer une nouvelle alerte auprès des autorités. C'est pourtant bien souvent l'accumulation de signalements qui conduit un magistrat à comprendre la gravité de la situation et à engager des mesures de protection. L'analyse des écrits des signalements permet de se rendre compte que certaines fois les professionnels ont pensé être clairs, mais que le contenu de ce qu'ils écrivaient ne l'était pas forcément pour un magistrat. Il n'est pas rare, par exemple, qu'un signalement « fourre-tout » (pour reprendre l'expression d'un magistrat), soit en fait un écrit co-signé de différents intervenants (médecin, psychologue, assistante sociale) avec une sorte de nivelage de la situation avec un contexte qui perd toute son intensité, car on ne sait plus qui écrit quoi ; alors que si le médecin faisait sa page de signalement avec des données médicales, le psychologue la sienne avec des données (claires) sur le développement psychologique et les troubles constatés, l'assistant social sur les éléments sociaux, le magistrat aurait bien plus d'éléments pour décider des suites à donner.

Les professionnels peuvent toujours signaler à nouveau une situation même si celle-ci a fait l'objet d'un classement sans suite. Et si les faits sont prescrits, mais que le mis en cause est en contact avec d'autres potentielles victimes, un signalement peut tout à fait être adressé au procureur de la République avec ces éléments.

Enfin, les professionnels se représentent souvent les magistrats comme des personnes inatteignables. Or il est tout à fait possible de les contacter, voire de les rencontrer en particulier dans les tribunaux de province où ils sont moins nombreux. Se parler, échanger sur des situations et des décisions restées incomprises, permet d'apprendre à comprendre la culture de l'autre et limite les incompréhensions qui au final desservent la victime.

Spécificités d'un signalement judiciaire

Public concerné : mineurs et adultes en danger

La personne à contacter : est le procureur de la République du lieu de vie de l'enfant.

Le mode de contact est comme pour l'IP est écrit. « Le signalement est un acte professionnel écrit présentant, après évaluation, la situation d'un enfant en danger qui nécessite une protection judiciaire. » Il est le plus souvent faxé et un double de cet écrit est à conserver dans le dossier de l'enfant tout en s'assurant que l'original est bien arrivé au Parquet. Si d'autres magistrats interviennent déjà (juge des enfants, juge des tutelles, juge d'instruction...) il peut leur être envoyé une copie du signalement pour information.

Les suites du signalement vont dépendre de l'évaluation faite par le Parquet : classement sans suite, saisine de la CRIP pour une évaluation, saisine d'un juge des enfants, saisine d'un juge d'instruction, poursuites du ou des mis en cause en comparution immédiate.

Le travail en réseau est indispensable. Il nécessite d'informer les professionnels à l'origine du signalement des suites données. Alerte en parallèle de la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) et du médecin référent du Conseil départemental. Le procureur de la République doit quant à lui informer le Président du Conseil départemental de ce signalement. Tout professionnel peut aussi saisir, à toute heure, le procureur de la République de permanence, en particulier aux heures où la CRIP est fermée. C'est une démarche souvent effectuée par les services d'urgences quand, face à une situation de suspicion de maltraitance, les soignants ne savent pas s'ils doivent ou non signaler ou rédiger une IP.

§ 2 : Le déclenchement de la procédure civile pour protéger le mineur victime

La protection civile des mineurs est organisée par le juge des enfants. Il peut être saisi pour prendre une mesure d'assistance éducative quand les détenteurs de l'autorité parentale n'assurent plus leurs devoirs et mettent en danger leur enfant. L'article 371-1 du Code civil rappelle que les détenteurs de l'autorité parentale sont chargés « jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant » de « le protéger dans sa sécurité, sa santé ou sa moralité ». La santé est considérée comme un critère essentiel par le législateur (art. 375 du Code civil) et si elle est en danger, cela légitime l'intervention d'un juge des enfants. L'assistance éducative est conçue dans l'intérêt de l'enfant, mais les mesures fixées par le juge s'adressent avant tout aux parents qui doivent comprendre son sens pour qu'elle puisse être efficace. Elle est censée être une aide aux familles pour l'exercice de la mission de protection et d'éducation dans le cadre d'un système de protection administrative de l'enfance et le juge n'est pas là pour se substituer aux parents doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement.

Elle peut par exemple être décidée par un juge si les détenteurs de l'autorité parentale n'effectuent pas les soins nécessaires ou s'opposent à des prises en charge thérapeutiques décidées dans l'intérêt de l'enfant³⁰⁷. Elle est instaurée pour une durée déterminée par un juge des enfants « si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger ou « si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises »³⁰⁸ Le danger peut être lié à des conditions multiples (psychologiques, matérielles, physiques). Selon certains, « issue d'un régime d'ordonnances, expéditive dans ses procédures, tenant les avocats à distance, elle faisait aisément figure d'innovation autoritaire. »³⁰⁹ Le mineur ne peut pas consulter son dossier s'il n'a pas le discernement nécessaire et quand c'est le cas, il ne peut le faire que dans le cadre fixé par le juge (jour, heure, personne accompagnant).

Le juge des enfants peut être saisi directement par les parents (ou l'un d'entre eux), par des professionnels, voire par le mineur lui-même. Le Parquet peut également saisir directement

³⁰⁷ GEBLER L., Le juge des enfants et la santé du mineur in Dossier santé et protection de l'enfant : Protection de l'enfance et secret professionnel, *AJ fam.*, 2015.

³⁰⁸ Art. 375 et suivants du Code civil.

³⁰⁹ CARBONNIER J., *Essais sur les lois*, Paris, éd. Defrénois, 1995, 2^e éd., p. 83.

un juge des enfants ce qui est par exemple souvent le cas dans les situations de violences conjugales.

Chapitre 2 : Les connaissances nécessaires au niveau administratif

Si, pour bien protéger des personnes vulnérables des connaissances sont indispensables au niveau du fonctionnement juridique, les professionnels de santé devraient également être suffisamment informés quant aux démarches possibles au niveau de l'alerte à donner et des moyens pour la mettre en place.

Section 1 - Les modalités d'action du professionnel

Différentes modalités d'action peuvent être envisagées par le professionnel selon les situations et le type de victimes (mineurs, personnes âgées vulnérables).

§ 1 : Les sollicitations anonymes

En France, appeler de manière anonyme reste une démarche connotée très négativement en raison de l'histoire de notre pays durant la Seconde Guerre mondiale. Elle est bien davantage associée à une délation qu'à une démarche d'aide et pourtant le fait de parler à des professionnels inconnus, qui n'ont pas à gérer directement la situation est bien souvent fort utile dans l'aide à la décision. Il existe actuellement deux principales plateformes téléphoniques financées par l'État, sans parler de tous les numéros d'associations pouvant exister aussi bien pour les mineurs que pour les personnes âgées vulnérables.

1° - Les appels téléphoniques

Ils ne sont pas nécessairement anonymes et ces numéros peuvent être utilisés par toute personne (victime, proche, témoins, professionnels) qui peut laisser ses coordonnées. Mais concernant les appels des professionnels, ils sont le plus souvent réalisés sous couvert d'anonymat par crainte de représailles diverses (des personnes mises en cause, de la victime, de leur institution). Deux numéros verts (gratuits) existent pour les victimes concernées par cette étude. L'un pour les mineurs (119), l'autre pour les personnes âgées vulnérables (3977).

a) Le 119

Il s'agit d'une plate-forme nationale d'écoute qui est le numéro d'appel pour les mineurs. Le 119, communément désigné initialement par « Allô Enfance Maltraitée » puis après la loi du 5 mars 2007 par « Allô Enfance en danger », est géré par le SNATED – Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger est une plateforme téléphonique gratuite pouvant être contactée par les mineurs comme par tout adulte inquiet de la situation d'un enfant ou d'un adolescent.

Le 119 a été créé par les parlementaires par la loi du 10 juillet 1989 et depuis 2003 il a acquis le statut de numéro d'urgence comme le 15, le 17, le 18, le 112 ce qui permet d'en faire un numéro gratuit y compris des téléphones mobiles. C'est une structure juridique qui est celle d'un groupement d'intérêt public, financé à parts égales entre les départements et l'État.

Le 119 est composé de 45 écoutants, tous professionnels de l'enfance, formés à la technique particulière de l'écoute téléphonique. De nombreux professionnels utilisent ce vecteur lorsqu'ils se trouvent dans le doute ou dans une situation qui ne leur permet pas de signaler (par exemple dans les cas de pressions institutionnelles).

b) – Appel au 3977

Comme pour les mineurs, l'État a mis en place une plate-forme d'appel pour les personnes âgées vulnérables et les personnes en situation de handicap depuis février 2008. Le système a été profondément rénové depuis 2014 avec une gouvernance et direction unique et la mise en place de tout un réseau de proximité principalement animé par les associations du réseau ALMA ; réseau qui couvre actuellement 82 départements dont trois en outre-mer. Elle permet de recevoir des appels de personnes directement concernées, de proches comme de professionnels confrontés à des situations de maltraitance ou de risque de maltraitance.

Là aussi l'appelant peut rester anonyme. Les situations révélées concernent surtout des cas de maltraitements au domicile (83 %) et des personnes qui ont majoritairement plus de 80 ans. Les appelants qui donnent leur identité sont à plus de 83 % des particuliers et dans 20 % des cas il s'agit des victimes elles-mêmes³¹⁰.

³¹⁰<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/maltraitance-des-personnes-vulnerables/article/le-3977>

2° Les écrits anonymes

Il n'existe aucune statistique officielle à ce sujet, mais nombre de situations sont transmises via des écrits anonymes adressés aux responsables d'institution, aux magistrats, à la cellule de recueil d'informations préoccupantes, aux établissements scolaires. Pour certains professionnels, des proches voire même des victimes qui ne voudraient pas porter plainte, ces écrits sont des façons d'alerter sans trop s'exposer (même si bien souvent leur identité finit par être retrouvée si une enquête est ordonnée).

§ 2 : Les hospitalisations

Quand un professionnel fait l'hypothèse qu'une personne est en danger, il peut signaler d'emblée ou décider au préalable d'autres actions, comme une hospitalisation, pour s'assurer des faits, réfléchir en équipe et pouvoir rédiger si nécessaire un signalement plus complet. L'hospitalisation peut être libre (c'est l'idéal pour travailler en confiance avec la personne concernée) ou contrainte par une ordonnance de placement provisoire s'il s'agit d'un mineur ou une hospitalisation d'office pour une personne âgée vulnérable ; mesures décidées par un magistrat dans les cas où les proches s'opposent aux soins.

A – Les hospitalisations des mineurs

Décider de son hospitalisation pourrait paraître simple, mais dans la réalité, selon la situation de l'enfant (parents séparés ou non, enfant placé) il arrive bien souvent que les décisions relatives à la santé de l'enfant relèvent d'acteurs différents dont les intérêts ne sont pas toujours complémentaires. Le cas des enfants placés (dont les parents ne sont pas décédés de l'autorité parentale) et hospitalisés est à ce sujet-là un parfait exemple des difficultés pour les soignants. Sauf urgence vitale³¹¹, si le juge n'a pas précisé dans son ordonnance de placement qu'il délèguait au service gardien la question des soins courants, aucune intervention médicale et aucun soin non urgent ne peut se faire sans l'aval du parent. Autre situation si un jeune de treize ans doit se faire opérer des dents de sagesse, que ses parents sont séparés depuis dix ans et que sa mère n'a plus aucune nouvelle du père depuis, la majorité des anesthésistes refuseront d'intervenir sans la signature d'accord des deux parents. Ce qui fait que le jeune reste sans

³¹¹ Art. 27 et 28 du décret n° 74-27 du 14 janvier 1974 devenus les articles R.1112-34 et R. 1112-35 du Code de la santé publique

opération possible jusqu'à sa majorité sauf si sa mère engage des démarches judiciaires pour obtenir l'autorisation du juge et une délégation partielle de l'autorité parentale (ce que très peu de parents font compte tenu du coût des procédures, des délais et des craintes de réactivations de tensions voire de conflit avec l'autre parent).

Si le médecin considère que la situation de l'enfant relève d'une urgence vitale, il n'a pas besoin de l'autorisation des parents pour effectuer les soins et porter secours (exemple d'une jeune présentant une anorexie morbide et hospitalisée suite à un malaise au collège dont les parents exigeaient la sortie ou celui d'un enfant témoin de Jéhovah devant être perfusé suite à un accident, mais dont les parents s'opposent à la transfusion). Le Code de déontologie médicale rappelle que pour les mineurs le médecin « doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible ». Le texte ne dit pas « le médecin peut », mais fixe de façon impérative (« il doit ») son intervention en cas de danger vital.

Le législateur a prévu dans la loi du 4 mars 2016 relative à la protection de l'enfant une disposition créant dans chaque département un médecin référent (art. L.221-2 du CASF) pour la protection de l'enfance qui doit obligatoirement être désigné au sein d'un service du département (souvent la PMI). L'objectif de la désignation de ce médecin était de faciliter les coordinations en particulier avec les professionnels libéraux, mais cela est encore loin d'être opérationnel dans tous les départements. Ce médecin a trois missions essentielles (fixées par le décret du 7 novembre 2016) :

1. Contribuer au repérage des enfants en danger ou en risque de l'être, à l'information sur les conduites à tenir dans ces situations, ainsi qu'à une meilleure prise en compte de la santé physique et psychique des enfants accompagnés par l'aide sociale à l'enfance (ASE).
2. Contribuer à l'articulation entre les services départementaux intervenant dans le dispositif de protection de l'enfance, notamment le service de PMI et la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, ainsi qu'entre les services départementaux et les médecins libéraux, hospitaliers et de santé scolaire du département.
3. Contribuer à l'acquisition de connaissances partagées sur la protection de l'enfance entre les différents acteurs visés à l'alinéa précédent.

1° - Les hospitalisations

L'hospitalisation d'un mineur peut être envisagée quand une maltraitance est suspectée. Elle permet de faire une évaluation complète et peut s'organiser dans le cadre d'une hospitalisation libre ou sous contrainte si les détenteurs de l'autorité parentale s'y opposent.

a) Hospitalisation libre

Hospitaliser un mineur est envisagé quand son état nécessite des soins. L'hospitalisation d'un mineur n'est pas similaire à celle d'un majeur. Soigner un enfant, relève des obligations civiles des détenteurs de l'autorité parentale. L'hospitalisation est dite libre si les représentants de l'autorité parentale sont d'accord avec cette proposition. En cas de désaccord entre parents au sujet des soins à effectuer, c'est le juge aux affaires familiales qui statue (art. L. 3211-10 du CSP). Concernant les personnes âgées pour lesquels une suspicion de maltraitance est faite, s'ils ne sont pas déjà protégés (curatelle ou tutelle), ils sont libres d'accepter ou non une hospitalisation, mais bien souvent quand les proches sont mis en cause, ils font pression pour l'éviter. L'objectif est de protéger le mineur comme la personne âgée, de limiter les conséquences délétères sur son développement et sa santé des violences subies. Différents examens sont habituellement effectués avec l'idée d'un bilan médical général (radios, analyses sanguines, évolution staturo-pondérale pour les enfants, hospitalisations précédentes, accidents et maladies antérieures, état général en particulier au niveau de l'hygiène et de la nutrition, compliance à l'hospitalisation et réactions des proches à celle-ci. Les équipes évaluent également l'intensité du retentissement somatique et psychique et mettent en place généralement une évaluation familiale sociale. Celle-ci vise à analyser la qualité des liens entre l'enfant ou la personne âgée et chacun de ses proches (parents, fratrie ou enfants selon qu'il s'agisse d'un mineur ou d'une personne âgée); difficultés financières ou non; difficultés éducatives ou non, pathologies addictives ou psychiatriques dans l'entourage...

À l'issue de cette évaluation plurielle, une décision collégiale est prise sur les suites ou non de l'hospitalisation. Cela peut être : le diagnostic d'une pathologie médicale expliquant les troubles, sans lien avec une maltraitance : par exemple l'ostéogenèse imparfaite (vulgairement appelée « maladie des os de verre »). Un suivi est proposé avec un nouveau bilan (dans l'idéal dans le trimestre suivant). Il peut également n'y avoir aucune inquiétude actuelle sur une possible maltraitance, mais il est souvent proposé un suivi médical et un nouveau bilan (dans l'idéal dans le trimestre suivant). Enfin il peut s'agir d'une situation où il n'y a pas d'urgence, mais une inquiétude confirmée sur une situation de risque : rédaction d'une Information préoccupante au Président du Conseil Départemental via la CRIP s'il s'agit d'un mineur. Si

l'inquiétude porte sur une personne âgée les professionnels de santé n'ont pas ce niveau de sollicitation administrative et ne peuvent que saisir le procureur de la République, avec un signalement auprès du Directeur de l'Agence Régionale de Santé si la personne était prise en charge dans un service de gérontologie ou un établissement spécialisé type EHPAD conformément aux recommandations du CNBD - Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées (créé en février 2013).

- Une situation d'urgence et inquiétude confirmée sur une situation de danger : rédaction d'un signalement judiciaire au procureur de la République avec éventuellement demande d'un maintien de l'hospitalisation via une OPP (articles L375-3 et 375-9 du Code civil, Loi du 27/9/13 modifiant la loi n° 2011-803 du 5/7/11 relative aux droits et à la protection des personnes)

b) Hospitalisation sous contrainte

Quand il s'agit d'un mineur et que les représentants de l'autorité parentale s'opposent à une hospitalisation (par exemple parents maltraitants, des témoins de Jehova, des parents dans le déni de la pathologie de leur enfant comme dans les cas d'un adolescent diabétique refusant son traitement avec la caution de ses parents) plusieurs situations sont possibles. Les médecins peuvent demander une hospitalisation sous contrainte via un signalement au Parquet conduisant à une hospitalisation dans le cadre d'une OPP - Ordonnance de Placement provisoire, qui ne peut excéder quinze jours ; durée renouvelable (art. 375-5 et 375-8 du Code civil). Elle constitue chez les mineurs, un mode spécifique d'hospitalisation sous contrainte en dehors du cadre des dispositions générales de l'hospitalisation sans consentement prévu par la loi du 27 juin 1990. C'est le juge qui fixe les modalités de droit de visite et de correspondance des détenteurs de l'autorité parentale (art. 375-7 du Code civil) et il lui est essentiel d'avoir le maximum d'élément pour statuer. La sortie est prononcée sur avis médical. Le juge des enfants est avisé de la sortie.

Certaines situations médicales peuvent placer le juge dans des situations délicates quand par exemple les médecins considèrent que l'état de l'enfant ou de la personne âgée nécessite un suivi, mais que les parents ont un avis contraire (cas d'enfants atteints de cancer et dont les parents ne veulent plus d'acharnement thérapeutique ; situation d'enfant avec une cécité probable (mais non certaine) s'il n'est pas opéré mais parents s'opposant au risque d'une opération chez leur enfant déjà très fragile. Différentes mesures sont alors possibles. Pour les situations extrêmes, il est possible de demander une mesure de SDRE (Soins sur Décision du Représentant de l'État (article L. 3211-10 du CSP). Cette mesure est ordonnée par le procureur

de la République ou du juge des enfants quand la santé ou l'intégrité corporelle d'un mineur ou d'un majeur est en danger. Les titulaires de l'autorité parentale n'ont plus aucune autorité quant aux soins effectués (art. L. 3213-1 et suivants du CSP). C'est le JLD (juge des libertés et de la détention) qui contrôle cette mesure avec convocation des détenteurs de l'autorité parentale et du mineur quand il s'agit d'un enfant hospitalisé. Comme pour l'OPP les détenteurs de l'autorité parentale continuent à exercer les attributs de l'autorité parentale qui ne sont pas inconciliables avec cette mesure. La mesure de SDRE est ordonnée selon les dispositions de droit commun (pour un mois, puis trois mois, puis tous les six mois, sur décision du préfet, après avis médical). Dans les 72 heures qui suivent l'admission, un nouveau certificat doit être établi par un autre médecin. Tous les patients admis en soins sans consentement bénéficient d'un passage devant le juge des libertés et de la détention (JLD) et peuvent demander l'accès à leur dossier médical qu'ils peuvent consulter directement ou par l'intermédiaire d'un médecin.

La sortie d'hospitalisation ne peut avoir lieu que sur décision du représentant de l'État, après avis médical. Le JLD peut être saisi, à tout moment, par les titulaires de l'autorité parentale, par le tuteur ou toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt de l'enfant, afin d'obtenir la levée de la mesure.

Une mesure moins contraignante peut être proposée pour les personnes âgées supposées victimes de maltraitance, mais elle nécessite l'accord d'un tiers, ce qui est loin d'être envisageable quand il y a des violences intrafamiliales. Mais le tiers peut être un ami ou un autre proche, ce qui laisse les médecins en possibilité d'envisager cette mesure de SDT – Soins à la Demande d'un Tiers ((art. L.3213-1 et suivants du CSP, art. D 398 du Code de procédure pénale, arrêté du 20 juillet 2010). Le tiers doit remplir une demande entièrement manuscrite. Il doit également fournir deux certificats médicaux : le premier certificat doit être établi par un médecin qui n'exerce pas dans l'établissement hospitalier d'accueil. Le second certificat peut être établi par un médecin qui travaille dans l'établissement d'accueil sans être nécessairement un psychiatre. Ce second médecin est indépendant et n'est pas lié avec les conclusions du premier certificat. Il doit rédiger son certificat, après examen clinique, en toute indépendance.

Il existe un cas particulier si le mineur ou le sujet âgé est détenu et que leur état nécessite une hospitalisation. Celle-ci peut alors être ordonnée par le juge (art. L. 3214-1 du CSP) au sein d'un service adapté d'un établissement de santé habilité.

Dans le cadre de son rapport de 2015 sur les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale, le Contrôleur Général des lieux de privation de liberté a rappelé combien la question de l'hospitalisation des mineurs était délicate non seulement en raison de

leur statut, mais aussi du fait de la place des représentants légaux dans toutes ces procédures. Le rapport pointe le fait que « L'administration hospitalière elle-même ne semble pas toujours au fait des règles relatives à l'autorité parentale et mesure mal l'incidence du placement sur les procédures d'admission, sur la place des parents dans la prise en charge, sur les droits des mineurs ». Les modalités d'admission des mineurs en particulier dans le cadre de soins sans consentement restent trop souvent sans protocole spécifique, raison pour laquelle différentes recommandations ont été établies.³¹²

B – Les hospitalisations des personnes âgées vulnérables

En dehors de tout contexte de maltraitance, l'hospitalisation d'une personne âgée est toujours une épreuve à haut risque qui peut, très rapidement conduire à une dégradation de l'état physique et psychique de la personne âgée qui n'a plus ses repères à un âge où ceux-ci sont essentiels (repères spatiaux, temporels, alimentaires...) Les fonctions cognitives des personnes âgées risqueraient de décliner deux fois plus rapidement après une hospitalisation longue³¹³. Selon la HAS³¹⁴ en France, les personnes âgées de 70 ans et plus représentent 29 % des séjours hospitaliers en services de soins aigus et nécessitent une attention toute particulière pour limiter les conséquences de la perte d'autonomie liée à l'hospitalisation, car un grand nombre d'actes quotidiens se trouve réalisés avec l'aide d'agents hospitaliers (se laver, s'habiller, marcher, manger).

Quand l'hospitalisation est décidée dans un contexte de suspicion de maltraitance l'objectif est d'avoir du temps pour évaluer la situation, mais les soignants doivent prendre en considération ce facteur connu du risque de régression en cas d'hospitalisation durable. Si la maltraitance est intrafamiliale, ce qui est le plus souvent le cas, les professionnels ne peuvent pas compter sur les tiers pour stimuler la personne âgée alors que ceux-ci sont en dehors de ces contextes des relais précieux. La personne âgée peut se sentir abandonnée, culpabiliser, bien plus que de comprendre que cette hospitalisation est faite pour la protéger. L'attention à lui porter est donc essentielle, tout comme pour un enfant, mais les soignants ont encore peu conscience de cette importance.

³¹² http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2017/11/Rapport-droits-des-mineurs-en-%C3%A9tablissement-de-sant%C3%A9-mentale_DP.pdf

³¹³ Étude de WILSON R., revue *Neurology*, 2012 menée auprès de 1970 personnes âgées de plus de 65 ans vivant à Chicago.

³¹⁴ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801383/fr/limiter-la-perte-d-autonomie-des-personnes-agees-hospitalisees

Les conditions d'hospitalisations sous contraintes ou en hospitalisation libre sont les mêmes que pour tout adulte. La différence avec les mineurs est qu'il n'existe pas « d'OPP ».

Une autre spécificité est que si la personne âgée bénéficie d'une allocation personnalisée d'autonomie (APA) avec intervention de professionnels à domicile, celle-ci est suspendue le temps de l'hospitalisation et peut tarder à être remise en place à la sortie, faute de personnels.

Lors du retour à domicile les personnes âgées vulnérables peuvent bénéficier en dehors de l'APA d'un Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD) selon son état. S'il y a besoin de soins infirmier, ce dispositif peut être sollicité avec une prise en charge des soins par l'assurance maladie et les mutuelles (loi n°2015-1776 du 85 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement³¹⁵).

§ 3 : Les certificats médicaux

Le certificat médical est un écrit considérable dans une procédure et participe aux décisions qui peuvent être prises, raison pour laquelle nous lui consacrons une partie, car il intervient à différents niveaux : en lien avec un signalement pour établir pour toute victime un constat précis des lésions constatées, mais aussi spécifiquement pour les personnes âgées vulnérables.

Désormais toute demande d'ouverture d'une mesure de protection ou son renforcement nécessite, sous peine d'irrecevabilité, un certificat médical circonstancié rédigé par un médecin agréé sur la liste établie par le procureur de la République (art.431). L'avis du Préfet n'est plus requis et le médecin n'est plus désigné comme dans la loi de 1968 par le terme de « médecin spécialiste ». Le procureur de la République peut retenir toute candidature de médecin qui justifie par ses diplômes, expériences professionnelles et formations complémentaires sa compétence à l'égard de l'évaluation des personnes vulnérables. Ce médecin est dégagé du secret médical (art. 431-1). L'avis du médecin traitant peut être demandé, mais cela n'est plus une obligation. L'avis médical qui est demandé se trouve en fait à la croisée entre une attestation (si la demande vient de la personne) et une expertise (si la demande émane du juge) et cette imprécision expliquent sans doute que bien des psychiatres traitants refusent de rédiger ce type de document pour leurs patients en faisant valoir l'article R.4127-105 du Code de déontologie médicale (« nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade »). Pourtant cette position de médecin

³¹⁵ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731>

certificateur, qui connaît bien son patient éviterait des évaluations faites rapidement et ne pouvant relever toute la complexité de la pathologie du patient et inscrire la mesure de protection éventuelle dans une démarche constructive de projet thérapeutique pour la personne vulnérable.

Le certificat doit être circonstancié (art. 431) avec différents éléments à évaluer (art.1219 du Code de procédure civile) : la description précise de l'altération des facultés du majeur vulnérable à protéger ou protégé et de nature) empêcher l'expression de sa volonté (art.425) ; la transmission de tout élément d'information sur l'évolution prévisible de cette altération ; la décision sur les conséquences de cette altération dans le quotidien de la personne, sur la nécessité d'une assistance ou d'une représentation de celles-ci dans les actes de la vie civile tant patrimoniaux que personnels ; les éléments sur les conséquences de cette altération sur l'exercice de son droit de vote ; la précision sur le fait que l'audition du majeur vulnérable est de nature ou non, à porter atteinte à sa santé ou si celui-ci est hors d'état d'exprimer sa volonté. Enfin le certificat médical peut transmettre toutes autres précisions éventuelles en la possession du médecin pouvant être données au juge dans l'intérêt de la personne (par exemple si le médecin évalue un contexte d'emprise familiale, il peut le préciser et recommander que le choix de la personne soit extérieur).

Mais cette loi qui vise à être encore davantage respectueuse du droit des personnes âgées et des majeurs vulnérables pose aussi de multiples questions de définitions au sujet de l'altération des facultés mentales, le rôle des médecins intervenants via leurs attestations, la durée des mesures, la question de la prescription, la distinction faite entre la personne et ses biens, entre santé et patrimoine, etc. En supprimant la faculté de saisine directe du juge des tutelles, la loi de 2007 a aussi conduit à l'allongement des délais, ce qui pose des difficultés en cas d'urgence. Elle met aussi en évidence les représentations certaines fois fort variables pouvant exister entre magistrats du Ministère public et juges des tutelles au sujet des mesures de protection à envisager.

Elle est donc particulièrement complexe, mais cet aspect peut sans doute se comprendre en raison de la multiplicité des situations rencontrées concernant les personnes vulnérables et en particulier les personnes âgées et le fait que la gradation des mesures existantes ne soit régulièrement pas respectée.

Section 2 - L'information préoccupante (IP)

Il s'agit en fait de ce qui pourrait être aussi désigné par le terme de signalement administratif)³¹⁶. Elle ne concerne que les mineurs et existe depuis la loi de 2007, renforcée par celle de 2016, qui a fixé des modalités et des niveaux de signalements différents. Pour les enfants et les adolescents, la loi de 2007 confirmée par celle de 2016 prévoit deux niveaux de signalement selon la situation de l'enfant : le niveau administratif (enfant « en risque ») et le niveau judiciaire (« enfant en danger »).

L'IP correspond aux situations de **RISQUE**, sans urgence absolue, mais qui nécessitent une intervention pour mieux évaluer le contexte et pour éviter une dégradation de la situation et que l'enfant ne se trouve en situation de danger. Il s'agit en fait d'un signalement administratif et se nomme dont L'évaluation est faite sous la responsabilité du Président du Conseil départemental via la CRIP - Cellule de Recueil d'Information Préoccupante. La CRIP est « un dispositif permettant de recueillir en permanence les informations relatives aux mineurs maltraités et de répondre aux situations d'urgence, selon des modalités définies en liaison avec l'autorité judiciaire et les services de l'État dans le département. »³¹⁷

Compte tenu de l'hétérogénéité des modalités d'évaluation constatée sur l'ensemble du territoire, il a été précisé suite à la loi de 2016 la façon dont ces IP devaient être réalisées. Les modalités d'évaluation d'une IP sont désormais très bien précisées par le décret n° 2016-1476 du 28 octobre 2016³¹⁸ : en particulier évaluation en binôme, pluridisciplinaire, par des professionnels ne travaillant pas avec la famille, avec une visite obligatoire au domicile et l'évaluation de l'ensemble des enfants de la famille même si l'IP ne porte que sur un unique enfant. L'évaluation de la situation du mineur ainsi que celle de tous les mineurs présents au domicile a aussi pour objectif de déterminer des actions de protection et d'aide dont le mineur et sa famille peuvent bénéficier avant que la situation ne dégénère et ne le mette en danger. Mais si l'IP n'est pas un signalement judiciaire, sur le terrain, le fait que le signalement ne soit pas défini réellement brouille dans certains cas les situations et la compréhension des termes.

Les IP nécessitent un véritable travail en réseau : informer les professionnels à l'origine du signalement des suites données. Liens avec le médecin référent du Conseil départemental. Information des suites données auprès de l'enfant et sur un autre temps des parents. Les CRIP sont aussi censées être pour les professionnels extérieurs des espaces ressources qu'ils peuvent

³¹⁶ Décret n° 2016-1476 du 28 octobre 2016.

³¹⁷ Art. L226-3 du Code de l'action sociale et des familles.

³¹⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033335412&categorieLien=id>

contacter quand ils se retrouvent dans une situation où ils ne savent pas que faire. Cet échange est de qualité fort variable selon les départements et n'est pas simple à mettre en place, car il confronte au travail pluridisciplinaire et inter-institutionnel.

Spécificités d'une information préoccupante

Public concerné : mineurs en risque

La personne à contacter : est le Président du Conseil départemental via la CRIP (Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes du Conseil Départemental).

Le mode de contact : est un écrit comprenant « tout élément d'information, y compris médical, susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque de danger, puisse avoir besoin d'aide, et qui doit faire l'objet d'une transmission à la cellule départementale pour évaluation et suite à donner »

L'évaluation de l'IP est réalisée obligatoirement par deux professionnels de formation différente et ne suivant pas la famille (loi de mars 2016). L'article D. 226-2-3-1 rappelle que l'évaluation vise à « apprécier le danger ou le risque de danger au regard des besoins et des droits fondamentaux, de l'état de santé, des conditions d'éducation, du développement, du bien-être et des signes de souffrance éventuels du mineur. Elle n'a pas pour objet de déterminer la véracité des faits allégués. »

L'article D. 226-2-7.-I. précise aussi que le rapport : « comporte les informations relatives à la situation du mineur faisant l'objet d'une information préoccupante, des autres mineurs présents au domicile et des titulaires de l'autorité parentale.

« Si l'un des titulaires de l'autorité parentale ne peut pas être rencontré, le rapport en précise les raisons.

« La conclusion unique et commune du rapport d'évaluation confirme ou infirme l'existence d'un danger ou d'un risque de danger au sens des articles L. 221-1 et

R. 226-2-2, et de l'article 375 du Code civil. Elle fait apparaître les éventuelles différences d'appréciation entre les professionnels.

« La conclusion formule les propositions suivantes :

« 1° Soit un classement

« 2° Soit des propositions d'actions adaptées à la situation, telles qu'un accompagnement de la famille, une prestation d'aide sociale à l'enfance

« 3° Soit la saisine de l'autorité judiciaire, qui est argumentée. »

Les suites de l'évaluation : le contenu de l'évaluation est transmis à la CRIP qui statue soit :

- **au classement sans suite** : pas d'inquiétudes confirmées au moment de l'évaluation et selon les éléments transmis
- **à la mise en place de mesures administratives** : inquiétudes confirmées et accord de la famille pour des mesures d'aide administrative.
- **à un signalement judiciaire** : inquiétudes confirmées, conduisant à une notion de danger pour l'enfant nécessitant une protection judiciaire ; opposition de la famille à toute évaluation.

Qu'il s'agisse d'IP ou de signalement judiciaire, la loi rappelle le principe du respect de l'autorité parentale ce qui signifie qu'aucune évaluation, aucun examen en particulier somatique ne devrait être réalisé sans leur information préalable, leur accord et leur présence. Mais compte tenu de la gravité de certaines révélations et de la nécessité de protéger l'enfant de représailles et d'éviter la disparition de preuves, la loi de 2007 prévoit qu'une « exception sera faite à ce principe dans les cas où l'information peut mettre l'enfant en danger et/ou entraver le cours de la justice. Ainsi, lorsqu'il y a des risques d'interférence sur le déroulement d'une enquête pénale, l'information des parents est différée ». Si cette précision nous semble fondamentale pour protéger l'enfant elle reste méconnue d'une multitude de professionnels qui informe vaille que vaille les parents ce qui pose la question de la formation des intervenants. Par ailleurs cette disposition peut se voir opposer le fait qu'elle permet à des professionnels qui ne sont ni enquêteurs ni magistrats de décider de leurs seules initiatives s'ils respecteront ou non l'autorité parentale. D'où la nécessité de toujours bien préciser dans un signalement ou une

IP si les parents ont été informés, et si non, les raisons qui ont motivé les professionnels à ne pas le faire.

Chapitre 3 : Les connaissances relatives au secret professionnel

Pour les professionnels intervenant auprès des victimes qu'elles soient mineures ou majeures une des premières questions qui se pose est celle du secret professionnel. Perçu par les uns comme une protection ou par les autres tel un carcan, le secret professionnel reste au final mal connu de ceux qui sont le plus concernés, les intervenants, en particulier les soignants. Ce premier chapitre sera donc concerné aux connaissances relatives au secret professionnel. Avec dans une première section un rappel sur les contours du secret professionnel puis en seconde section des données sur ses modalités d'application pratique.

Section 1 - Les contours du secret professionnel

Compte tenu des enjeux liés au secret professionnel il apparaît important de rappeler des données générales sur le secret professionnel en particulier sa signification (définition, enjeux du secret face à des personnes vulnérables) puis la présentation des personnes dépositaires de ce secret.

§ 1 : La signification du secret professionnel

A – Définition du secret

Le secret est ce qui n'est pas divulgué et que l'on tient caché ou que l'on confie. Pour protéger les individus de toute intrusion dans leur sphère privée, le droit civil et le droit pénal ont codifié de multiples dispositions³¹⁹ et en cas de divulgation non consentie concernant sa vie privée toute personne a le droit de réclamer une réparation.³²⁰ Mais le secret a une réelle complexité, car sa signification est à double tranchant : d'un côté il représente l'intime, le

³¹⁹ Le législateur a fait figurer dans le Code pénal, dans le livre II, « Des crimes et délits contre les personnes », chapitre VI, « Des atteintes à la personnalité » : les atteintes à la vie privée (art. 226-1 C. pén.), la violation de domicile (art. 226-4 C. pén.), l'atteinte au secret professionnel (art. 226-13 C. pén.), l'atteinte au secret des correspondances (art. 226-15 C. pén.), la création de fichiers ou de traitements informatiques illicites (art. 226-16 et s. C. pén.). Dans le Livre III, « Des crimes et délits contre les biens », sont expressément prohibés : l'extorsion de secret (art. 312-1 C. pén.) et le chantage à la révélation d'un secret (art. 312-10 C. pén.)

³²⁰ Loi n° 70-673 du 17 juillet 1970 tendant à renforcer la garantie des droits individuels des citoyens, JORF 19 juillet 1970, p. 6751 ; art. 9 C. civ.

personnel, le privé ; de l'autre il s'apparente à ce qui est caché, interdit de penser et qui doit rester dans le silence. C'est d'ailleurs une arme redoutable dans les situations des violences intrafamiliales, utilisée par les auteurs pour cadenasser dans le silence leurs victimes avec des phrases telles que « si tu parles tu es mort ou ta mère va mourir » ; « si tu parles, personne ne te croira (...) on dira que tu es fou... »

Dans sa dimension positive et dans le cadre d'une relation avec une personne, le secret a une place fondamentale dans l'établissement d'un lien de confiance. C'est un fait ou une pensée qui scelle la sécurité psychique que l'on peut avoir à l'égard de l'autre, car on est assuré que ce qu'on lui dit ne sera pas dévoilé sans notre accord. Pour un mineur le secret a probablement une place encore plus importante dans sa construction développementale, car il participe à lui permettre de comprendre ce qui intime et ce qui ne l'est pas, à intégrer l'importance de la notion de transgression, du mensonge, à différencier la réalité, de la vérité. C'est donc une notion fondamentale qui fait que celui qui n'aurait pas de secret cesserait d'être une personne, c'est-à-dire un sujet marqué de toute sa conflictualité³²¹.

B – Les enjeux du secret face à des personnes vulnérables

En se généralisant, la vulnérabilité a nécessité une conceptualisation juridique pour tenter de saisir cet objet propre à la finitude humaine. Face à la prise de conscience du besoin de protection des sujets vulnérables, le législateur a ainsi pris en compte l'émergence de cette notion pour la préciser, définir les catégories de personnes concernées, lister les risques pesant sur elles et acter les modalités de leur protection. Car protéger les individus vulnérables nécessite une évaluation diagnostique, précise : la source de la vulnérabilité, son évolution, l'identification du tort subi ou des risques possibles, les mesures de protection adaptées, les ressources de la personne, les intervenants possibles. Le droit a non seulement donné un sens juridique à la vulnérabilité, mais aussi traduit l'objectif de protection de tout individu et en particulier l'importance d'assurer une assistance spécifique aux sujets les plus vulnérables ; et c'est à l'appréciation du Juge que relève sa portée. Au niveau international ce consensus qui vise à porter secours aux personnes vulnérables, a conduit également à de multiples textes internationaux, qui, s'ils ne sont pas toujours appliqués (la protection des populations vulnérables étant loin d'être assurée au niveau international), a le mérite d'exister.

³²¹ Le secret du respect, c'est le respect du secret in, J. MAISONDIER, Dans les méandres du secret professionnel ; *Les Cahiers de l'actif*, n°346/347, p. 155

En France la loi tend ainsi à protéger les plus faibles à partir du principe qui est celui de la pleine capacité des personnes majeures : « la majorité est fixée à 18 ans accomplis, à cet âge, on est capable de tous les actes de la vie civile » (C. civ., art. 414). Il s'agit non seulement de réparer le préjudice subi par la personne vulnérable, mais aussi de proposer de façon préventive des moyens pour éviter de majorer la vulnérabilité de l'individu. Pour les majeurs qui seraient atteints dans leur capacité, la loi prévoit des mesures de protection de ces personnes vulnérables assurées sur le plan du droit civil et sur le plan du droit pénal. Mais définir en droit un sujet vulnérable ne s'avère pas si simple, car une définition élargie conduirait à la banaliser, mais en donner une trop stricte la déposséderait de l'apport qu'elle donne sur la singularité de chacun et le nécessaire respect de celle-ci. Dans le sens où elle fait lien à une attention ou une protection particulière, la vulnérabilité est ici envisagée comme une situation exposant l'individu au risque de subir un tort et la nécessité de l'en protéger.

Si la notion de vulnérabilité n'est pas une question anodine pour les professionnels de santé puisqu'elle est un des motifs de dérogation du décret professionnel, elle reste mal définie, avec des biais subjectifs majeurs au niveau des interprétations. Dans les situations où le professionnel évalue la personne comme vulnérable (et bien l'indiquer dans son écrit) il peut signaler sans crainte de poursuites pénales (selon les arts. 226-13 et 226-14 du Code pénal). Mais s'il n'évalue pas la personne vulnérable, il peut justifier son inertie par cette interprétation de l'état de la personne concernée ; et c'est particulièrement le cas des personnes âgées où nombre de professionnels ne font aucun signalement, car ils considèrent que la personne ne relève pas de ce qualificatif de vulnérabilité.

§ 2 : Les personnes dépositaires du secret

La notion de secret professionnel est inscrite depuis l'Antiquité (serment d'Hippocrate des médecins³²²) et se justifie par la nécessité d'un lien de confiance absolu entre patient et soignant qui ne peut exister sans secret³²³. Le législateur a confirmé toute l'importance du secret médical en particulier dans l'article 378 du Code pénal de 1810³²⁴, et dans différentes

³²² « Les choses que dans l'exercice de mon art, je pourrai voir ou entendre sur l'existence des hommes et qui ne doivent pas être divulguées au-dehors, je les tairai, estimant que ces choses-là ont droit au secret des mystères. »

³²³ Selon la déclaration de L. PORTES, président du conseil national de l'Ordre des médecins devant l'Académie des sciences morales et politiques le 5 juin 1950 : « Il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confiance et de confiance sans secret ».

³²⁴ RASSAT M.L., *Droit pénal spécial*, 6^e éd., Dalloz, 2011, n° 478.

jurisprudences (pour exemple l'arrêt Watelet, rappelant le caractère général et absolu³²⁵ du secret protégeant les informations personnelles confiées par le patient à son médecin).

À partir de 1994, le nouveau Code pénal applique la notion de secret professionnel à toutes les professions et non plus exclusivement aux médecins avec de possibles sanctions pénales à l'encontre de tous ceux qui révéleraient des informations dont ils seraient dépositaires soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire³²⁶. Concernant les médecins (mais aussi les infirmiers et les sages-femmes), la répression pénale se double d'une sanction déontologique³²⁷, et le respect du secret est érigé en droit fondamental du patient³²⁸. Dans certains cas, l'intérêt du patient s'il est en danger, peut nécessiter que les informations détenues par le médecin soient partagées avec des tiers, qu'ils soient titulaires de l'autorité parentale pour un mineur ou tuteur d'un majeur protégé ; ou, sous réserve de l'accord du patient, personne de confiance³²⁹, ou professionnels de santé.

Les professions soumises au secret sont définies par l'article 226-13 du Code pénal, né de la réforme du Code pénal en 1993. Il s'agit de personnes qui ont comme point commun d'être possiblement dépositaires d'un secret « soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire. » Les personnes tenues au secret *par état* sont les ministres du Culte. Celles tenues au secret *par profession* sont très nombreuses et il n'existe aucun texte donnant la liste précise de ces professions. Il faut en fait se référer aux textes légaux et réglementaires organisant chacune de ces professions pour tenter de s'y retrouver. Les professions médicales ainsi que tous les intervenants dans le système de santé, sont précisément concernées, car l'article L 1110-4 du Code de la santé publique prévoit que le secret s'impose à eux. Mais sont aussi concernés d'autres professionnels comme les avocats, les magistrats. L'unique profession sociale précisément concernée par cette obligation de secret professionnel est celle des assistants de services sociaux (art. 4111-3 du CASF). Pour toutes les autres professions (éducateurs, éducateurs spécialisés) il faut se référer à leur fonction ou mission professionnelle, car aucun texte précis n'existe à leur sujet. Les personnes tenues au secret *par fonction ou par mission temporaire* sont encore plus nombreuses avec toujours l'absence de tout texte juridique les regroupant, mais le Code de l'Action Sociale et des Familles dans le domaine de la protection de l'enfance (CASF art L. 226-ç) s'impose à de multiples intervenants. Il faut se référer là aussi aux différents Codes professionnels avec la notion que tous les

³²⁵ Cass., 19 déc. 1885, S. 1885, 2, p. 121, *ibid.* 1886, 1, p. 86, rapp. Tanon.

³²⁶ C. pén., art. 226-13.

³²⁷ CSP, art. R.4127-4.

³²⁸ CSP, art. L.1110-4.

³²⁹ CSP, art. L.1111-6.

professionnels participant à la mission visée, quel que soit leur poste, sont concernés (pour exemple les personnels de l'aide sociale à l'enfance, les éducateurs, les psychologues, les enseignants, les assistantes maternelles de la PMI, les personnes intervenant dans les dossiers d'attribution du RSA, les personnels participant aux admissions à l'aide sociale ou travaillant dans un établissement de l'aide sociale, les personnes travaillant dans les services des affaires sanitaires et sociales ou du numéro vert 119 pour l'enfance maltraitée, le coordonnateur nommé par le maire en vertu de la loi du 5 mars 2007 sur la prévention de la délinquance, les personnels de l'agence française du sang, de l'agence du médicament, de la CIVI...

L'article 226-13 détermine aussi les sanctions en cas de non-respect de cette obligation qui est toujours à mettre en lien avec la dispense de dénonciation dont les professionnels peuvent aussi bénéficier. Entre l'obligation de garder le secret, l'obligation ou la possibilité de le lever, les situations sont particulièrement complexes pour le professionnel.

Section 2 – Les modalités de mise en œuvre du secret professionnel

Faire valoir le secret professionnel nécessite de connaître ses fondements, mais également ses modalités pratiques, à savoir le contenu de l'obligation au secret et les modalités de la levée de celui-ci.

§ 1 : Le contenu de l'obligation au secret

Ne pas respecter le secret professionnel est un délit sanctionné par l'article 226-13 du Code pénal. Le fait d'être parmi les professionnels soumis au secret constitue une protection juridique pour la personne concernée qui se trouve dispenser de dénoncer certains faits (délits ou crimes) alors que les autres personnes non soumises à l'obligation du secret n'ont pas le choix que de dénoncer sous peine d'être poursuivies éventuellement pour ne pas avoir « informer les autorités judiciaires ou administratives (art.134-3 du Code pénal et art. 434-1).

L'article 434-1 du Code pénal précise que « le fait, pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. Sont exceptées des dispositions qui précèdent, sauf en ce qui concerne les crimes commis sur les mineurs de quinze ans : les parents en ligne directe et leurs conjoints, ainsi que les frères et sœurs et leurs conjoints, de l'auteur ou du complice du crime ;

le conjoint de l'auteur ou du complice du crime, ou la personne qui vit notoirement en situation maritale avec lui ; les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13. »

L'article 434-3 du Code pénal précise que : « Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas 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, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13. »

Si l'on s'en tient à ces textes, l'obligation de garder le secret prime donc sur l'obligation de lever le secret, mais cela conduit à rendre très délicate la protection des personnes vulnérables, d'où certains aménagements prévus par le législateur.

Face aux situations complexes dans lesquelles peuvent se trouver les professionnels le législateur a tenté de préciser la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé (*JO* n° 258 du 6 novembre 2015, p. 20706) en modifiant certain aspect du Code pénal relatif au secret professionnel en matière de signalement des faits de maltraitance (loi n° 2015-1402 du 5 novembre 2015. Le législateur permet que le signalement avec accord du patient victime, qui était jusqu'à présent réservé uniquement aux médecins, soit étendu à l'ensemble des professionnels de santé. Il précise que le signalement est adressé, dans le domaine de la protection de l'enfance, à la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger. Enfin cette loi est censée protéger davantage les professionnels en considérant que l'auteur du signalement ne devrait pas être exposé au niveau de sa responsabilité civile, pénale ou disciplinaire du seul fait dudit signalement (sauf en cas de mauvaise foi). Afin de protéger les plus jeunes, le législateur a prévu que les professionnels exerçant dans le cadre de services de PMI soient obligés de signaler au médecin responsable du service, tout mauvais traitement (art. L. 2112-6 CSP). C'est ensuite à ce médecin de décider ou non d'un signalement aux autorités judiciaires. Contrairement aux autres professionnels, le médecin a lui l'obligation de lever le secret, dispose donc de la possibilité de lever ce secret.

§ 2 : Les modalités de levée du secret professionnel

Pour les professionnels soumis au secret professionnel le législateur a prévu selon les personnes deux situations, celle de l'obligation de lever le secret ou celle de la possibilité de le faire. Cette nuance est essentielle est souvent méconnue des intervenants.

A – L'obligation de lever le secret professionnel

Le législateur a prévu des situations où il y a obligation de lever du secret professionnel et où le droit au secret laisse la place au devoir de signaler dans différentes situations. En premier lieu dans les cas de péril imminent c'est-à-dire les situations où si rien n'est fait, un risque vital est présent ou un danger majeur pour le développement du mineur ou de la personne âgée concernée. Si le professionnel s'abstient de lever le secret et de « réagir » dans des situations où l'enfant ou l'adulte vulnérable est en danger, il peut être poursuivi pour non-assistance à personne en péril : « quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. » (art. 223-6) La notion de péril correspond aux situations de danger absolu nécessitant une intervention immédiate (pour exemple mère délirante venant d'accoucher et prenant son bébé pour le diable).

L'article 223-6 du Code pénal précise bien que « la non-assistance à personne en péril ne souffre pas d'exception pour les personnes tenues au secret professionnel. » Le texte n'impose pas de signaler, mais d'intervenir avec l'obligation de réagir. Ce qui conduit de nombreux soignants a tenté, en première intention une hospitalisation pour protéger l'enfant et avoir le temps de bien évaluer avant de se précipiter sur un signalement. La loi prévoit aussi que les professionnels participant à sa politique de protection de l'enfance ainsi que celles qui lui apportent leur concours transmettent sans délai au président du Conseil départemental toute information préoccupante concernant un mineur en danger ou risquant de l'être au sens de l'art. 375 c. civ (art. L. 226-2-1 CASF). Cette démarche permet d'organiser l'évaluation de la situation du mineur et de toute sa fratrie et de décider des actions de protection à mettre en œuvre. Dans ces situations, le secret professionnel n'est donc pas un obstacle, le professionnel intervenant en protection de l'enfance DOIT réagir via une IP ou un signalement judiciaire.

Dans le cas de la disparition d'un mineur de quinze ans, le secret professionnel ne tient pas non plus dans les cas de disparition de mineur de quinze ans, comme les fugues (art. 434-4-1 c. pén). Si le professionnel ne signale pas (ce qui arrive bien souvent dans le cas de fugue de foyer où les jeunes prennent l'habitude d'aller et venir, il est passible d'une sanction pénale. Mais cette obligation ne concerne pas les mineurs entre quinze et dix-huit ans pour lesquels le signalement est une possibilité et non une obligation. Si le professionnel considère par exemple qu'un jeune de seize ans qui est en fugue se met en situation de péril imminent, il a par contre l'obligation de signaler³³⁰.

Les seuls cas où un professionnel peut être condamné pour ne pas avoir signalé des faits qu'il connaissait est celui des situations où le péril est imminent. Ne pas porter secours à une personne en danger grave et imminent est une faute grave qui est une omission de porter secours (art. 223-6 al. 2 du CP). En cas de péril imminent, la loi impose au professionnel d'agir « soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours »³³¹. Un médecin scolaire peut, par exemple, appeler le SAMU pour une intervention en urgence. Le signalement aux autorités judiciaires n'est qu'un moyen parmi d'autres de porter assistance à personne en péril. De même un médecin ne peut être condamné pour non-assistance à personne en péril s'il a mis en œuvre toutes les mesures permettant de protéger l'enfant comme une hospitalisation³³². A contrario un travailleur social peut être condamné suite à une révélation d'enfant non pas pour ne pas avoir effectué de signalement, mais pour son inertie et avoir tardé dans la prise en charge de cette enfant³³³.

B – La possibilité de lever le secret professionnel

³³⁰ Arrêt de la cour d'appel de Rennes du 20 nov. 2001 : <https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-des-jeunes-2002-8-page-55b.htm>

³³¹ Cass. crim 26 mars 1997, n° 94-80239 : « Le médecin informé qu'un malade est en péril, ne commet pas le délit de non-assistance à personne en danger si, dans l'impossibilité de se déplacer, il s'assure que la personne à secourir reçoit d'un tiers les soins nécessaires. »

³³² Cour d'appel d'Aix en Provence 28 juin 2005, n° 878/D/2005, JurisData n° 2005- 282 067.

³³³ Cass. crim. 8 oct. 1997, n°94-84.801 « Attendu que, pour déclarer les prévenus coupables de non-assistance à personne en péril la cour d'appel, après avoir rappelé que X... était atteint de mucoviscidose, énonce d'abord, qu'à la suite des actes de sodomie perpétrés sur sa personne, il s'est trouvé dans une situation critique faisant craindre pour lui de graves conséquences tant physiques que morales ; qu'ensuite, elle retient que les prévenus ont été informés de cette situation, au plus tard le 17 décembre et qu'aucun n'a pris en considération l'imminence du péril, pour s'en tenir à une simple mesure d'éloignement de l'agresseur, sans présenter la victime à un médecin ni envisager sa prise en charge par un pédopsychiatre ; Attendu que les juges du second degré ajoutent que chacun des prévenus, à l'instigation de R. et C., soucieux de minimiser, voire de dissimuler les faits, a pris le parti de remettre au 7 janvier l'examen de l'affaire ; Attendu qu'en l'état de ces motifs qui caractérisent la nécessité d'une intervention immédiate, établie par le fait que l'enfant, atteint, par ailleurs, d'une maladie grave, présentait encore, le 30 décembre, des fissures anales douloureuses, ce dont les prévenus, professionnels de la santé ou de l'assistance à l'enfance, ne pouvaient qu'avoir conscience, la cour d'appel a justifié sa décision. »

La possibilité de levée le secret professionnel peut être individuelle ou s'inscrire dans le partage du secret.

1° La levée individuelle du secret professionnel

Contrairement aux cas que nous venons d'évoquer où les professionnels ont l'obligation de signaler, toutes les autres situations mettent les intervenants face à la possibilité de signaler et non l'obligation. Et là tout l'enjeu est celui de pouvoir bien évaluer la situation, car si le professionnel décide de signaler (par exemple en milieu scolaire) et que d'autres le font (à l'hôpital) et que la situation confirme après enquête la réalité des maltraitances, le professionnel risque d'être poursuivi au niveau pénal en particulier pour mise en danger de la personne (art.223-1 et 223-2 du Code pénal) ou pour non-dénonciation de crime ou de mauvais traitements infligés à un mineur. S'il signale, en précisant bien qu'il évalue la situation relevant d'un danger immédiat il ne peut pas être poursuivi pour violation du secret (art. 226-13 et 22-14). Pour tous les agents exerçant dans des établissements et services sociaux et médico-sociaux (CASF, art. L. 313-24), il existe des mesures spécifiques pour le protéger s'il signalait : « le fait qu'un salarié ou un agent a témoigné de mauvais traitements ou privations infligés à une personne accueillie ou relaté de tels agissements ne peut être pris en considération pour décider de mesures défavorables le concernant en matière d'embauche, de rémunération, de formation, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement du contrat de travail, ou pour décider la résiliation du contrat de travail ou une sanction disciplinaire. En cas de licenciement, le juge peut prononcer la réintégration du salarié concerné si celui-ci le demande. »

La levée du secret, sans risque de sanction, est possible dans trois situations précisées dans l'article 226-14 du Code pénal. Ce sont principalement les deux premières hypothèses qui concernent les professionnels de la protection de l'enfance :

« 1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de

traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du Code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire³³⁴ ;

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. »

Certaines dérogations à la levée du secret médical existent aussi dans des cas particuliers tels que la divulgation d'informations à caractère secret après la mort du patient³³⁵. Celle-ci est laissée à l'appréciation du médecin,³³⁶ mais reste soumise à l'absence d'opposition du défunt exprimée de son vivant, mais celle-ci peut ne pas être connue du médecin. Elle est autorisée si elle permet de connaître les causes de la mort, de faire valoir leurs droits ou de défendre la mémoire du défunt.

Si le signalement résulte de la divulgation d'une information à caractère secret, elle ne saurait s'y réduire. L'article 434-3 du Code pénal précise que « le fait, pour quiconque ayant connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas 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, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives ou de continuer à

³³⁴ Précision importante, cet article précise bien que le médecin doit avoir CONSTATÉ des traces de maltraitance et/ou être dépositaire de révélations par la victime elle-même (notion reprise dans l'art. R.4127-44 du CSP)

³³⁵ PACS : pacte civil de solidarité.

³³⁶ « Le secret médical ne fait pas obstacle à... ».

ne pas informer ces autorités tant que ces infractions n'ont pas cessé est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Lorsque le défaut d'information concerne une infraction mentionnée au premier alinéa commise sur un mineur de quinze ans, les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende.

Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13. » Mais en pratique peu de soignants sont poursuivis dans ce cadre. Pour exemple la situation jugée par la Cour de cassation le 23 octobre 2013³³⁷. Les poursuites concernaient un médecin gériatologue mis en cause face à son inertie concernant des actes de maltraitances dont il était informé, commis par des agents. À l'origine, le médecin était poursuivi pour ne pas informer les autorités administratives ou judiciaires en ayant connaissance de privations, mauvais traitements, atteintes sexuelles dont est victime une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une déficience physique ou psychique (art. 434-3 du Code pénal). Mais, en cours de procédure et à la demande du Ministère public, les poursuites ont été requalifiées en délit d'omission d'empêcher une infraction (art. 223-6, alinéa 1 du Code pénal). Les magistrats ont envisagé une conception restreinte des notions de mauvais traitements et de leur dénonciation. Dans un autre contentieux relativement proche, la Cour de cassation a considéré que : « ne caractérise ni un délit ni un mauvais traitement le fait pour un membre du personnel d'une résidence pour personnes âgées de n'avoir ni la compétence ni la vocation nécessaires à l'exercice de ses fonctions ou d'exercer ses fonctions sous l'emprise d'un état alcoolique »³³⁸. Autrement dit, selon ce jugement, l'employeur n'est pas poursuivable, car la Cour considère qu'il ne commet pas de faute en ayant connaissance des défaillances des personnes recrutées, tant que ces défaillances n'emportent pas de conséquences sur les personnes soignées. Pour ce chef de service « il faut donc attendre un drame pour que l'employeur soit condamnable. »

³³⁷ Cass. crim. 23 octobre 2013, n° 12-80.793, publié au Bull. crim. 2013, n° 204, et rendu suite au renvoi de l'arrêt ; Cass. crim. 27 avril 2011, n° 10-82.200, non publié au bulletin.

V. également à ce propos : BERLAUD C., Condamnation d'un médecin pour omission d'empêcher la maltraitance de personnes âgées, *La Gazette du Palais*, Lextenso édition, 2013, n° 311.

³³⁸ Cass. crim. 16 mai 2006, n° 05-82.885, non publié au bulletin.

Le fait que le médecin puisse, selon certaines conditions transgresser le secret médical sans l'accord de son patient est source d'innombrables débats doctrinaux³³⁹. Pour certains³⁴⁰, la loi place les professionnels dans une situation ingérable³⁴¹ : les dispositions des articles 226-13 et 226-14 du Code pénal avec celles de l'article 434-3 du même Code, dispensent les personnes astreintes au secret professionnel, « sauf si la loi en dispose autrement », de dénoncer les privations, mauvais traitements ou atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne vulnérable. L'hésitation entre « possibilité » et « obligation » reste fortement présente dans les pratiques professionnelles. La conception du rôle de chacun se fait en référence à son histoire personnelle, à son expérience et au prescrit institutionnel. Le rapport au signalement dépend donc de ces multiples facteurs. La plupart des auteurs confirment que signaler n'est qu'une possibilité pour le médecin, une sorte d'option de conscience³⁴² puisqu'il peut librement choisir de ne pas dénoncer les faits³⁴³, en vertu de l'article 226-13, ou de les révéler en vertu de l'article 226-14³⁴⁴. Mais si d'autres professionnels les dénoncent (exemple d'un médecin scolaire qui signalerait là où le pédiatre n'a rien fait), le professionnel informé, mais qui n'a rien fait, pourrait être poursuivi pour défaut de signalement (art. 223-6 du CP).

L'article 434-3 est aussi source de multiples interprétations. En laissant l'hypothèse des personnes soumises au secret professionnel, il s'analyse non comme une prescription de la Loi de dénoncer les mauvais traitements, mais comme une autorisation à le faire, ce qui écarte la menace de l'engagement de la responsabilité pénale³⁴⁵. Les dispositions du Code de déontologie médicale confortent cette interprétation : le deuxième alinéa de l'article R.4127-44 du CSP³⁴⁶ du dispose que le médecin « alerte » les autorités judiciaires ou administratives lorsque les sévices ou privations qu'il constate concernent un mineur ou une personne vulnérable, alors que le texte précédent était plus impératif (« il doit alerter »). L'injonction à signaler est devenue moins pressante, mais elle disparaît en cas de circonstances particulières que le médecin apprécie « en conscience. »

³³⁹ GUERY C., *Le défaut de protection de l'enfant : un nouveau délit ?* Paris, Dalloz, 2001, p. 3293.

³⁴⁰ MOISSON S., Administration de la preuve et exigence du secret professionnel, *Méd. & Droit*, 1997, p. 4.

³⁴¹ RASSAT M.-L., op. cit., n° 490.

³⁴² ALT-MAES F., Un exemple de dépenalisation : la liberté de conscience accordée aux personnes tenues au secret professionnel, *RSC*, 1998, p. 30.

³⁴³ KAMKAR C., Concilier secret professionnel et non-assistance à personne en danger, *Droit, déontologie & soin*, 2004, n° 4, p. 205.

³⁴⁴ LEPAGE A., *Droit pénal et conscience*, *Dr. Pénal*, 1999, étude n° 1.

³⁴⁵ GHICA-LEMARCHAND C., La responsabilité pénale de la violation du secret professionnel, *RDSS*, 2015, p. 419.

³⁴⁶ Décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du Code de déontologie médicale, *JORF* du 8 mai 2012, p. 8479.

Autrement dit, au sujet des mineurs et des personnes âgées vulnérables, l'ensemble des dispositions relatives au signalement des sévices et privations aux autorités judiciaires et administratives renforce l'aptitude exclusive du médecin à la décision de divulgation. Cet arbitrage personnel du médecin, rendu « en conscience », selon les termes mêmes du Code de la santé publique, concerne également les autres patients, dans la mesure où si l'alinéa premier de l'article R.4127-44 CSP impose l'action – « il doit mettre en œuvre les moyens... » –, la nature de l'action à entreprendre reste de sa seule appréciation – « ... les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection », sous réserve du consentement exigé par l'article 226-14, al. 1, 2 ° Code pénal. Et cette expression « en conscience » conduit à des pratiques fort variables, car elle engage des dimensions subjectives individuelles de chacun. Pour exemple cette situation rapportée au cours d'une réunion de service par un jeune médecin des urgences : « cette nuit nous avons pris en charge une mère avec son petit garçon de deux ans. Elle était enceinte de sept mois et venait d'être agressée au couteau par son compagnon qui avait lacéré son ventre et pris la fuite. Je n'ai fait aucun signalement et cela ne m'est même pas venu en tête, car elle est majeure. Je ne savais pas qu'une femme enceinte était considérée comme vulnérable et puis de toute façon elle avait trop peur et ne voulait rien qu'on fasse. En conscience, pour moi, cela ne relevait pas d'un signalement. Si j'avais fait quoi que ce soit contre l'avis de cette patiente, j'aurais violé le secret professionnel. Je sais que tous les collègues n'étaient pas d'accord avec mon avis, mais au final comme elle a été prise en charge par l'obstétrique et son petit garçon en pédiatrie, ils signaleront sûrement s'ils pensent que c'est utile. Mais moi, je suis tranquille avec mon avis et mon appréciation. »

Concernant les mineurs, les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur ainsi que le mineur lui-même peuvent ne pas être informés de la transmission d'informations préoccupantes par le professionnel, si l'intérêt du mineur l'exige³⁴⁷ (ce qui évite aussi la suppression de preuves). Cet article du Code pénal est repris par l'article R. 4127-44 du Code de la santé publique, qui se limite aux cas où le médecin constate sur le corps de la victime ou apprend de la victime l'existence de ces mauvais traitements. Dans tous les autres cas, ce texte n'est pas applicable, par exemple si le médecin est sollicité par l'auteur des faits qui lui avoue agir des mauvais traitements à son enfant. Par contre le médecin peut faire valoir dans ce type de situation l'article 226-14-1 du Code pénal.

³⁴⁷ CASF, art. 226-2-2.

Afin de tenter de limiter les difficultés, le législateur a modifié légèrement l'article 226-10 du Code pénal suite à la Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples. Jusque-là la loi (alinéa 2) prévoyait que la fausseté du fait dénoncé découle nécessairement de la décision d'acquittement, de relaxe ou de non-lieu, « déclarant que le fait n'a pas été établi » ; ce qui nécessitait qu'à partir du moment où une de ces décisions était rendue, pour cause d'insuffisance de preuves, la fausseté de la dénonciation était présumée et les poursuites possibles. Le nouveau texte de loi a supprimé cette formulation litigieuse et la remplacée par la suivante : « la décision d'acquittement, de relaxe ou de non-lieu, déclarant que le fait n'a pas été commis ». Autrement dit, le législateur a entendu limiter le champ d'application des décisions susceptibles de conduire à la répression du délit de dénonciation calomnieuse.

2° : La levée du secret professionnel dans le cadre du secret partagé

Le Code de la santé publique (l'article L.1110-4, II) prévoit la possibilité d'échange du secret c'est-à-dire le fait qu'un « professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition que ces professionnels participent tous à la prise en charge du patient et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social ». Cette nouvelle version a pour objectif de faciliter les échanges entre professionnels exerçant dans des équipes différentes. Il autorise en particulier des soignants à communiquer à des intervenants non-soignants (comme une assistante-sociale ou un éducateur). L'article L.1110-4, III du Code de la santé publique concerne les situations où le partage d'informations relatives concernant une personne prise en charge se fait entre professionnels appartenant à la même équipe de soins³⁴⁸. Cette pratique de partage du secret est la plus usuelle, car c'est elle qui culturellement est à l'œuvre dans les pratiques soignantes depuis toujours.

Si dans un premier temps la loi du 4 mars 2002 a légalisé la possibilité de partager le secret, elle limitait cette pratique au domaine médical. Pour tous les autres secteurs, le partage d'informations était répréhensible (art. 226-23 du Code pénal). Mais compte tenu de la complexité de la situation des prises en charge de personnes vulnérables, les intervenants étaient

³⁴⁸ Constitue une équipe de soins au sens de l'article L.1110-12 du Code de la santé publique, « un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes »

amenés, en pratique, à transgresser régulièrement cet interdit. En 1992 le législateur évoque la possibilité de créer un « secret social », mais ce projet de loi n'aboutit pas par crainte d'une perte de valeur du secret professionnel.³⁴⁹ Il a fallu attendre la loi de 2007 pour que le législateur consacre la notion de partage d'informations à caractère secret et permette d'officialiser les pratiques à l'œuvre sur le terrain.

La loi du 5 mars 2007 a ainsi instauré une nouvelle possibilité d'échanger entre professionnels des informations à caractère secret dans le but d'assurer une meilleure prise en charge ou la continuité de soins (art. L. 226-2-2 CASF). Partager des informations au sujet d'un mineur ou d'une personne âgée vulnérable que l'on pense victime de maltraitance est fondamental pour pouvoir travailler de façon collégiale et ne pas rester seul face à des situations à la dimension hautement contaminante au niveau traumatique. Comme le rappelle Claire Quennesson en 2018 dans sa thèse de droit consacrée à *Mineur et secret*, « dans ces deux alinéas de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique, le législateur emploie à la fois le terme d'« échange » et celui de « partage » d'informations alors que dans son ancienne version, seule l'expression d'« échange » d'informations était utilisée. Ce changement témoigne sans doute d'une volonté de consacrer expressément le « partage » d'informations après qu'il ait été si longuement pratiqué sans être nommé comme tel dans la loi. Mais, il est aussi possible d'interpréter cette évolution comme une volonté de limiter le « partage » à un cadre juridique précis, celui de la communication d'informations entre les professionnels appartenant à la même équipe de soins. Le terme « partage » serait ainsi le propre du personnel soignant alors que le terme « échange », plus large, viserait l'ensemble des personnels en relation avec le patient sans que leurs compétences soient nécessairement de soigner. Toutefois, ce raisonnement ne tient pas puisque dans l'alinéa 5 de l'article L.1110-4, le législateur emploie le terme de « partage » pour désigner la communication d'informations entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins. Il faut ainsi s'interroger sur l'opportunité d'employer deux termes différents pour viser un seul acte, celui de la transmission d'informations, d'autant que cette distinction terminologique n'a aucun impact dans l'application du régime juridique. De toute évidence, il aurait été plus cohérent que le législateur s'attache à employer un seul et même terme, celui de « partage » étant le plus significatif. »

Cette évolution législative a réellement permis d'améliorer les modalités de transmission d'informations entre professionnels. Et deux lois sont votées, la première concerne

³⁴⁹ QUENNESSON C, *Mineurs et secret*, 2018, Thèse de droit, Université de Bordeaux.

la prévention de la délinquance et permet un partage d'informations entre le maire, le Président du Conseil départemental et les professionnels de l'action sociale. La seconde, adoptée le même jour, est dédiée à la protection de l'enfance et autorise le partage d'information entre tous professionnels participant à la protection de l'enfance. Pour la première loi, il existe une portée générale avec une application possible pour le mineur et le majeur ; la seconde concerne exclusivement le mineur en situation d'être protégé.

Les exemples sont multiples de situations se terminant de façon catastrophique quand un professionnel s'est arrogé, seul, la prise en charge et n'a pas tenté de partager avec d'autres les faits qui lui étaient révélés ou qu'il avait constatés. Quand une maltraitance est révélée, elle vient mettre en lumière des dysfonctionnements familiaux ou institutionnels de toutes sortes qui ont ceci de spécifique qu'ils concernent des faits qui se sont produits dans le huis clos de ces espaces c'est-à-dire dans un contexte où se mêlent souvent intimité, secret, mensonges et transgressions. *A fortiori* quand certains individus font régner la terreur et créent une atmosphère d'insécurité qui condamne au silence les victimes. Et c'est justement en raison de cette dimension de promiscuité que si peu de ces violences sont rapportées aux autorités, alors même que les études permettent de confirmer que les faits sont répétés par leurs auteurs³⁵⁰. Cela permet de comprendre les difficultés rencontrées lors des révélations de maltraitances en particulier au niveau du récit des victimes et de la détermination des mis en cause. La dimension intime de ces violences et l'omerta imposée peuvent expliquer la résignation des victimes, qui sont rapidement convaincues qu'elles ne seront pas crues et encore moins protégées par le monde extérieur ; ce qui est inévitable quand ce sont ceux censés assurer la protection qui agissent les violences (parents, enseignants, moniteurs ou autres adultes faisant autorité).

Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades (mineurs comme majeurs) et à la qualité du système de santé, la notion de collaboration entre tous les acteurs de santé a aussi été valorisée afin de permettre une meilleure prise en charge du patient³⁵¹ ; ce qui nécessitait la transmission de données confidentielles. Jusque-là les soignants échangeaient, bien souvent des informations entre eux, en toute illégalité et sans aucune autorisation juridique³⁵². Pour les médecins, la transmission d'informations relatives à un patient commun

³⁵⁰ STEFANI G., LEVASSEUR G. & al., *Criminologie et science pénitentiaire*, 2^e éd., Précis Dalloz, 1970, p. 52, n° 53.

³⁵¹ PONCHON F., *Le secret professionnel à l'hôpital et l'information du malade*, Paris, Berger-Levrault, coll. H, 1998, p. 47.

³⁵² HOERNI B., BÉNÉZECH M., *Le secret médical : confidentialité et discrétion en médecine*, Paris, Masson, coll. Abrégés, 1996, p. 53.

était une évidence puisqu'il se confiait à l'un et à l'autre³⁵³. Le Code de déontologie médicale organisait déjà une sorte de reconnaissance juridique de cette notion de secret partagé en indiquant : « lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés : chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade ».³⁵⁴ Mais en 1810 le Code pénal avait pourtant déjà interdit le partage d'informations entre professionnels sans l'accord de la personne concernée. Lors des discussions en 1992 sur la préparation du nouveau Code pénal il avait été envisagé de légiférer sur cette notion de secret partagé en indiquant la notion de la révélation faite « à une personne non habilitée à la partager »³⁵⁵. Mais cette proposition n'a pas été maintenue et une circulaire du 14 mai 1993 explique que le refus de légiférer³⁵⁶ « n'avait nullement pour objet de remettre en cause les pratiques ou les jurisprudences qui dans le silence des textes actuels ont pu faire application de cette notion. Celles-ci conservaient donc toute leur valeur [...] »³⁵⁷. Autrement dit pour les parlementaires (dont un certain nombre sont médecins de formation) le principe d'un partage d'informations était acquis entre médecins,³⁵⁸ mais les réticences et les résistances étaient majeures pour un partage avec d'autres soignants.

Compte tenu des pratiques sur le terrain, certains textes ont tenté d'apporter une réponse aux professionnels confrontés de plus en plus souvent à cette question d'échanges d'informations dans l'intérêt du patient, en particulier avec la généralisation des transmissions informatisées³⁵⁹ et la généralisation du travail pluridisciplinaire. Pour exemple la circulaire commune aux Ministères de la Justice et de la Santé du 21 juin 1996³⁶⁰, qui précise que : « Communiquer à un autre intervenant des informations concernant un usager, nécessaires à la continuité d'une prise en charge, soit au fait de contribuer à la pertinence ou à l'efficacité de

³⁵³ LOIRET P., *La théorie du secret médical*, Paris, Masson, coll. Médecine légale et toxicologie médicale, 1988, p. 137.

³⁵⁴ Issu du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale, JORF n° 209 du 8 septembre 1995, p. 13305.

³⁵⁵ LETURMY L., De l'utilisation des travaux préparatoires pour l'interprétation du nouveau Code pénal, *Revue Juridique du Centre-Ouest*, n° 14, juillet 1994, p. 24, in, J. PRADEL, M. DUANTI-JUAN, *Droit pénal spécial*, Paris, Cujas, Références, 6e éd, 2014, n° 319, p. 245.

³⁵⁶ Circulaire du 14 mai 1993 présentant les dispositions du nouveau Code pénal et de la loi n° 92-1336 du 16 décembre 1992 relative à son entrée en vigueur, NOR JUS.D.93-30017C.

³⁵⁷ Circulaire du 14 mai 1993 présentant les dispositions du nouveau Code pénal et de la loi n° 92-1336 du 16 décembre 1992 relative à son entrée en vigueur, NOR JUS.D.93-30017C.

³⁵⁸ Selon le Code de déontologie médicale : « lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés : chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade » (décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale, JORF n° 209 du 8 septembre 1995, p. 13305).

³⁵⁹ COUTURIER M., *Pour une analyse fonctionnelle du secret professionnel*, Thèse dactyl., Lille, 2004, p. 233.

³⁶⁰ « Santé-Justice », de la Direction générale de l'action sociale (disparue et remplacée par la Direction générale de la cohésion sociale depuis le décret n° 2010-95 du 25 janvier 2010, JORF 0021 du 26 janvier 2010, texte n° 25 et de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse).

cette prise en charge, ne constitue pas une violation du secret professionnel, mais un secret partagé. Il convient dans cette hypothèse de ne transmettre que les éléments strictement nécessaires, de s'assurer que l'utilisateur concerné est d'accord ou tout du moins qu'il en a été informé ainsi que des éventuelles conséquences que pourra avoir cette transmission d'informations. Le professionnel décidant de l'opportunité de partager un secret devra également s'assurer que les conditions de cette transmission (lieu, modalités), présentent toutes les garanties de discrétion. » Mais au-delà de ces initiatives, cette reconnaissance *infra-legem* du secret partagé ne permettait pas aux professionnels d'échanger sereinement sans crainte de poursuites pour violation du secret professionnel.

Si à l'origine le secret partagé n'a aucune existence juridique, c'est au final l'article L.1110-4 du Code de la santé publique issu de la loi du 4 mars 2002³⁶¹ et modifié par l'Ordonnance du 12 janvier 2017³⁶² qui finit par le consacrer dans le domaine médical. Il est désormais inscrit dans le Code de la santé publique, mais il n'existe toujours pas de définition juridique à son sujet, ce qui pose problème pour toutes les autres professions en particulier celles du secteur social et éducatif. Dans ces domaines, le partage d'informations d'ordre privé reste répréhensible³⁶³. Très rapidement l'existence de ce texte a conduit à des procédures entre autres suite à la saisie de la Cour de cassation au sujet du refus d'un médecin traitant de transmettre à un expert des informations au sujet d'une personne dont il devait évaluer les capacités neurocognitives, sous couvert du secret professionnel³⁶⁴. La Cour a considéré que le médecin ne pouvait opposer le secret médical à son collègue expert et avait l'obligation de lui communiquer les éléments nécessaires à la réalisation de son expertise.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016³⁶⁵ renforce cette possibilité d'échanger entre confrères sur la situation d'un patient dans un contexte où

³⁶¹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, p. 4118, texte n° 1.

³⁶² Ordonnance n° 2017-31 du 12 janvier 2017 de mise en cohérence des textes au regard des dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n° 0011 du 13 janvier 2017 texte n° 25.

³⁶³ Art. 226-13 du Code pénal. Au titre de l'article 226-13 du Code pénal, la CA Aix-en-Provence a condamné 29 juin 1995, un expert-comptable pour violation du secret professionnel. Arrêt n° 849, JurisData n° 1995-044961 « Se rend coupable de violation de secret professionnel le prévenu, expert-comptable, qui porte à la connaissance de la direction régionale des impôts des faits réels et des informations dont il avait été le dépositaire à raison de sa profession et qui revêtaient, comme tel, un caractère secret. Il importe peu, à cet égard, que le destinataire de ces informations soit lui-même astreint au secret professionnel, dès lors que seule importe la non-divulgence de l'information secrète. »

³⁶⁴ Cass., 1re civ., 22 mai 2002, n°00-16.305, Bull. civ. n° 144, JurisData : n° 2002-014431, Paris, éd. Defrénois 2002, p. 1477, note J. MASSIP.

³⁶⁵ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n° 0022 du 27 janvier 2016, texte n° 1.

l'évolution des connaissances scientifiques et la spécialisation constante des soignants nécessitent de plus en plus de travailler avec des renseignements communs. Désormais les informations relatives à un patient sont considérées comme des données appartenant à un service hospitalier³⁶⁶ et non plus à un soignant en particulier³⁶⁷. Il n'existe au final plus d'exclusivités du lien entre patient et soignant, ce que toutes les personnes soignées n'ont pas toujours bien compris. L'article L.1110-4 du Code de la santé publique ne remet pas en cause le serment médical d'Hippocrate selon lequel « tout ce que [qu'il verra] ou [entendra] au cours du traitement ou même en dehors du traitement, concernant la vie des gens, si cela ne doit pas être répété au-dehors [il le taira] considérant que de telles choses sont secrètes [...] », car le législateur rappelle que tout patient a « le droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant. »³⁶⁸ Ce qui revient à conclure que le secret partagé ne règle pas toutes les questions liées au secret professionnel,³⁶⁹ mais représente juste une sorte d'aménagement de celui-ci³⁷⁰. Avec une précision fondamentale rappelée dans les textes qui est que 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. La loi prévoit que « le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant ». Donc s'il s'agit d'un mineur considéré en danger, et que les professionnels échangent sans en informer les parents, il doit impérativement être précisé sur le compte-rendu des échanges que les parents n'ont pas été informés, car cela apparaissait contraire à l'intérêt de l'enfant (risque de pressions pour qu'il se rétracte, disparition de preuves...)

³⁶⁶ Ce que prévoit l'article L.1110-4, III du Code de la santé publique : « Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L.1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe ». À ce sujet S. PECHILLON, L'adaptation du secret médical à l'hôpital : du silence à l'information médicale, in, M.-L. MOQUET-ANGER (dir.), *De l'hôpital à l'établissement public de santé*, Paris, l'Harmattan, coll. Logiques juridiques, 1998, p. 317.

³⁶⁷ « Lorsqu'une personne a recours à un établissement de soins, [...] c'est à l'ensemble du personnel médical que, sauf prescription particulière de la part de ce malade, le secret médical est confié » : CE, 11 février 1972, Crochette, n° 76799, Rec. p. 138, R.D publ. 1972, p. 959, concl. G. GUILLAUME, Dr. Social 1972, p. 404, D. 1972. 426, note M. LE ROY.

³⁶⁸ Art. L.1110-4, I C. sant. pub.

³⁶⁹ EVIN C., *Le secret médical dans le cadre hospitalier*, Paris, Dalloz, 2009, p. 2639.

³⁷⁰ BÉNÉTEAU M., Le secret professionnel, un rempart pour l'intime ou un secret de Polichinelle, in, *L'intime au travail*, Paris, Empan 2010, 1, n° 77, p. 31-34.

La loi du 26 janvier 2016³⁷¹, élargie enfin la liste des professionnels autorisés à partager le secret tout en maintenant les conditions de ce partage, mais n'apporte pas de réelles spécificités à son application au sujet des mineurs ou des majeurs vulnérables. La seule particularité qui pourrait être éventuellement reconnue au mineur et à l'adulte vulnérable ne dépendrait pas de la loi, mais de la perception par le professionnel de la capacité de discernement de ce patient ou de son état de vulnérabilité. Au niveau du CASF c'est l'article L. 226-2-2 qui détermine les professionnels pouvant prétendre au secret partagé conformément aux directives de la loi °2007-293 réformant la protection de l'enfance. Mais comme le rappelle Laurent Bloch « le secret ne signifie pas la transparence. »³⁷² Le partage d'informations devrait exclusivement concerner les données nécessaires pour évaluer et prendre en charge la situation. Mais sur le terrain force est de constater que derrière ce terme de « secret partagé », qui est en soi un oxymore déroutant, fait que des informations de toutes sortes circulent sans le moindre respect de la vie privée des personnes et sans que les représentants légaux soient informés de ce partage de données comme la loi le prévoit (précisons ici qu'il est prévu « d'informer » les représentants légaux » et non d'avoir leur autorisation. Dans le cadre de compte-rendu où des éléments relevant du secret partagé sont transmis, il serait fondamental que les professionnels précisent bien qu'ils ont fait cette information, afin d'éviter toute plainte, toujours possible des personnes concernées.

Quand la question d'un signalement se pose, ce sont aussi tous les enjeux liés à la confiance portée par la personne concernée au professionnel qui se trouvent interrogés. En favorisant le décloisement entre acteurs de santé, l'article L.1110-4 du Code de la santé publique visait à « permettre aux professionnels de partager les informations utiles à la continuité des prises en charge » avec l'introduction de la notion « d'équipe de soin » comprenant les soignants, mais aussi les professionnels de « secteurs sanitaire, social et médico-social ». Le législateur a donc très largement étendu la liste des intervenants autorisés à partager le secret (qu'il s'agisse de mineurs ou de majeurs) à tous ceux qui « à raison de leur état, de leur profession, de leur fonction ou de leur mission temporaire » peuvent être amenés à échanger des informations sur le patient, en particulier les assistants du service social, les assistants maternels et assistants familiaux, les éducateurs et aides familiaux, les personnels pédagogiques occasionnels des accueils collectifs de mineurs, les permanents des lieux de vie, les ostéopathes

³⁷¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

³⁷² BLOCH L., Dossier santé et protection de l'enfant : Protection de l'enfance et secret professionnel, *AJ fam.*, 2015, p. 269.

et les chiropraticiens, les non professionnels de santé, les particuliers accueillant des handicapés... Du fait de cet élargissement à des professionnels autres que soignants, la loi du 26 janvier 2016 a logiquement élargi les secteurs d'application du partage du secret aux établissements de services éducatifs, sociaux et médico-sociaux³⁷³.

Nous pourrions penser que cette évolution faciliterait les échanges entre professionnels lors de la perspective d'un signalement, mais sur le terrain les cloisements persistent. Et le fait même d'évoquer le terme secret professionnel continue de susciter des crispations et des défenses de toutes sortes.

L'article L.1110-4, II du Code de la santé publique indique qu'un « professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition que ces professionnels participent tous à la prise en charge du patient et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social ». Il ne s'agit donc plus de « secret partagé », mais de « partage d'informations » et ce glissement sémantique n'est pas sans conséquence lorsqu'un signalement est envisagé. Nous pouvons faire l'hypothèse que le législateur a souhaité consacrer cette pratique du « partage » d'informations qui existait depuis toujours sans jamais avoir été nommée dans la loi. Il n'a pas souhaité limiter le « partage d'informations » à un cadre juridique précis puisqu'il l'autorise entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins (alinéa 5 de l'article L.1110-4), mais il précise que « le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. »

Si l'autorisation de partage d'informations a progressivement été légalement autorisée, elle reste une possibilité et non une obligation (art. L.226-2-2 du CASF). L'information préalable des représentants de l'autorité parentale est exigée avant tout partage d'information, mais sous réserve des situations où sur cette information serait contraire à l'intérêt de l'enfant (et le mettrait en danger de subir des pressions ou voir des preuves disparaître). Il s'agit toutefois d'une simple information, mais pas d'une recherche d'autorisation. Le partage d'information reste encadré par des conditions précises à savoir quand cela est « strictement nécessaire »,

³⁷³ Décret du 20 juillet 2016 précisant les catégories de personnes autorisées à échanger des informations sur le patient.

notion qui est citée à de multiples reprises dans l'article 121-2 du CASF créé par la loi du 5 mars 2007 : « Par exception à l'article 226-13 du même Code, les professionnels qui interviennent auprès d'une même personne ou d'une même famille sont autorisés à partager entre eux des informations à caractère secret, afin d'évaluer leur situation, de déterminer les mesures d'actions sociales nécessaires et de les mettre en œuvre. Le coordonnateur a connaissance des informations ainsi transmises. Le partage de ces informations est limité à ce qui est strictement nécessaire à l'accomplissement de la mission d'action sociale ». La loi de 2007 prévoit que « par exception à l'article 226-13 du Code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance » (art. 226-2-2 du CASF). Enfin la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes modifie l'article 345-1 du CASF pour : « les personnels des centres d'hébergement et de réinsertion sociale sont tenus au secret professionnel dans les conditions prévues aux articles 226-13 et 226-14 du Code pénal. Par dérogation au même article 226-13, ils peuvent échanger entre eux les informations confidentielles dont ils disposent et qui sont strictement nécessaires à la prise de décision. » Un ultime ajustement quant aux échanges de données a été fixé dans l'article L1110-4 du Code de la santé publique modifié par la loi Santé du 26 janvier 2016 : « Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient **strictement nécessaires** à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. »

Cette notion de « strictement nécessaire » pourrait paraître rassurante sauf qu'elle comporte des biais subjectifs inévitables : le terme « nécessaire » n'est pas défini et ce qualificatif peut laisser libre cours à d'innombrables interprétations : nécessaire pour qui ? (la personne à protéger, le professionnel, l'institution) ; pour quoi ? (objectif, finalité) ; quand ? (à partir de quel moment le partage d'information apparaît-il comme une nécessité ou non ?) En fait elle vient nous rappeler qu'au final les professionnels sont soumis de façon très paradoxale au secret professionnel qui se trouve progressivement dévoyé et vidé de son sens initial par des cultures institutionnelles du partage d'informations convaincues que plus le professionnel a d'informations, mieux il agit. Cette logique conduit bien des institutions à mettre en place des

directives, des protocoles, des notes internes et autres chartes auquel les agents se réfèrent, bien plus qu'au cadre légal qui s'impose pourtant à lui. Le rapport au secret professionnel, au secret partagé et la façon dont ces deux notions se construisent deviennent au final dépendant de la façon dont l'institution se les approprie. Tous ces outils n'ont de sens que s'ils s'intègrent dans le respect du droit et si la culture professionnelle s'inscrit davantage sur celle d'une posture d'analyse que d'applications irréfléchies de directives.

TITRE 2 - LES DIFFICULTES DES PROFESSIONNELS SOIGNANTS FACE AUX DISPOSITIFS DE PROTECTION

Face aux dispositifs de protection existants, les professionnels soignants peuvent être en difficulté, ce qui les conduit à ne pas signaler. Bien comprendre ces difficultés apparaît essentiel pour pouvoir les prévenir. Dans un premier chapitre seront abordées les différentes méconnaissances qui majorent les difficultés puis les difficultés mêmes à poser l'acte de signalement.

Chapitre 1 : Des difficultés majorées par des méconnaissances multiples

L'étude réalisée permet de constater de nombreuses difficultés des soignants face aux situations de maltraitance et en particulier par rapport au dispositif de protection. Un des premiers blocages qui apparaît est lié aux biais quant aux connaissances épidémiologiques qui restent incertaines ce qui ne facilite pas l'investissement face aux procédures et inéluctablement à l'égard des dispositifs de protection. Sera dans un premier temps étudié le manque de données épidémiologiques fiables (qui peut laisser des professionnels dans l'incertitude, face à leur évaluation) sera abordée la difficulté à signaler du fait du manque de formation.

Section 1 - Le manque de données épidémiologiques réellement fiables

Envisager la connaissance de la maltraitance nécessiterait d'avoir une notion précise de sa fréquence et de ce fait des données épidémiologiques fiables. Or cela s'avère des plus délicats non seulement raison des sources où sont recueillies plaintes et signalements, mais aussi parce que nombre de victimes ne révèlent jamais ce qu'elles ont subi.

Dans un « aide-mémoire » publié en 2016, l'OMS rappelle qu'au niveau international, un quart des adultes déclarent avoir subi des maltraitances dans l'enfance et insiste sur les conséquences somatiques et psychiques tout au long de la vie de ces violences. Les repérer est donc fondamental, mais nous le verrons bien des professionnels hésitent et justifient leur absence de décision en faisant référence aux chiffres qu'ils peuvent connaître. Or dans le vaste champ épidémiologique, obtenir des chiffres précis en matière de maltraitance des personnes vulnérables s'avère des plus complexe, car seules les données signalées se trouvent quantifiables. Non seulement, car cela nécessite que les personnes soient repérées ET signalées ou en capacité de se plaindre et de solliciter de l'aide ; mais en suite que leur plainte soit enregistrée et prises en compte ce qui est loin d'être aujourd'hui le cas dans les commissariats et les gendarmeries de France. Se faire insulter conduit au mieux à une main-courante quant aux menaces de mort la plupart des enquêteurs répondent aux victimes « qu'il en faut plusieurs pour obtenir l'enregistrement d'une plainte ». Les chiffres transmis sont donc très en deçà de la réalité des violences commises sur les personnes vulnérables (selon l'OMS, seul un cas de maltraitance sur 24 serait notifié).

Autres limites, celles des modalités d'enregistrement des plaintes qui ne permettent pas d'avoir de façon précise certaines catégories de violence. Par exemple « l'inceste » n'est pas renseignable en tant que tel et pour faire une étude sur ce sujet il faut recouper le type

d'agression et le lien avec l'auteur. Autre exemple les violences financières n'apparaissent pas dans les classements statistiques. Au-delà des manquements de ces données, il est aussi nécessaire de ne pas faire abstraction de la dimension interprétative et de la subjectivité de l'agent prenant la déposition. Certaines hiérarchies incitent à limiter la prise de plaintes ce qui est bien connu des victimes qui s'entendent dire « qu'elles n'ont pas le droit de porter plainte ». Tout simplement, selon les enquêteurs, parce que des dérives peuvent être données pour que les statistiques de la criminalité ne soient pas trop importantes. Cette réalité rapportée par les professionnels des différentes fonctions publiques concernées par les signalements faits qu'il n'est pas possible de ne pas prendre en compte ce défaut d'enregistrement des plaintes dans l'établissement des données statistiques³⁷⁴.

Enfin concernant les signalements effectués il est très compliqué d'avoir l'ensemble des signalements réalisés par les différentes structures, car il n'existe toujours pas de logiciel commun pour renseigner les données. Par exemple pour les mineurs, l'ONED devait recenser l'ensemble des signalements effectués par l'éducation nationale (via la DESCO, Direction de l'Enseignement Scolaire du Ministère de l'Éducation nationale à partir du dispositif SIGNA recensant les violences en milieu scolaire), les services socio-éducatifs, les services hospitaliers, l'ODAS - Observatoire de l'Action Sociale Décentralisée ; le 119 (Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée SNATEM) ; mais ne parvient pas à regrouper dans ces chiffres les signalements issus de plaintes directes.

Aussi, le recueil des données épidémiologiques sur les maltraitances subies par des mineurs ou des personnes âgées vulnérables reste difficilement appréhendable, car ces violences sont le plus souvent tues et que nombre d'entre elles ne sont pas visibles. Il apparaît dès lors difficile, en l'absence de données avérées, d'élaborer des données qui fassent consensus et des schémas d'intervention validés par tous.

Il existe aussi de nombreux biais méthodologiques qui ne permettent pas aujourd'hui d'assurer une transmission totalement efficace entre les différents secteurs médical, éducatif, judiciaire et social malgré la création de l'ONED qui était censée apporter des données plus fiables au moins au sujet des mineurs. Sur le terrain le professionnel sont débordés et ne transmettent pas toujours leurs données ce qui fait que les responsables ne peuvent à leur tour relayées que des chiffres qu'ils savent en déca de la réalité. Ensuite faire la synthèse entre toutes

³⁷⁴ CARESCHE C. & PANDRAUD R., Sur la création d'un Observatoire de la l'ODAS. *La documentation française*, Coll. Des Rapports officiels, Janvier 2002, p. 13 (en ligne) : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000053.pdf>].

les institutions (éducation nationale, services socio-éducatifs, services enquêteurs, justice, secteur libella et public) s'avère juste impossible en l'absence de support commun. La mise en place d'un logiciel de recensement permettrait de limiter toutes ces pertes de données, mais cela n'est pas d'actualité.

Ces différentes origines de données rendent l'évaluation épidémiologique incertaine et nous savons que ces chiffres sont bien en deçà de la réalité, car ils ne prennent en compte que les victimes qui révèlent et celles qui sont repérées et en aucun cas toutes celles qui ne parviennent pas à le faire, car elles n'en ont pas les capacités physiques. Pour d'autres c'est la peur, la honte, la culpabilité, la terreur des représailles ou les identifications projectives à l'agresseur qui les condamnent au silence.

Les chiffres relayés par les autorités peuvent donc être considérés comme la partie immergée de l'iceberg représentant les violences faites aux personnes vulnérables. Il reste de très difficile, malgré les progrès technologiques de référencement informatique et les innombrables études statistiques menées récemment, d'avoir une notion précise des données épidémiologiques en matière criminologique et tout particulièrement au sujet de la maltraitance. Comme l'indique Stéfani & al. «une large partie de la criminalité réelle échappe aux observations scientifiques»³⁷⁵. Cette difficulté à analyser le décalage entre les données manifestes de la criminalité et la réalité de celle-ci pose des problèmes majeurs en termes de politique criminelle et d'évaluation de l'efficacité des stratégies mises en place par les Ministères concernés (justice, intérieur, santé, éducation nationale) ⁷³⁷⁶. Régulièrement des rappels à la réalité sont faits par les associations de protection de l'enfance et des adultes vulnérables et alertent sur les défauts de fiabilité de ces chiffres et le caractère minimaliste des données transmises. Seuls les faits avérés sont au final des éléments sûrs, mais ils ne font que mettre en lumière une criminalité parcellaire bien éloignée de la réalité des faits : toutes les victimes qui se taisent, tous les professionnels qui ne signalent pas, toutes les affaires classées conduisent à ce que bien des faits de maltraitance restent impunis. La statistique pénale ne permet d'avoir accès qu'aux faits ayant fait l'objet d'une sanction et de condamnations prononcées par les juridictions pénales³⁷⁷.

³⁷⁵ STEFANI G., LEVASSEUR G.& al, *Criminologie et science pénitentiaire*, 2^e éd., Précis Dalloz, 1970, p. 52, n° 53.

³⁷⁶ GAUTRON V., L'évaluation de la politique criminelle : des avancées en trompe-l'œil ? *Arch. Po. Crim.*, n° 30, 2008, p. 206.

³⁷⁷ MATSOPOULOU H., Quelques réflexions sur la place des statistiques dans la politique pénale, in C LAZERGES *Politiques criminelles. Mélanges en l'honneur*, 2014, p. 235.

En l'absence de données précises et certaines, il est difficile d'organiser la cohérence des pratiques et celle des politiques institutionnelles. Ce qui conduit à des rapports (comme ceux de l'ONPE et anciennement de l'ONED qui constatent très justement les difficultés de terrains dans la prise en charge des enfants en danger, mais qui sont principalement composés de comptes-rendus de réunions de concertation avec des données chiffrées limitées au nombre d'enfants pris en charge. Avec ces seuls éléments, il est bien difficile d'apporter des réponses aux attentes des professionnels et de donner aux équipes et aux institutions les éléments de repères nécessaires. Et sans données ni références communes il apparaît impossible d'évaluer les pratiques de chacun puisque les outils et les modalités d'interventions varient d'un professionnel à l'autre, d'une équipe à l'autre, d'une institution à l'autre.

§ 1 : Les données statistiques actuellement accessibles pour les mineurs

Si les données statistiques ne sont pas satisfaisantes, certaines recherches menées permettent tout de même de faire un certain nombre de constats en particulier au sujet des mineurs³⁷⁸. De 1996 et 2006, les mauvais traitements sur enfants de moins de quinze ans recensés par la police et la gendarmerie, ont plus que doublé. Pour l'Observatoire National de l'Enfance en Danger – ONED³⁷⁹ (devenu en 2016 l'ONPE – Observatoire National de la Protection de l'Enfance) il y aurait une « mutation » des formes de violences exercées à l'encontre des enfants : les signalements pour maltraitements physiques et sexuelles ont tendance à régresser tandis que ceux concernant les négligences lourdes et les violences psychologiques augmentent. Plus de 288 300 enfants de moins de dix-huit ans bénéficiant d'une mesure de protection³⁸⁰ et la proportion des mineurs pris en charge aurait augmenté de 1,5 % depuis dix ans.

Lors de l'enquête nationale menée en 2006 par le Ministère de la Santé (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, il est constaté que 15 % des hommes et 8,4 % des femmes âgées de 20 à 75 ans déclarent avoir vécu/subi des violences physiques de manière durable durant l'enfance et l'adolescence (soit 11,6 % de l'ensemble de la population) ; et seulement 6,1 % de ces hommes et 12,3 % de ces femmes auraient été pris en charge par des services de protection de l'enfance (soit 8,5 % de l'ensemble)³⁸¹. Dans la même étude, 0,2 %

³⁷⁸ TURSZ A., *Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France*, Paris Le Seuil, 2010.

³⁷⁹ <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000137/index.shtml>

³⁸⁰ <https://www.onpe.gouv.fr/mots-cles/statistique>

³⁸¹ Enquête EVS menée en 2005-2006 par la DREES auprès de 10 000 personnes âgées de 18 à 75 ans.

des hommes et 2,5 % des femmes âgées de 20 à 75 ans en 2005-2006 déclarent avoir subi des violences sexuelles de manière répétée durant l'enfance et l'adolescence (soit 1,4 % de l'ensemble) ; et seulement 7,8 % de ces hommes et 19,7 % de ces femmes auraient été pris en charge par des services de protection de l'enfance (soit 18,8 % de l'ensemble). 11,6 % des hommes et 16,7 % des femmes âgées de 20 à 75 ans en 2005-2006 déclarent avoir vécu un grave manque d'affection durant l'enfance et l'adolescence (soit 14,2 % de l'ensemble) ; et seulement 12,5 % de ces hommes et 12,7 % de ces femmes auraient été pris en charge par des services de protection de l'enfance (soit 12,6 % de l'ensemble) ^{En} 2016 l'ONPE réalise une étude issue d'enquêtes de victimation qui ne porte pas exactement sur les mêmes méthodologies, les mêmes populations et qui sont pour la plupart rétrospectives, c'est-à-dire qu'elles portent sur le vécu de personnes au cours de leur vie donc sur des souvenirs d'actes et non sur des actes précis, ce qui pose déjà de multiples problèmes en particulier ceux liés à la mémoire traumatique et au processus de mémorisation.

§ 2 : Les données statistiques actuellement accessibles au sujet des personnes âgées maltraitées

Les données statistiques actuellement accessibles au sujet des personnes âgées maltraitées s'avèrent encore plus difficiles à obtenir que pour les mineurs. Il existe en effet très peu d'études à ce sujet et l'attention portée aux violences commises sur les seniors apparaît encore plus récente que celle concernant les enfants. Au niveau international l'Organisation Mondiale de la Santé considère qu'il existe près de 141 millions de personnes âgées dans le monde et qu'une personne âgée sur six serait confrontée chaque mois à la maltraitance. Pour l'OMS cette situation ne peut que s'aggraver compte tenu du vieillissement général de la population (le nombre des individus de plus de 60 ans dans le monde devrait au moins doubler, passant de 900 millions en 2015 à quelque 2 milliards en 2050). L'inquiétude de l'OMS est d'autant plus grande que la grande majorité des personnes âgées se trouvent dans des pays à revenus faibles ou intermédiaires. Dans une étude récente soutenue par l'OMS et publiée en 2016 dans *The Lancet*, Global Health a analysé les données issues des 52 principales études réalisées dans 28 pays, dont 12 à revenus faibles ou intermédiaires. Selon ses résultats il est constaté que près de 16 % des personnes âgées de 60 ans et plus ont déjà été victimes de sévices psychologiques (11,6 %), de maltraitance financière (6,8 %), de négligence (4,2 %), de maltraitance physique (2,6 %) ou d'abus sexuels (0,9 %). Avec ici la même précaution à

prendre que pour les mineurs sur le décalage probable entre ces chiffres et la réalité des maltraitances.

En France, dans son rapport de septembre 2016, le Défenseur des droits évalue que plus de 800 000 personnes majeures bénéficient de mesure de protection judiciaire et que 360 000 seraient protégées dans le cadre de mesures familiales ou de mandataires associatifs. La maltraitance sur les âgés est bien réelle et de plus en plus d'études attestent de sa gravité. Elle concernerait près de 600 000 personnes âgées en France³⁸² et des chiffres similaires se retrouvent dans les autres pays européens. Ce qui a conduit le Comité des ministres du Conseil de l'Europe à recommander une protection globale des personnes âgées, quel que soit leur lieu de vie, Le personnel médical entendu au sens large, tout comme les aidants sont considérés par ces instances comme des acteurs essentiels dans la détection et le signalement de ces violences³⁸³.

Une plateforme d'alerte a été mise en place il y a déjà plusieurs années, en 2008, avec un numéro d'appel spécifique (non gratuit), le 3977 géré par l'association ALMA l'association Allo maltraitance des personnes âgées et/ou personnes handicapées. Mais il reste mal connu des personnes âgées elles-mêmes (pour celles qui seraient en capacité de l'utiliser) et des proches qui souhaiteraient essayer de les protéger. Selon le dernier rapport d'activité du 3977, les 55 centres d'écoutes répartis dans 77 départements reçoivent des appels en légère augmentation d'une année à l'autre : 29 610 appels en 2018 contre 23 630 en 2013. L'OMS dans une étude publiée dans la revue *The Lancet Global Health*, évaluait en 2016 qu'une personne âgée sur 10 serait maltraitée par mois, mais ce chiffre est sans aucun doute sous-estimé en raison du silence des victimes et des professionnels. En 2013, l'ancienne ministre déléguée chargée des personnes âgées, Michèle Delaunay, s'était tentée à une évaluation avec le chiffre de 600 000 cas recensés en France. Sur les derniers chiffres transmis par le Ministère en 2018, le nombre d'appels pour signaler des maltraitances aurait augmenté de 13 % en un an, mais il est difficile de savoir si les actes eux-mêmes ont augmenté ou si ce sont les révélations qui se libèrent davantage.

³⁸² PLAMONDON L., Violence en contexte d'intimité familial des personnes âgées, *Gérontologie et société*, 2007, 122. cit., p. 168.

³⁸³ COMITÉ DES MINISTRES, CONSEIL DE L'EUROPE, Recommandation CM/Rec., 2014, 2, proc., IV pt. 18.

« Les États membres devraient prendre des mesures suffisantes pour sensibiliser le personnel médical, les aides-soignants, les aidants ou les autres personnes intervenant auprès des personnes âgées afin de leur permettre de déceler les cas de violence ou d'abus, quel que soit le lieu, les informer sur les mesures à prendre en cas de soupçon qu'un tel acte s'est produit, et, en particulier, les encourager à signaler les abus aux autorités compétentes ».

Le faible taux de personnes appelant et étant directement concernées est expliqué par les responsables de la plate-forme en raison du nombre important de sujets en incapacité de le faire du fait de problèmes médicaux (plus d'accès à la parole, troubles neurocognitifs, démence), d'isolement (pas d'accès au téléphone et à l'existence de ce numéro ressources), mais également, car un certain nombre de personnes âgées banaliseraient les violences subies considérant cela comme « normal » et « inévitable » vu leur âge. Le grand âge peut ainsi être considéré comme une cause inhérente de vulnérabilité et peut être pris en compte comme circonstance atténuante. Mais nous savons les inégalités existantes entre des personnes âgées soutenues et protégées par des proches et celles abandonnées aux cupides et maltraitants ; tous comme les différences entre personnes riches et pauvres, en bonne santé ou malades. Pour le législateur c'est bien davantage la notion de vulnérabilité qui est retenue que celle de l'âge en tant que tel et plus précisément la vulnérabilité liée à l'altération des facultés mentales et/ou physiques.

Mais les données épidémiologiques restent incertaines également en raison de la difficulté à réaliser des études prospectives en particulier auprès des populations vulnérables depuis les contraintes posées par la loi Jardé en matière de recherche³⁸⁴ sur l'être humain.

Si ces premiers éléments épidémiologiques peuvent faire penser à une évolution favorable en matière de protection des personnes vulnérables, d'autres données viennent invalider l'optimisme d'une meilleure prise en charge. 300 à 600 décès d'enfants resteraient ainsi imputables chaque année à la maltraitance, parmi lesquels seuls 10 % seraient des cas signalés³⁸⁵ avec une sous-estimation majeure des homicides de nourrissons.³⁸⁶

Selon Anne Tursz et son équipe 80 % des enfants hospitalisés pour maltraitance ont moins de trois ans et 40 % moins d'un an. Et un enfant sur deux cents admis en pédiatrie qui serait victime de maltraitance.

Compte tenu des pratiques constatées par les professionnels de terrain par certains Parquets ou CRIP, une autre critique se trouve souvent formulée : celle de minimiser la gravité des faits. Pour exemple un enfant placé dans un foyer suite à une révélation d'inceste et qui agresse sexuellement un autre enfant (ou qui est agressé) voit exceptionnellement ces faits

³⁸⁴ Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 dite Loi Jardé, relative aux recherches impliquant la personne humaine <http://www.anrs.fr/sites/default/files/2018-10/Typologie%20et%20limites%20des%20RIPH.pdf>

³⁸⁵ TURSZ A., *Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France*, Paris Le Seuil, 2010

³⁸⁶ TURSZ A, GERBOUIN-REROLLE P., ROMANO H., *Études auprès des parquets. Quelles données recueillir pour améliorer les pratiques professionnelles face aux morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an*, INSERM, 2005. [Consulté le 27 mai 2019]. <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570632/document>

donnant suite à des signalements. Les professionnels justifient cette inertie par le fait que « l'enfant est placé et qu'il y a déjà des mesures en place » et peu importe que celles-ci n'aient rien avoir avec les faits. Autre situation celle des agressions au sein des fratries qui mettent les parents dans des situations de conflits ingérables. Ils sollicitent le plus souvent l'hôpital qui généralement n'effectue pas le moindre signalement même pour des faits de viol (exemple d'un parent ayant surpris un de ses enfants en train de sodomiser un lus jeune ou de se faire faire une fellation). Les justificatifs avancés sont multiples, mais les plus fréquents sont le fait « d'avoir la garantie que les parents surveilleront mieux les enfants » ou la volonté de ne pas « s'immiscer dans les affaires familiales ». Même s'il est rappelé à ces intervenants que les études rétrospectives menées auprès d'enfants victimes d'abus de leur fratrie conduisent le plus souvent à l'expulsion véritable de l'enfant victime de la famille bien plus qu'à sa protection³⁸⁷, ces pratiques perdurent.

Avoir des données épidémiologiques fiables sur la maltraitance apparaît donc particulièrement délicat, surtout que ces faits ont lieu dans le huis clos familial, que les victimes les dénoncent rarement et que tout est fait par les auteurs pour les dissimuler. Nous pouvons espérer dans les années à venir que les chiffres seront plus fiables grâce aux études de victimation nationale menées par l'INSEE depuis une dizaine d'années³⁸⁸ et à la création de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP) qui proposent « une approche multi-sources »³⁸⁹ de la criminologie, dépassant le simple registre des plaintes déposées auprès des services de police et de gendarmerie, ou des juridictions répressives.³⁹⁰

Les enquêtes de victimation comportent, elles aussi, leurs limites, car elles sont basées sur du déclaratif³⁹¹ et ne peuvent garantir une certitude pleine et entière des faits déclarés³⁹² et il est impossible d'affirmer que la personne interrogée n'a pas menti ou déformé sa situation

³⁸⁷ AYOUN P., ROMANO H. (dir.). *Inceste, lorsque les mères ne protègent pas leur enfant*, Ramonville-Sainte-Agne, Erès, 2013.

³⁸⁸ Pour exemple l'étude récente de l'INSEE sur les Conditions de vie des ménages, in V. B. AUBUSSON DE CARVALAY, N. LALAM, R. PADIEU, P. ZAMORA, Les statistiques de la délinquance, in France, portrait social, Paris, *La documentation française*, p. 150.

³⁸⁹ BAUER A., RISK C., SOULLEZ C., *Statistiques criminelles et enquêtes de victimation*, Paris, PUF, Que sais-je ? 2011, p. 108.

³⁹⁰ L'ONDRP recense les informations d'administrations aussi diverses que les hôpitaux, les douanes, ou la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes. Et sa composition hétéroclite lui permet de concentrer un large panel d'indicateurs : des maires, des députés, des sénateurs, un chercheur, un universitaire, un membre du barreau, ect. <https://inhesj.fr/ondrp>

³⁹¹ Pour exemple l'enquête « Cadre de vie et sécurité » (CVS) prend en compte une « "victime déclarée" afin de bien insister sur le caractère déclaratif du statut de victime », C. Rizk, « Éléments de profil des hommes et des femmes de 18 à 75 ans ayant déclaré avoir été victimes de violences physiques et sexuelles sur deux ans par conjoint cohabitant. Enquêtes "Cadre de vie et sécurité" Insee-ONDRP de 2008 à 2014 », op. cit., p. 7.

³⁹² MATSOPOULOU H., Quelques réflexions sur la place des statistiques dans la politique pénale, in B. BOULOC, MATSOPOULOU H., *Droit pénal et procédure pénale*, 2018 (21^e éd.), Paris, Sirey, p. 237-238.

personnelle. Enfin, ces études quantitatives sont réalisées à grande échelle, et ne peuvent permettre une analyse qualitative suffisamment fine (par exemple les types de liens entre la victime et le ou les mis en cause de la délinquance, le parcours entre les faits et leur révélation, le devenir précis des victimes selon les décisions judiciaires prises, etc.)

Enfin la culture du cloisonnement entre institutions (hospitalières, judiciaires, socio-éducatives, scolaires), persiste malgré des tentatives de rapprochements entre ces mondes si différents³⁹³. Au sein même des institutions la remontée des données reste rude, comme à l'Éducation nationale où les conseillers techniques au sein de chaque académie ont les pires difficultés pour obtenir certaines données (exemple nombre de signalements, taux de suicide, type et nombre d'événements traumatiques) en raison de défenses multiples (individuelles et institutionnelles), ce qui leur rend très difficile la transmission de toutes ces données au niveau rectoral puis national. Pour autre exemple le travail qu'a essayé de réaliser Michel Velayandon, mandataire judiciaire à la protection des majeurs de l'Union départementale des Associations familiales (UDAF) de Guadeloupe³⁹⁴, où il n'a pu que constater les difficultés à faire « vivre le réseau » associatif local et à évaluer la délinquance en raison des difficultés entre articulations des besoins de la population locale et les préoccupations de l'UDAF liées aux enjeux politiques locaux³⁹⁵. Sans définition d'objectifs d'action commune avec l'ensemble de toutes les associations familiales locales (en proximité directe avec les besoins de la population), il restera bien difficile de faire des études fiables et d'avoir des remontées de données valables.

Au-delà des enjeux liés aux difficultés à obtenir des données plus certaines quant au nombre d'enfants et de personnes âgées maltraité(e)s, il est nécessaire de rappeler que tout chiffre reste une connaissance statique qui ne peut prendre une dimension dynamique que si elle est intégrée dans une comparaison avec d'autres données recueillies à des temps différents et dans des contextes autres. Les études qui amènent à des constats à un moment donné ont montré leur limite dans la compréhension de la maltraitance et de ces enjeux dans le devenir des personnes concernées. Engager des études prospectives permettant le suivi sur plusieurs années d'enfants comme de personnes âgées maltraité(e)s apparaît indispensable aux

³⁹³ En témoigne, la généralisation de l'installation de bureaux d'aide aux victimes dans tous les postes de police, unités de gendarmerie et tribunaux de grande instance.

³⁹⁴ VELAYANDON M., *Propos recueillis lors d'un entretien réalisé au service Mandataire Judiciaire, Basse-Terre, 25 mai 2015.*

³⁹⁵ La mission de l'UDAF est de représenter l'ensemble des familles d'un département, plus précisément leurs intérêts matériels et moraux. Le concours du service Mandataire judiciaire peut être notamment sollicité au cours de la procédure pénale, pour l'accompagnement du majeur protégé, victime ou prévenu. Il travaille, de plus, souvent en coordination avec les familles des majeurs, M. Velayandon, *op. cit.*

professionnels pour soutenir leur pratique au quotidien et les aider dans le repérage. Par exemple des études sur « que sont devenus les enfants maltraités » apportent des éléments, mais bien moins qu'une recherche qui s'inscrirait dans un accompagnement dynamique du sujet avec pour thématique « enfants maltraités, que deviennent-ils ? » Dans ce second cas, cela engage la compréhension de la situation dans le temps et ne réduit pas la personne concernée à son statut de sujet maltraité, mais l'investit comme un sujet à part entière en capacité de vivre au-delà des violences subies.

Section 2 - La difficulté à signaler par manque de formation

Le manque de formation conduit à des difficultés à signaler pour les soignants. Ce constat nous amène à envisager les enjeux des formations initiales et continues, les réponses données par les participants à l'étude, puis la question des supervisions.

§ 1 : Les enjeux des formations initiales et continues

La formation correspond à ce qui est appris par les professionnels au cours de leurs années d'études (formation initiale) comme à l'issue de celle-ci (formation continue). Dans le cadre de la formation initiale, toutes professions confondues, les métiers du soin n'abordent pas ou de façon très succincte la dimension judiciaire et la question des signalements. Les professionnels sont innombrables à confondre par exemple magistrats du Parquet et du siège, procédure pénale et civile, enquête et audition, plainte et signalement, procédure civile et pénale, évaluation et signalement, etc. Les modalités pour porter plainte ou les délais de prescription ne sont pas davantage connus. Ce qui questionne les programmes des lieux de formation c'est que les théories transmises ne se font pas en lien avec la pratique et que le rapport entre pratique et théorie apparaît comme une difficulté majeure, comme si les professionnels ne parvenaient pas, en majorité, à intégrer dans leur activité quotidienne les références qu'ils peuvent connaître et qu'ils s'appuyaient essentiellement sur les investissements personnels (ou non) qu'ils peuvent faire pour trouver des solutions aux problèmes qu'ils rencontrent. Il est ainsi surprenant de constater que les professionnels de santé semblent au final mieux connaître les textes de loi (quand ils ne sont pas trop récents) que la clinique de la maltraitance. Ces connaissances finissent par constituer un savoir métissé qui peut expliquer les difficultés diagnostiques, mais surtout celles à travailler ensemble avec

d'autres professionnels et plus encore entre institutions différentes où les références de chacun s'affrontent bien plus qu'elles ne se complètent.

Tant que ne sera pas décidé par les autorités une véritable refonte des programmes pour que tous les professionnels soient formés un minimum, le niveau désastreux des professionnels à ce sujet risque de ne guère évoluer. Une des difficultés est de constater que pour les hommes de loi, ces connaissances sont acquises, ce qui est loin d'être le cas et qui explique nombre de malentendus (par exemple une ordonnance de non-lieu ne signifie pas que les faits n'ont pas eu lieu...).

Si le niveau des formations initiales est des plus insuffisant face à la réalité du terrain, nous pourrions penser que, les lois rappelant l'obligation de formation des intervenants en protection de l'enfance (en particulier celles de 2007 et de 2016), les institutions hospitalières, judiciaires et socio-éducatives feraient le nécessaire auprès de leurs professionnels. Loin de là. Seuls les professionnels qui demandent des formations peuvent espérer être formés quand les budgets sont présents. Autrement ils ne peuvent se former que sur leurs fonds propres ce qui s'avère un investissement considérable ou pour reprendre l'expression de certains participants « sur le tas », « par l'expérience », « via des lectures » ou « des émissions ».

Certains Ordres tentent de pallier le manque de formation, par des données transmises sur leur site, comme l'Ordre des médecins avec un modèle de signalement. Des professionnels consciencieux se tiennent informés des publications et recommandations à ce sujet. Mais si ces repères peuvent être utiles, ils ne remplacent en rien la connaissance pratique qui peut s'acquérir lors de formations. Sur le terrain il est fréquent de constater la méconnaissance des professionnels sur l'organisation du droit et du fonctionnement judiciaire. Pour exemple magistrats du Parquet et juges du siège sont souvent confondus, audience et procès, classement sans suite ou ordonnance de non-lieu également. Il n'est pas rare de rencontrer, surtout dans le cadre de professionnels libéraux, des praticiens qui méconnaissent même qu'il existe une différence entre « enfant » en risque et « en danger » et ce qu'est une information préoccupante par rapport à un signalement judiciaire. Cela est réellement affligeant, mais s'explique en grande partie par les manquements dans les formations initiales et par les cultures de certaines professions (si les médecins ne rechignent pas à lire des revues professionnelles et à se tenir informés, ce n'est par exemple pas le cas de nombre de psychologues).

Si la loi a, à plusieurs reprises, rappelé la nécessité de la formation initiale³⁹⁶, notre étude confirme qu'entre les vœux du législateur et la réalité, le gouffre reste considérable. La loi de 2007 prévoyait que « 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 ». Celle de 2010 sur les violences familiales insistait à nouveau dans son article 2 sur la nécessité de formation : « la formation initiale et continue des médecins, des personnels médicaux et paramédicaux, des travailleurs sociaux, des magistrats, des fonctionnaires et personnels de justice, des avocats, des personnels enseignants et d'éducation, des agents de l'état civil, des personnels d'animation sportive, culturelle et de loisirs, des personnels de la police nationale, des polices municipales et de la gendarmerie nationale, des personnels de préfecture chargés de la délivrance des titres de séjour, des personnels de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides et des agents des services pénitentiaires comporte une formation sur les violences intrafamiliales, les violences faites aux femmes, sur les mécanismes d'emprise psychologique, ainsi que sur les modalités de leurs signalements aux autorités administratives et judiciaires. »

Force est de constater que toutes ces recommandations semblent rester vaines et qu'il ne suffit pas de souhaiter la formation des professionnels pour que celle-ci soit effective : il n'existe aujourd'hui aucun référentiel commun, aucun programme minimum sur ces sujets, que ce soit en formation initiale ou continue ; il n'y a aucune contrainte de posée aux lieux de formations initiales ni aux professionnels en poste si aucune formation n'est effectuée, et l'absence de budget n'est sans doute pas près d'améliorer cette situation. Sans formation suffisante, sans familiarité avec les dispositifs légaux, sans connaissance des signes cliniques et des ressources disponibles, il est à craindre que le déni face aux maltraitances ne se renforce.

³⁹⁶ Dont l'article D 226-2-5-1 du décret n° 2016-1476 du 28 octobre 2016 : « les professionnels chargés de l'évaluation d'une information préoccupante disposent d'une formation et de connaissances spécifiques portant sur le développement et les besoins fondamentaux de l'enfant en fonction de son âge, la fonction parentale et les situations familiales. Ils sont notamment formés aux conséquences des carences, négligences et maltraitances. « Ces professionnels sont également formés aux méthodes d'évaluation des situations individuelles. Ils s'appuient sur des outils et cadres de référence définis et partagés au sein du conseil départemental et au niveau national. Les connaissances de ces professionnels sont actualisées. »

§ 2 : Les réponses données par les participants à l'étude

Dans notre étude, les professionnels sont plus de 55 % à expliquer avoir rencontré des difficultés lors de la prise de décision de signaler. Le fait d'avoir reçu une formation initiale n'apparaît pas comme une variable significative semble confirmer que la formation initiale n'atteint pas ses objectifs de suffisamment préparer les professionnels aux situations nécessitant un signalement. Par contre la durée d'exercice est une variable significative chez les jeunes professionnels qui apparaissent encore plus en difficultés que leurs collègues plus aguerris. Les infirmiers, les gérontologues et les pédopsychiatres apparaissent comme des professions rencontrant moins de difficultés face au signalement. Les professionnels exerçant en libéral apparaissent comme plus exposés aux difficultés que ceux qui exercent en institution (annexe 3). La peur de se tromper, la crainte d'aggraver la situation, la peur de représailles personnelles ou professionnelles font aussi partie des remarques formulées majoritairement par les professionnels de terrain.

90 % des professionnels interrogés considèrent que la formation serait la priorité pour que les personnes maltraitées puissent être protégées. Sans formation clinique et juridique, il n'est pas possible d'envisager pouvoir signaler sans risque d'erreur pouvant être dramatique pour l'enfant (ex. signalement pour des faits inexistantes ; classement sans suite d'un signalement mal rédigé ; poursuites et sanctions à l'égard d'un professionnel ayant signalé). Notre étude (qui conforte notre expérience de terrain) permet de relever l'importance pour les professionnels de ne pas être seuls dans ce type de situation et de faire partie d'un réseau de professionnels. Mais cela nécessite du temps et ce temps-là, les institutions ne le donnent plus et les libéraux ne peuvent plus le prendre pour des raisons économiques. La même attente en termes de travail pluridisciplinaire est formulée au sujet des formations continues, ce qui va dans le sens des derniers textes sur l'importance à porter à l'avis de différents professionnels. Les intervenants ont besoin de formations PRATIQUES et non d'accumulation de données théorique. Comme l'explique un infirmier dans un service d'urgence : « avoir les signes cliniques ce n'est pas cela le plus difficile, à la rigueur on le trouve dans les publications sans difficulté. Par contre, savoir comment rentrer en contact avec un enfant maltraité, comment soutenir sa parole quand on a des doutes, comment faire avec les bébés ou les personnes handicapées ou très âgées, alors là, il n'y a plus rien de proposer. On nous dit qu'il faut évaluer, signaler, mais comment le faire, personne ne nous l'enseigne. On apprend comme on peut sur le terrain et c'est certain que l'on passe à côté d'un tas de situations et pire, que certaines fois,

on détruit la confiance d'un enfant ou d'un adulte qui avait essayé de nous parler, avec ses mots à lui et que l'on a été incapable de comprendre. »

Il est certain qu'internet et l'accès à d'innombrables articles facilitent les connaissances théoriques ; encore faut-il avoir l'envie et le temps de s'y référer et nombreux sont les professionnels qui reconnaissent « courir tout le temps et une fois à la maison, ne pas avoir envie de travailler encore en allant rechercher des articles qu'on n'a pas eu le temps de consulter au boulot ».

Le problème majeur actuellement apparaît surtout celui de la formation concrète et pragmatique : savoir être, savoir-faire, que dire, quand le dire, comment le dire, quelle posture avoir, comment agencer les lieux, etc. sont autant de questions qui restent souvent sans réponse.

Et dans des domaines qui ne sont pas les leurs, comme le juridique, lire des articles qui confrontent à une autre culture n'est pas si simple et peut conduire à des mauvaises compréhensions que seule une formation avec des juristes peut limiter.

Nous rappellerons ici que se former prend du temps...quand des professionnels s'imaginent être formés à l'issue d'un colloque ou d'une journée à l'étendue de ce que représente la maltraitance, ils font une lourde erreur ; de même que les institutions qui pensent à l'économie et réduisent de plus en plus le temps de formation en ayant l'illusion d'avoir des professionnels opérationnels au bout de sept heures de formation. Désormais les formations qui se faisaient en cinq jours il y a dix ans, doivent être assurées en une journée...et si les participants qui méconnaissaient tout du sujet se trouvent insuffisamment formés au bout d'une journée, ils ne comprennent pas que cela est inévitable. La société de l'immédiateté est passée par là : tout et tout de suite. Mais c'est juste impossible quand on envisage des formations sur une telle thématique et qu'il n'y a, en plus, aucun préalable transmis dans le cadre des formations initiales³⁹⁷.

Bien des professionnels font part de leur incertitude au sujet de la nécessité de faire un signalement surtout s'ils sont simples dépositaires de la parole d'un collègue au sujet d'un enfant ou d'une personne âgée qui a sollicité leur aide. D'autres pensent être protégés par leur institution et ne disent rien quand une situation de maltraitance existe et que l'équipe a décidé de ne pas signaler (« si jamais il y avait un problème, de toute façon je ne pourrai pas être

³⁹⁷ Pourtant la loi rappelle l'importance des formations des professionnels : loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 inscrite au JORF, visant à « améliorer la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance » en indiquant notamment que la protection de l'enfance comprend « l'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant ».

poursuivi, car ce serait la décision de l'équipe ».) Si une meilleure connaissance de la loi et du droit existait, cela « permettrait aux travailleurs sociaux de mieux apprivoiser l'institution judiciaire »³⁹⁸. Bien des agents se contentent des informations reçues lors de leur formation initiale ce qui est totalement insuffisant. Certains expliquant « ne pas avoir le temps d'échanger avec des collègues d'autres institutions », d'autres « que le système administratif est devenu une machine à gaz : si je veux appeler un collègue du CMP il me faut l'accord de mon chef de service, c'est devenu ingérable ». D'une institution à l'autre, d'un professionnel à l'autre, les informations ne passent plus, chacun restant face à ce dont il est dépositaire sans savoir comment faire. Or si les professionnels travaillaient mieux ensemble, cela permettrait de voir l'évolution de l'enfant ou de la personne âgée, il pourrait y avoir la mise en commun d'informations précieuses et éviter les clivages qui stigmatisent et ne permettent pas d'envisager la personne en danger dans toute sa complexité. Les supervisions permettraient de limiter toutes ces difficultés, d'où leur nécessité pour que les mesures de protection adaptées puissent être réalisées dans l'intérêt des mineurs et des personnes âgées maltraitées.

Connaissez-vous tous les textes judiciaires relatifs aux révélations des situations de maltraitance concernant les adultes vulnérables ?

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Non	1028	88,9	88,9	88,9
Oui	129	11,1	11,1	100,0
Total	1157	100,0	100,0	

L'analyse par tirs croisés des résultats aux différentes questions permet de repérer différentes variables qui influencent les réponses à cette question. Tout d'abord la connaissance des textes judiciaires relatifs aux révélations des situations de maltraitance concernant les enfants, puis la profession, ma durée d'exercice professionnel dans cette fonction (16,2 % de connaissance avec <5 ans d'exo à 39,9 pour les >20 ans d'exercice), le lieu d'exercice actuel, contexte d'exercice, la formation initiale sur les modalités de rédaction d'une information préoccupante ou d'un signalement, la formation initiale sur la maltraitance de l'enfant, formation continue sur le repérage des signes de maltraitements chez l'enfant et chez l'adulte

³⁹⁸ GIUDICELLI-DELAGE G., LAZERGUES C., *La minorité à contresens. Enfants en danger, enfants délinquants*, Paris, Dalloz, coll. Les sens du droit : débat, 2014, p.723.

(évoqueurs, spécifiques, non-évoqueurs), la formation continue sur les modalités de rédaction d'un signalement ou une information préoccupante pour un enfant et pour un adulte vulnérable, connaissance des textes judiciaires.

Moins de 30 % de notre échantillon connaît les textes concernant la révélation des situations de maltraitance pour les enfants et les textes relatifs aux signalements, et ce taux tombe à 11,1 % en ce qui concerne les adultes vulnérables. La durée d'exercice a une incidence positive sur les connaissances des textes puisque l'on passe de 16,2 % des connaissances générales au sujet de la maltraitance des enfants pour les professionnels de moins de 5 ans d'expérience à 39,9 % pour ceux qui ont plus de 20 ans d'expérience ; et concernant les connaissances sur les adultes vulnérables on passe de 6,4 % pour les professionnels de moins de 5 ans d'exercice et 16,1 % pour les plus de 20 ans d'exercice.

Connaissez-vous tous les textes judiciaires relatifs aux révélations des situations de maltraitance concernant les enfants ?

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Non	834	72,1	72,1	72,1
Oui	323	27,9	27,9	100,0
Total	1157	100,0	100,0	

L'analyse par tirs croisés des résultats aux différentes questions permet de constater là aussi différentes variables qui influencent les réponses à cette question. Il s'agit de la durée d'exercice dans cette fonction (on passe de 6,4 % pour les <5 ans d'exercice, à 16,1 % pour les >20 ans d'exercice), du lieu d'exercice actuel, du niveau de formation initiale sur la maltraitance de l'adulte vulnérable (handicapé, femme enceinte, violences conjugales), du niveau de formation continue sur le repérage des signes de maltraitements chez l'enfant et l'adulte (évoqueurs, spécifiques, non-évoqueurs), du niveau de formation continue sur la rédaction d'un signalement ou une information préoccupante pour un adulte vulnérable. Autrement dit, plus les collègues ont acquis une expérience, meilleures sont leurs connaissances, ce qui n'est pas surprenant. Cela conduit à des décisions de signaler (ou de ne pas le faire) plus faciles justement parce que l'expérience les amène à considérer que telle ou telle décision serait « contre-productive » pour reprendre l'expression d'un pédiatre qui nous explique : « j'ai des doutes sur l'attitude du père par rapport à ce que me dit la mère et aux quelques mots prononcés

par ma petite patiente de deux ans. Mais je sais que si je signale dans ce contexte de séparation conjugale, « juste » parce que la petite me répète « papa bobo nénette », sans trace avérée, que cela ne sera pas suffisant. Il m'est arrivé de signaler dans le même type de séparation et le père a été dire que la déchirure de l'hymen avait été causée par la mère. C'est imparable, cela se retourne toujours contre les mères protectrices et il n'est pas rare qu'elles perdent la garde de leur enfant alors qu'elles ont voulu le protéger. Dans le système actuel, les auteurs sont bien plus protégés que les victimes quand elles sont toutes jeunes et sans défense, car il n'y a souvent pas de preuves suffisantes et même quand il y en a, certains auteurs sont des as pour retourner la culpabilité sur l'autre parent ou sur l'enfant. Et le système n'a pas de choix que de classer. Donc, à quoi bon signaler ? »

Sans connaissance du système judiciaire, le professionnel ne peut pas être pertinent dans son rapport à la protection de l'enfant : il ne fait pas les démarches nécessaires, il n'informe pas correctement la victime de ses droits, il ne rédige pas comme il le faudrait, il mène une audition et non une évaluation...

§ 3 : Les supervisions

Si pour certains soignants, comme ce cadre infirmier « la supervision est un gadget coûteux », ce processus d'échange et de réflexion au sujet de ses pratiques est portant un outil précieux pour les professionnels, car il permet de les accompagner dans leur pratique. Ces temps peuvent être individuels, mais dans ces cas-là à la charge financière du soignant et sur son temps personnel, ou professionnel, c'est-à-dire organisé au sein des services et financé par l'institution. Pour les supervisions professionnelles, réalisées avec plusieurs personnes d'une même équipe (mais avec un maximum d'une dizaine de personnes pour permettre une bonne qualité d'échange), les responsables peuvent les rendre obligatoires ou libres, ce qui en change la dynamique et ce à quoi le superviseur (qui est toujours extérieur à la structure doit s'adapter). L'importance est la continuité pour qu'un lien de confiance puisse s'établir entre les soignants et le superviseur et autoriser plus facilement les partages d'exercice. Les modalités des supervisions varient souvent suivant la profession du superviseur qui peut être psychiatre, psychanalyse, psychologue, et son orientation théorique tout aussi variable ce qui changera souvent la façon d'échanger au sein du groupe et le contenu des propos transmis selon que le superviseur est d'orientation psychanalytique, psychodéveloppementale, cognitivo--comportementaliste, systémicien ou autre.

Ces temps de supervision sont es espace non seulement de régulation, mais aussi de construction de l'identité que ce soit au niveau individuel, au niveau des équipes comme au niveau de l'institution elle-même.

A – Des espaces essentiels pour les professionnels

La supervision est un temps de reprise clinique qui peut être compris comme une sorte de formation continue qui permet au professionnel d'exprimer ses ressentis, de transmettre ses projections personnelles, d'expliquer les résonances de la situation dans sa pratique, de partager ses doutes, de poser des questions, de mettre en mouvement ses capacités réflexives et de limiter les effets de contamination traumatique. Il y a une dizaine d'années, la plupart des équipes soignantes travaillant dans des domaines aigus de manifestation de souffrance (urgences, psychiatrie, pédiatrie, soins palliatifs) et les équipes socio-éducatives, bénéficiaient d'une supervision institutionnelle. Ces espaces ont majoritairement disparu, faute de financement et de temps. Comme nous l'explique ce cadre de santé, « ce sont des temps sûrement importants pour les équipes et au niveau individuel pour les soignants, mais pour les directions c'est du temps de perdu, car nous ne sommes pas au contact avec le patient. Tout comme les staffs ou les temps d'échange entre deux équipes, tout cela disparaît au nom de la rentabilité, car les directions ne comprennent pas que cela fait partie de notre travail et contribue à la prévention de l'épuisement professionnel. Ce n'est pas côté dans la T2A, pas de tarification possible donc ce n'est pas rentable. Si les directions étaient gérées par des soignants, sûrement que cela changerait, mais comme désormais ce sont des administratifs qui dirigent et qui n'ont aucune notion de ce que nous pouvons vivre ou ressentir, il n'y a plus d'espoir. »

Ces espaces sont pourtant essentiels et l'augmentation des situations de mal-être des soignants (burn-out, arrêt maladie, suicides), n'est sans doute pas anodin à la disparition de ces temps de partage. Être confronté à un enfant ou un adulte maltraité c'est se retrouver face à quelque chose d'indicible, de profondément bouleversant qui vient mettre à mal le rapport des professionnels au corps, à la sexualité, à la parentalité, à la protection, à la transgression, à la loi et aux représentations liées à la famille, à l'interdit, à la transmission. Face à l'intelligible, il est alors fréquent que les professionnels se trouvent totalement contaminés par la dimension traumatique de ce qu'ils entendent, voient, constatent et réagissent par des défenses multiples. Au lieu d'être affectés (ce qui est inévitable, car l'être humain n'est pas une machine), ils se trouvent alors débordés émotionnellement, totalement contaminés et ne parviennent plus à

penser la situation. Ils peuvent aussi être dans un état d'épuisement professionnel ou développer un traumatisme vicariant (ou traumatisme par procuration). S'y ajoutent le manque de temps, les résistances à s'immiscer dans la vie privée des patients, la crainte d'altérer les liens de confiance avec le patient, la crainte des répercussions sur la patientèle. Cela se traduit par des réactions de défense multiples. Les mécanismes de défense sont issus de la psychanalyse qui utilise cette expression pour décrire ce qui permet à une personne de se protéger psychiquement face aux situations nouvelles, aux conflits, aux difficultés rencontrées. Il s'agit de réactions mentales qui s'activent inconsciemment, en dehors de toute volonté pour protéger le psychisme de la personne. Il n'existe pas véritablement de liste exhaustive des mécanismes de défense existants, mais bien davantage des réactions liées au niveau de réaction adaptative exprimée. Certains mécanismes de défense sont considérés comme adaptés (l'humour, la sublimation) et permettent de transformer des réactions qui seraient inadaptées en comportement socialement plus acceptable), l'anticipation, la répression, l'altruisme, l'introspection, l'affirmation de soi). D'autres sont considérés comme obsessionnels (l'intellectualisation, l'isolation); névrotique (le refoulement, la dissociation, le déplacement); narcissique (l'idéalisation, la dépréciation, l'omnipotence); le désaveu (le déni, la rationalisation, la projection); borderline (le clivage de représentation de soi et de l'autre, l'identification projective); et le niveau ultime traduit par le passage à l'acte (agressivité, hypocondrie, rejet). Chaque professionnel a sa propre personnalité et son mode défensif qui lui permet d'évoluer au quotidien. Ce qui pose problème c'est qu'en situation d'épuisement, ses réactions peuvent se majorer et le conduire à ne plus du tout percevoir le danger vécu par un enfant ou une personne âgée vulnérable. Pour exemple ces professionnels qui changent subitement totalement d'avis sur une situation et se mettent à projeter des rapports aliénants avec des victimes censées être protégées, mais qui se trouvent violemment rejetées et accusées de mentir, témoignant des effets de colonisation perverse des auteurs, extrêmement doués pour créer des confusions et conduire les professionnels à s'identifier à eux au lieu de protéger ceux qui devraient l'être. Tout professionnel a été un enfant et porte en lui cette part infantile et son histoire d'enfant faite de ce qu'il se rappelle avoir été, de celui qu'il pense avoir été, de celui que son entourage lui dit qu'il a été, mais aussi de celui qu'il craint d'avoir été

Les débats sur la question du signalement viennent souligner tous ces enjeux face à la commande sociale. La formation est nécessaire, mais n'est qu'un levier face à l'importance des compétences collectives trop souvent mises à mal dans le contexte actuel. Sans analyse des contextes individuels et institutionnels, sans prises en compte de l'analyse des pratiques, les

évaluations risquent de n'être investies que comme des outils technocratiques et non comme des supports à la compréhension du vécu des impliqués. Sans analyse réflexive, ces situations marquées par les risques de subjectivité, ne peuvent que conduire à des compréhensions réductrices de la réalité et bien souvent à ne pas signaler. C'est tout l'objectif des supervisions ou des groupes d'analyses de pratique que de permettre aux professionnels de mettre en mots leurs ressentis pour ne pas être submergés par leurs mécanismes de défense et éviter une compréhension exclusive soit sur des dimensions sociales, soit sur des dimensions psychologiques soit sur les dimensions institutionnelles liées au lieu d'exercice.

Dans les résultats de l'étude, plus de 55 % des soignants déclarent ainsi ne pas avoir signalé des situations de maltraitance. Comme le dit un médecin généraliste, « il est bien plus confortable de ne pas voir ; de croire aux explications des parents que de s'imaginer que ces gens-là que l'on connaît depuis si longtemps ait pu faire des choses pareilles. Car tout d'un coup c'est tout un monde qui s'effondre. Toute une relation de confiance que l'on a pu construire certaines fois depuis des années qui se trouvent remises en doute. Et ça, c'est juste insupportable. Alors oui, il y a des fois où j'ai préféré ne pas voir, ne pas savoir... des fois où je n'ai pas posé de questions sur des bleus pourtant suspects ou d'autres fois où j'ai cru des explications abracadabrantesques. Peut-être que certains diront que c'est lâche... Sans doute... mais quand on est seul dans son cabinet on ne prend pas de risque... ça va vous paraître osé comme remarque, mais pour moi c'est aussi une forme de courage... » Ne pas voir, ne pas entendre, être dans le déni nous semble bien loin du courage, mais cette explication témoigne des défenses à l'œuvre face aux actes maltraitants. Un professionnel isolé est bien plus exposé aux risques de déni qu'un intervenant au sein d'une structure institutionnelle ou d'un réseau de pairs, avec lesquels il peut échanger.

Les espaces de régulation professionnelle sont conçus pour permettre aux intervenants d'élaborer leur histoire personnelle et de comprendre ce qui se trame dans les liens avec celui/ceux qu'il prend en charge. Sans élaboration, sans mise à distance réflexive, les risques d'adhésion psychique sont inévitables et à ce « jeu » là, les grands perdants sont les enfants et adultes vulnérables, car ils n'ont plus à faire à des professionnels capables de repérer leurs mouvements identificatoires et de maintenir un espace de pensée qui leur est propre.

B – Des espaces essentiels pour les équipes

Les supervisions sont aussi des espaces qui permettent de réguler les difficultés liées au sein des équipes entre les professionnels de terrain et les décideurs. Les responsables institutionnels comme les professionnels, font valoir leur autorité, leurs compétences et leur droit de savoir ce que d'autres ne savent pas. Et dans notre société de « l'extimité »³⁹⁹ et du fantasme de la transparence, il existe des positions parfois paradoxales entre avoir le maximum d'informations et le fait de les transmettre à d'autres et de les partager. Se taire ou parler... Garder pour soi où transmettre ne devrait pas être des dilemmes pour des professionnels de la santé, chargés de protéger des personnes vulnérables, mais c'est pourtant une réalité fréquente. Le rapport à la justice, au droit et en particulier à la question du signalement est forcément soumis à des règles et à un cadre institutionnel, mais là où se trouve la difficulté c'est quand les responsables eux-mêmes méconnaissent les lois et leurs obligations tout simplement parce que cela n'est pas systématiquement appris en formation initiale. Les pratiques vont inévitablement dépendre des expériences de chacun, des perceptions du danger au moment du signalement, de la représentation du monde judiciaire, des expériences avec celui-ci (surtout en matière de « retour » quant aux décisions prises suite aux écrits des professionnels). Les effets de l'urgence d'une situation seraient à mieux analyser tant du côté des professionnels médico-psychosociaux que des magistrats pour comprendre les décisions prises (suivi ou non des inquiétudes des professionnels à l'origine du signalement, lieu de placement décidé, maintien ou non des mesures, etc.)

Quand les professionnels sont insuffisamment formés et sans supervision, les décisions se trouvent inévitablement prises sur les organisations du secteur institutionnel concerné avec une rationalité factice qui réduit les évaluations à des protocoles faisant perdre toute la force et l'importance de la dynamique réflexive des intervenants. L'absence de formation suffisante est donc un enjeu en termes de santé publique pour les soignants, mais également au niveau du droit. Au-delà de leur propre rapport au signalement les professionnels ne peuvent ignorer les conséquences de leurs choix.

³⁹⁹ TISSERON S., Intimité et extimité, *Communications*, n° 88, p. 192-194.

C – Des espaces essentiels pour les institutions

Si les régulations sont importantes pour les professionnels et les équipes, elles le sont tout autant pour les institutions qui ne sont pas à l’abri de subir également les effets des prises en charge de situations de maltraitance.

Les espaces de supervision fonctionnent d’autant mieux qu’il existe une organisation institutionnelle claire, soutenance ; l’existence de réseaux interdisciplinaires et interprofessionnels, des liens avec les associations spécialisées, la réalisation de protocoles actualisés régulièrement. Se connaître permet d’échanger sans crainte des questionnements au sujet de la situation, sont sans doute autant de pistes à développer par les institutions pour améliorer les signalements, mais également pour limiter les risques d’épuisement professionnel conduisant à d’inévitables attitudes inadaptées et à de possibles plaintes des personnes impliquées (victimes, comme personnes mises en cause).

Les résultats de l’étude présentée permettent d’insister sur l’importance du travail en équipe pour élaborer les évaluations, penser sa pratique et concrétiser des prises de décisions. L’accompagnement des professionnels au niveau individuel comme au niveau des équipes est fondamental, tout comme l’est celui des institutions⁴⁰⁰ qui ont leur propre dynamique de fonctionnement et de dysfonctionnement des liens institués face aux situations difficiles comme le sont les maltraitances.

⁴⁰⁰ KAES R., *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels : éléments de la pratique psychanalytique en institution*, Paris, Dunod, 2005.

Chapitre 2 : La difficulté de poser l'acte de signalement

Au-delà des méconnaissances relatives aux procédures judiciaires, les réticences au signalement s'expliquent également par la difficulté à poser l'acte de signalement. Comme précédemment rappelée, la relation des professionnels au signalement est liée à de multiples facteurs où s'intriquent les dimensions individuelles, collectives, institutionnelles et sociales. Les résultats de l'étude permettent de comprendre que cela est dû à la démarche même du signalement d'une part et aux raisons qui tiennent à ses conséquences d'autre part.

Section 1 - Les difficultés liées à la démarche même du signalement

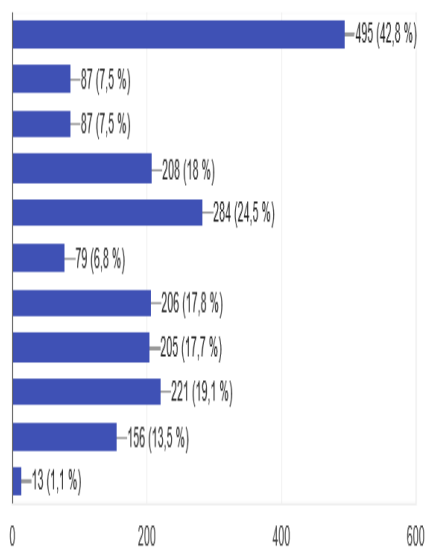
La question du signalement est fondamentale dans le domaine de la protection des mineurs et de personnes adultes vulnérable. Elle interroge une multitude de questions de droit, du rapport de chacun à la parentalité, aux notions de protection, à celle de liberté individuelle et de droit des usagers. Son usage commun le signalement est le fait de « transmettre en attirant l'attention, de désigner, de dénoncer » (Le Littré). Étonnamment ce n'est donc pas un terme à proprement parler juridique, et il n'est pas défini légalement dans la loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance qui l'a pourtant institué. En matière de protection des personnes vulnérables, ce terme n'est pas anodin, car il entraîne une démarche spécifique de protection en faveur de l'enfant ou de l'adulte vulnérable signalé. C'est une procédure qui engage celui qui l'effectue tout autant que celui qu'il est censé protéger et celui ou ceux qu'il désigne comme maltraitants. Signaler n'est pas simple, car il est déjà nécessaire de dépasser la confrontation à l'indicible et à des transgressions majeures qui bouleversent être rapport à la sexualité, à la protection, au respect des interdits, à la différence intergénérationnelle. Entre hésitations, incertitudes, ambiguïté, déni, représentations, et convictions absolues, les professionnels ne sont pas toujours les mieux préparés à ce type d'actes et ce d'autant plus que les maltraitances sont majoritairement intrafamiliales.

Signaler engage le professionnel et chacun différemment du fait des histoires individuelles et professionnelles inévitablement différentes. Ce que représente le signalement en tant que démarche explique en partie la difficulté que représente pour un soignant le fait de décider de signaler. Il y a non seulement les difficultés liées au manque de formation déjà

évoquées, mais également les représentations personnelles de la maltraitance qui peuvent venir parasiter la compréhension de la situation et la décision de signaler, tout comme le rapport personnel de chaque soignant à la transgression de secret professionnel et la peur de se tromper.

Face au signalement les professionnels se trouvent à devoir gérer leurs questionnements quant aux conséquences du signalement et les difficultés à signaler peuvent être multiples, la peur de se tromper étant la plus importante.

Pour les situations que vous n'avez pas signalées, pouvez-vous préciser les raisons ?



- Peur de se tromper : 42,8 %.
- Peur de représailles de la part du ou des mis en cause : 7,5 %
- Peur des représailles au sein du service (isolement, tensions avec la direction) : 7,5 %.
- Espoir que la situation allait s'arranger : 18 %.
- Manque de formation : 24,5 %.
- Peur de conséquences sur la patientèle : 6,8 %.
- Crainte de répercussions dans le lien thérapeutique au patient : 17,8 %.
- Conviction que d'autres professionnels s'occupaient du signalement : 17,7 %.
- Conviction que l'enfant en danger ne serait pas protégé par le signalement et risquait même d'être plus en danger : 19,1 %.
- Conviction que l'adulte en danger ne serait pas protégé par le signalement et risquait même d'être plus en danger : 13,5 %.
- Non concerné : 1,1 %.

§ 1 : Les représentations personnelles de la maltraitance

La problématique du signalement ne se limite pas à un rapport si simple entre ce que dit la loi et la question de la protection des personnes. Dans bien des situations, se trouvent mises en jeu la représentation qu'a le professionnel de la maltraitance, ses projections personnelles, son rapport à la notion de libertés individuelles, sa conception des liens parentaux, sa perception de la maltraitance, son rapport au secret professionnel. C'est par exemple le cas des situations

à la limite du soin et de l'éducation où la négligence éducative peut être selon les professionnels interprétée comme une maltraitance avérée ou non.

Les représentations sociales sur la maltraitance et le fait qu'elle concernerait principalement les milieux défavorisés sont toujours fortes dans notre société et ont une incidence non négligeable dans les pratiques professionnelles⁴⁰¹. La famille, comme l'intuition soignante ou sociale, reste parée d'a priori positifs et de valeurs humaines protectrices et valorisantes. Ce n'est malheureusement pas toujours le cas et le droit devrait pallier aux défaillances familiales et institutionnelles conduisant à des maltraitements de toutes sortes, lourdes de conséquences pour le mineur comme pour la personne âgée vulnérable. Le droit pénal est un droit singulier en ce qu'il ne ressemble à aucun autre. Il est, vis-à-vis du droit de la famille, conçu comme un droit subsidiaire, c'est-à-dire qu'il intervient en lien avec d'autres disciplines juridiques normatives et qu'il a pour objet de renforcer les interdictions et les obligations fixées par les autres disciplines juridiques régissant la famille, en particulier le droit public. Cette subsidiarité pénale se manifeste, d'une part, au regard des valeurs sociales qu'il est chargé de garantir et, d'autre part, en lien avec des fonctions accessoires qu'il est amené à y jouer.

La famille est donc un objet social, juridiquement protégé. Cela lui permet d'être considérée en droit positif et en droit international, comme une valeur essentielle de la société. Elle est aussi à l'origine de créations de nouvelles valeurs sociales qu'elle finit par imposer au législateur, conduisant à des modifications régulières de la Loi. Mais si par nature la famille relève de l'espace privé. Mais comme elle constitue une unité sociale fondatrice pour l'État et en tant que telle, il n'est pas étonnant que la puissance publique tente de conserver un certain contrôle sur cette entité ce qui conduit à une sorte d'« accessoirisation » du droit pénal au contact de la famille qui se traduit certaines fois par une altération de la règle pénale qui peut se trouver purement et simplement dénaturée. Par exemple quand il existe un lien familial entre la victime et la personne mise en cause on constate souvent une restriction de la compétence du droit pénal, avec soit une aggravation de la répression, soit tout au contraire son atténuation. Mais, il semble que le législateur ait fait le choix de rompre avec les doctrines pénales traditionnelles. En utilisant des logiques d'incrimination spécifiques, le législateur crée des infractions ayant pour particularité première leur adaptabilité, mais qui nous interpellent sur

⁴⁰¹ ONPE Rapport de BRACHET S., CLEMENT C. pour l'association Jean Coxtet sur *la maltraitance, entre représentations sociales et pratiques professionnels*, 2006.

l'évolution actuelle qui conduit le droit pénal à se saisir de la famille comme une valeur sociale extra-pénale s'imposant à lui, et le contraignant à évoluer.

Les professionnels impliqués dans des métiers où les signalements sont possibles se trouvent face à cette évolution d'un droit pénal qui soit conduit à contourner les dérives familiales afin de revendiquer des intérêts qu'il tient pour supérieurs, soit qu'il apprivoise ces entraves familiales pour révéler son identité propre. Mais dans chacun de ces cas, leurs propres représentations de la maltraitance influencent leur prise de décision. Pour exemple ce pédiatre responsable d'un service de réanimation prenant en charge des bébés secoués qui explique « quand les parents arrivent, je sais visiblement s'ils sont maltraitants ou pas » ; puis lorsqu'on lui demande d'essayer d'explicitier ces critères subjectifs, elle réalise que sa pratique est biaisée par ce qu'elle se représente d'un enfant maltraité « je dois reconnaître que quand des parents précaires débarquent aux urgences je suis beaucoup plus en alerte que s'il s'agit de parents de beaux quartiers. Et c'est vrai que c'est difficile, car dans le second cas ils s'expriment bien, ne se contredisent pas, nous donnent des explications plausibles alors que les premiers sont souvent confus et incapables de répondre précisément à nos questions, alors c'est sûr que l'on a des *a priori*... »

D'autres ont appris par expérience que certains contextes familiaux peuvent nécessiter des signalements immédiats, Le docteur M. est médecin aux urgences : « quand on voit arriver un enfant dont les parents nous disent être témoins de Jéhovah, on est tous prêts à appeler le Parquet, car nous savons très bien comment se termine les prises en charge dès que l'on doit médicaliser l'enfant, par son abandon. Alors notre rapport au signalement avec ce type de famille il est direct. Ce n'est pas du tout le cas avec d'autres, car nous savons que si l'on prend d'expliquer aux parents les soins, ils finissent par accepter. Mais pas dans le cas des Jéhovah ; là on perd tous notre temps et on met en danger la vie de l'enfant, alors on signale sans perdre de temps. C'est certain que pour moi, ce sont des croyances religieuses maltraitantes à partir du moment où les besoins de l'enfant ne sont pas pris en compte. C'est ma représentation de cette communauté, mais elle est issue de mon expérience sur les vingt dernières années. Peut-être que tous les parents témoins de Jéhovah n'abandonneraient pas leur enfant suite à des soins et n'agiraient pas cette forme de maltraitance...c'est possible...mais je considère qu'il n'y a pas de temps à perdre quand un enfant est en danger et a besoin de soins immédiats. Alors par rapport à mes représentations, ces familles-là je les signale d'emblée. »

§ 2 : L'éthique du soin et son incidence dans la décision de signaler

Intégrer le signalement comme un acte relevant de l'éthique du soin nécessite de définir ce que recouvre le terme de soin dans cette acceptation. Le soin trouve ses origines dans le terme grec « *epidemeia* -souci » qui conduira au latin « *cura* » devenu en français « cure ». C'est cette dimension de « soin » en tant que « souci » et préoccupation à l'autre qui est au cœur de l'approche philosophique Antique portée initialement par Socrate⁴⁰² puis reprise par Epictète et Hippocrate. L'éthique du soin est donc ici entendue ici comme la nécessité de développer simultanément aux connaissances professionnelles, une approche des personnes prises en charge qui relève de l'humain et de l'attention à l'autre en tant que sujet ; c'est-à-dire en tant qu'individu à respecter dans sa singularité. Le soin est au cœur de l'éthique tout autant que l'éthique est au cœur du soin. Il s'agit d'envisager le mineur ou la personne âgée vulnérable dans sa globalité et de comprendre le sens de ce qu'il peut vivre et celui qu'aura pour lui /pour elle, un signalement judiciaire. Le soignant se trouve ici aux frontières entre ses compétences techniques, ses obligations et ses valeurs humaines ce qui peut créer certaines tensions et conduire à de multiples interrogations sur les conséquences des décisions prises. L'éthique du soin engage la responsabilité de chaque soignant dans l'acte qu'il pose. Et signaler est ici entendu comme un acte de soin et non plus exclusivement comme un acte administratif purement réglementaire.

Un mineur ou une personne âgée vulnérable vit au sein de structures (scolaires, médicales, sociales) et est en lien avec de multiples intervenants. Quand une suspicion de maltraitance conduit à la perspective d'un signalement, c'est toute la qualité des liens de confiance entre la victime et les professionnels qui se trouvent interrogés. Si l'évolution de la réglementation médicale dont nous avons déjà parlé, tend à placer avec la loi HSPT⁴⁰³ le patient au centre du dispositif de santé selon une procédure horizontale qui est censée lui laisser une part importante aux décisions prises, dans la réalité, ces grands principes ne sont pas si simples d'application ; ne serait-ce parce que la personne concernée se trouve prise en charge par d'innombrables professionnels du domaine soignant, social et éducatif. Et cela est particulièrement flagrant dans les situations de signalement.

⁴⁰² Pour Socrate la question est de savoir si chacun prend correctement soin de lui et est pour lui-même un objet de soin ; le soin n'étant pas ici le rapport au corps ou à la vie matérielle, mais à la vie de l'âme : *Je vous vois, dit-il quand il s'adresse à ses concitoyens dans l'Apologie, prendre soin de votre corps et de vos plaisirs, de vos richesses et de votre réputation, mais de votre âme est-ce que vous vous attachez à en prendre soin ?* » in FOUCAULT M. L'herméneutique du sujet, Paris, Gallimard, 2001.

⁴⁰³ Loi HSPT, CSP, art. L.4011-1 et s.

Les enjeux posés par la maltraitance (tout comme ceux liés au handicap, à la fin de vie, aux justifications de prises en charge médicales à tout prix au nom de la performance technique et sans prise en compte des conséquences dans la vie de la personne concernée) attestent que l'avis des sujets concernés surtout lorsqu'ils sont vulnérables est bien loin de la codécision prévue dans les textes. Confrontés à la maltraitance, les soignants doivent prendre en compte des principes fondateurs de leur métier dont la bienveillance, la prise en compte de la souffrance, l'autonomie, le respect de l'intimité et de la dignité de l'autre, la protection et la justice, l'intégrité et la vérité. Si l'objectif de la loi HSPT était le décloisonnement des interventions prises souvent de façon unilatérale, le risque est celui d'une fragmentation des prises en charge du fait de la multiplicité des intervenants avec pour conséquences moins de protection, perte de cohérence, dilution des responsabilités, etc. Face à ce constat, il a été créé un nouvel acteur dans le secteur de la santé, celui de médecin coordonnateur⁴⁰⁴, particulièrement sollicité dans les lieux de vie des mineurs hospitalisés (comme les Maisons des Adolescents), des personnes âgées ou dans les services d'hospitalisation à domicile. Sa mission est bien plus institutionnelle que soignante comme le rappelle J. C Malbec dans son ouvrage éponyme : « il parle de la personne dans l'institution alors que le médecin traitant parle de la maladie dans la personne »⁴⁰⁵. L'objectif est qu'il puisse garantir le respect de la procédure de décision (en termes de concertation et de motivation) bien plus que de décider lui-même des décisions à prendre.

Le signalement, entendu comme la suite d'une évaluation conduisant à poser l'hypothèse diagnostique d'une maltraitance peut être comprise comme un « acte de soin ». Il n'est plus exclusivement celui de médecins, mais se trouve pris dans une collégialité décisionnelle systémique via les protocoles de prises en charge qui engagent bien d'autres professionnels et le rapport de la société à la différence, à la vulnérabilité, à la souffrance et à la transgression, à la violence, à la protection.

L'avis du sujet mineur ou âgé vulnérable, dans la décision à prendre, apparaît souvent au final bien secondaire, car c'est la procédure de décision qui prime et qui vient envahir tout l'espace de prise en charge avec une logique qui n'est plus individuelle, mais qui a substituée celle du processus de décision dans la construction du soin⁴⁰⁶, avec une décision prise selon une

⁴⁰⁴ Concernant le terme de médecin coordonnateur au sens du Code la santé publique, on exclut ici le médecin coordonnateur désigné par le juge de l'application des peines dans le cadre de l'injonction de soins, le médecin coordonnateur d'un service d'urgence médicale ainsi que le médecin coordonnateur de l'activité de transfusion et d'hémovigilance d'un établissement de santé.

⁴⁰⁵ MALBEC J.C., *Missions du médecin coordonnateur*, 2019, disponible à : www.ehpad.org.

⁴⁰⁶ PEISAH C., SORINMADE O.A., MITCHELL L., HERTOIGH C.M., Decisional capacity: toward an inclusionary approach, *Int Psychogeriatr.*, 2013, 25, p. 1571.

hiérarchie de valeurs où la liberté individuelle du professionnel disparaît face à la décision collégiale et à la loi. La liberté de prise en charge et de soin, qui fait partie des principes fondamentaux de la relation entre un sujet et son soignant et qui permettait une liberté de choix n'est plus si simple à appliquer compte tenu de ce bouleversement dans les pratiques et la multiplication des protocoles, des procédures de décision et des lois. L'aptitude décisionnelle des intervenants, fondée sur leur expérience, leur savoir-faire, leurs connaissances, leur discernement, disparaît derrière la nouvelle culture protocolaire. La relation binaire existant au préalable entre le mineur ou l'adulte âgé vulnérable et le soignant, la singularité des enjeux de cette dyade disparaît et met à mal inévitablement les liens de confiance.

C'est dans ce nouveau contexte que doit s'apprécier la liberté du professionnel face au principe de décision et celui-ci est fortement marqué par la question du lien de confiance et de son rapport au patient en tant que sujet de soins. Les faits de maltraitance (violences physiques, psychiques, sexuelles, financières) concernent des populations dépendantes de leurs proches (mineurs, personnes âgées ou handicapées)⁴⁰⁷. Les actes maltraitants restent majoritairement intrafamiliaux et les victimes ne sont pas en capacité de se protéger. Si le médecin préfère ne rien en dire, rester dans la banalisation ou dans le déni, il faillit aux obligations du mandat social⁴⁰⁸ fait à sa profession de protéger les plus vulnérables. Une des difficultés à signaler est sans doute liée à cette représentation culturelle des liens familiaux. La notion du respect individuel et de la volonté de chacun est très forte dans la culture soignante. Envisager un signalement qui peut conduire à limiter les droits individuels est une autre difficulté pour des professionnels soucieux de respecter la liberté individuelle et l'intimité de chacun. La représentation des professionnels quant à ce qu'est la liberté individuelle peut aussi expliquer certaines résistances à signaler en particulier au sujet des personnes âgées. Car le signalement peut très vite entraîner des mesures de protection judiciaire qui limitent inévitablement la liberté de la personne concernée tout en ayant pour objectif de la protéger. Si au sujet des mineurs, c'est la crainte d'un placement qui est souvent évoqué, pour les personnes âgées vulnérables, les professionnels qui hésitent à signaler font part de leurs réticences en raison des décisions administratives ou juridiques qui peuvent en découler et conduire à une limitation de son autonomie personnelle. Pour un professionnel, qui est avant tout une personne avec sa propre histoire personnelle, ses valeurs, ses expériences, rédiger un signalement qui peut conduire à ce

⁴⁰⁷ BENAROUS X., CONSOLI A., RAFFIN M., COHEN D., Abus maltraitance et négligences (1) : épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2014, n° 62, p. 299.

⁴⁰⁸ VERSPIEREN P., Malade et médecin, partenaires, *Études*, 2005, n° 1, p. 27.

type de mesures n'est pas simple, car cela engage d'inévitables identifications projectives puisque le grand âge est une évolution inéluctable pour tout individu. Par son signalement, le professionnel acquiert une sorte de pouvoir sur le devenir de la personne, mais cela peut s'accompagner de craintes multiples et de résistances si le signalement est perçu davantage comme une sanction que comme une mesure de protection et si les expériences passées se sont mal déroulées (par exemple sanction suite à un signalement ; aucune protection de l'enfant suite à un signalement effectué ; aucune information transmise au professionnel par les autorités saisies sur les suites de son signalement).

Le mineur comme la personne âgée vulnérable n'ont que rarement le choix de leur intervenant ; celui-ci étant décidé pour lui par d'autres personnes (proches, responsables institutionnels...) ce qui fait que la confiance est à construire totalement alors que dans les situations où le professionnel est choisi, il y a *a priori* une confiance qui lui est donnée. Quand le professionnel est imposé, la rencontre entre le professionnel et la personne impliquée est en quelque sorte biaisée, sans qu'il y ait de réelles élaborations de la demande ni de choix de la personne qui va prendre en charge. Comme dans les cas où un mineur qui irait mal et dont les patients inquiets, décideraient de l'emmener chez un psychologue alors que lui n'a rien demandé, car in n'est pas décidé à parler.

Autre cas, celui d'une personne âgée qui se retrouve à consulter un psychiatre à la demande de son médecin généraliste alors qu'il ne se sent pas du tout malade. L'enfant comme l'adulte vulnérable peut alors refuser des soins. Il peut arriver également que le soignant ne souhaite pas poursuivre sa prise en charge ce qui est souvent qualifié de refus de soins⁴⁰⁹ (par exemple dans les cas où un patient vient pour satisfaire l'injonction d'un proche, mais avec un total refus du moindre travail thérapeutique ou dans les situations de menaces ou lorsque le professionnel se retrouve face à une situation qui dépasse ses compétences). Dans ces situations où le lien de confiance ne s'établit pas, décider de signaler s'avère pour les professionnels entendus une véritable difficulté. « Dans le doute, je préfère m'abstenir », dit un médecin, oubliant que la loi lui demande d'alerter en cas d'hypothèse de maltraitance même s'il n'en a pas la preuve ni la certitude.

Nous n'aborderons pas ici toutes les questions relatives à l'intérêt thérapeutique d'autrui⁴¹⁰, à l'article 16-3 du Code civil conditionne la licéité de l'acte médical au

⁴⁰⁹ BRISSY S., LAUDE A., TABUTEAU D., Refus de soins et actualités sur les droits des malades, *Presses de l'EHESP*, 2012, 139 p.

⁴¹⁰ DUMAS-LAVENAC S., *L'acte sur le corps dans l'intérêt médical d'autrui*, Thèse Rennes 1, 2012.

consentement de la personne sur lequel il est réalisé⁴¹¹ ainsi qu'à sa nécessité médicale⁴¹². Ces éléments sont fondamentaux dans la relations soignants/soignés⁴¹³ mais nous éloigneraient du cœur même de notre sujet lié aux réticences au signalement.

§ 3 : La crainte de se tromper

Bien des professionnels expliquent ne pas signaler par crainte de se tromper et de conduire à des décisions lourdes de conséquences pour le mineur comme pour la personne âgée vulnérable.

L'étude menée permet de constater que quand aucun signalement n'a été fait, il s'agit dans 93 % de cas de situation où le soignant n'était pas sûr de lui et avait peur de se tromper. 68,8 % des médecins avouent se sentir parfois démunis face à un cas de maltraitance et 12,5 % se disent se sentir souvent démunis. Le même pourcentage par contre, ne se sent jamais démunis. Seul un faible pourcentage se sent systématiquement en difficultés face à un cas de maltraitance soit 6,2 %. Lors des entretiens menés auprès des professionnels, la majorité explique ne pas vouloir « s'immiscer dans les problèmes familiaux » (70 %), ne pas se sentir suffisamment formée pour gérer la situation (55 %), craindre de blesser la victime (50 %).

Il pourrait être pensé que le fait même d'être un professionnel protège des incertitudes et facilite des signalements en particulier dès qu'il s'agit de protéger un mineur ou un adulte vulnérable. Mais cela serait méconnaître la réalité du manque de formation et de connaissances, mais aussi les enjeux relationnels entre le professionnel, la personne impliquée, ses proches et le secteur (privé ou public) dans laquelle travaille le professionnel. Chaque situation est propice à des résonances mettant en jeu la subjectivité des uns et des autres, au-delà de toutes les questions liées au professionnalisme. Savoir repérer ces effets de contaminations, les réactions projectives, les défenses, ce qui fait ou non résonance est fondamental pour tout professionnel exerçant auprès de personnes vulnérables. L'expérience apparaît souvent comme un atout, mais elle engage aussi l'évolution du professionnel (dans sa vie personnelle, son statut familial) et cela participe au processus d'identification et de vécus d'expériences professionnelles qui peuvent être source d'épuisement, d'usure voire de découragement. Les héritages représentationnels individuels et professionnels ont une incidence dans les évaluations qui sont

⁴¹¹ HENNION-JACQUET P., Le paradigme de la nécessité médicale, RDSS 2007, p. 1038.

⁴¹² CSP, art. L.1110-5, al. 2, puis CSP, art. L.1110-5-1 depuis la Loi Léonetti-Claeys du 2 févr. 2016.

⁴¹³ Loi n° 2016-87 du 2 févr. 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, JORF du 3 févr. 2016.

des temps de rencontre entre une personne vulnérable (enfant, personne âgée) et ses proches. Tous ces effets expliquent ces situations où des professionnels signalent sans aucune limite quand d'autres n'établissent jamais le moindre écrit, voire maintiennent des liens qu'il savent destructeurs pour l'enfant ou la personne âgée sous motivation d'idéologie du lien et de positionnements de principe.

Section 2 - Les difficultés liées aux conséquences possibles du signalement

Les réponses données permettent de différencier des décisions de ne pas signaler liées d'une part aux craintes pour les personnes victimes des conséquences d'un éventuel signalement et d'autre part à des inquiétudes ce pour eux-mêmes en tant que soignants, mais aussi pour les équipes.

§ 1 : Les conséquences pour les personnes signalées

Signaler n'est pas sans conséquence pour celui qui signale et bien évidemment pour celui qui est signalé. Quand les professionnels ont eu des expériences qu'ils jugent « désastreuses » de signalement, ils ont tendance à ne plus s'engager dans ce type d'écrit. Comme l'explique cette infirmière scolaire, « on a eu une jeune collégienne qui est venue à l'infirmerie expliquer qu'elle avait été violée par des camarades de sa classe la veille à l'occasion d'une fête ayant eu lieu au domicile de l'un d'eux. On a bien évidemment immédiatement signalé et les examens médico-légaux ont confirmé le viol. Mais les deux jeunes mis en cause sont restés en liberté et scolarisés dans le collège, car les faits avaient eu lieu à l'extérieur de l'établissement. Cette jeune fille a dû être déscolarisée en urgence, car elle était devenue la cible d'insultes et de harcèlement de la part d'autres élèves. Alors au final je ne sais pas si le signalement l'a vraiment protégée. La procédure dure depuis plus de quatre ans, elle a été rejetée par sa famille qui en supportait plus les rumeurs du quartier, elle a dû être déscolarisée et aujourd'hui elle est traitée comme un paria. C'est aussi cela que l'on doit prendre en compte quand on signale et c'est très dur ». Autre témoignage dans un collège de quartiers favorisés d'île de France. Un enseignant est surpris en train de visionner sur son ordinateur portable un film pornographique zoophile par des élèves de sa classe qui le cherchait pour préparer le conseil de classe. Choqués par les images les quatre élèves (qui n'avaient pas été vus par l'enseignant) vont chercher le conseiller principal d'éducation qui constate également la teneur des images et interpelle l'enseignant qui ferme immédiatement son ordinateur et prend

soin de mettre sa clé USB dans sa poche. Le CPE prévient son chef d'établissement qui appelle le procureur de la République qui lui demande de signaler. L'enseignant est mis à pied pendant plusieurs mois puis l'affaire étant classée il réintègrera le même établissement 18 mois plus tard. Mais dans les jours qui suivent ce signalement, les enseignants du collège vont se scinder en deux groupes, l'un, majoritaire exige, un conseil de discipline pour exclure les élèves qui ont alerté la CPE et font une cagnotte pour participer aux frais d'avocat de leur collègue. D'autres rares enseignants s'opposent à cette demande de mesure punitive pour des enfants victimes. L'identification à l'agresseur ici à l'œuvre est fréquente en institution. Dans cette situation il faudra l'intervention des services du Rectorat pour appeler à l'ensemble de l'équipe pédagogique la loi et tenter de protéger les élèves à l'origine du signalement des représailles qu'ils subissent (notes soudainement catastrophiques, menaces d'adultes dans les couloirs sur le fait qu'ils « paieront pour ce qu'ils ont fait). Les parents des élèves seront contraints de changer leurs enfants de l'établissement face à cet inversement des culpabilités. Le chef d'établissement sera « invité » à changer d'établissement par sa hiérarchie lors de la reprise de poste de l'enseignant mis en cause, ce qu'il fera « pour survivre » nous dira-t-il.

Dans un EHPAD un des médecins explique que « lorsqu'une maltraitance est constatée d'un agent sur un patient, nous évitons de signaler, car l'expérience nous montre que cet agent est rarement sanctionné et qu'au final les autres soignants vont, sûrement inconsciemment, s'en prendre à la personne âgée qu'il faudra changer d'établissement. Alors pour éviter cela, qui serait pour nous pire pour cette personne âgée, nous préférons gérer en interne en conseillant à l'agent de demander un changement de service. Vous savez ce qui se trame dans la dynamique des équipes soignantes c'est très particulier. Le patient qui est maltraité par un collègue qui est certaines fois quelqu'un que vous appréciez, devient celui par qui le scandale arrive et loin d'être protégé il est encore plus malmené, comme si les collègues se vengeaient sur lui. Il y a quelque chose d'insupportable à se dire qu'un soignant, quelqu'un comme vous et moi, est capable de faire de telles choses ; alors sûrement que l'on préfère se protéger en disant que ce n'est pas possible et quand il y a des preuves en tentant de l'excuser par exemple en justifiant ses actes par la pathologie du patient ou par u contexte d'épuisement professionnel. On ne peut pas signaler sans prendre en considération tous ces enjeux et toutes les conséquences possibles pour le patient. Et après chacun fait selon son évaluation du bénéfice/risque. Moi, personnellement, plus le temps passe, moins je signale, car les expériences que j'ai eues font que loin de protéger les personnes âgées maltraitées, cela les a exposés à d'autres violences dont celles d'une institution qui déteste être mise en défaut ».

D'autres professionnels expliquent que signaler un enfant ou une personne âgée peut conduire à son placement et que bien souvent la situation est « bien pire », car les conséquences sont innombrables avec la perte des repères de vie quotidiens, de l'explosion de la famille (en particulier pour les mineurs des fratries et pour les personnes âgées la fréquente prise de distance de leurs enfants quand c'est le conjoint qui est mis en cause). Et il y a également toutes ces situations où le signalement n'est pas suivi. « C'est comme si l'on appelait à l'aide dans le vide », explique un médecin généraliste. « On signale, on donne tous les faits d'inquiétude et il n'y a rien de fait, tout est classé. La personne qui s'est confiée à nous, nous a fait confiance. On lui a expliqué qu'on allait signaler pour la protéger et au final, rien. Comment voulez-vous que l'on garde sa confiance et qu'elle nous croit quand on lui dit que la justice va la protéger ? Et puis pour d'autres cas pour lesquels on n'avait pas d'inquiétudes, on apprend qu'un magistrat a ordonné un placement. Un médecin généraliste nous dit « est-ce que vous avez notion des conséquences dramatiques que cela peut avoir pour une famille ? » La perte d'objectivité, inévitable quand le soignant connaît depuis longtemps une famille conduit à majorer le déni de ces situations et explique sans doute que bien des professionnels libéraux disent ne « jamais » avoir été confrontés à la nécessité de signaler. Ce que reconnaît une infirmière libérale « le fait de connaître depuis longtemps les gens, ça fait un frein inévitable. On veut les croire quand ils nous donnent leurs explications même si au final nous savons bien qu'elles ne tiennent pas. On n'a pas le même regard quand on remplace un collègue et que l'on rencontre des gens que l'on ne connaît pas. C'est plus facile, car on n'a pas l'impression de les trahir. J'ai connu cette différence aussi quand je travaillais aux urgences où les patients étaient juste de passage. On n'avait pas le temps de faire des liens et c'était beaucoup plus facile de signaler que de le faire en service de pédiatrie avec des enfants et des failles dont on s'occupait tous les jours. Le seul « avantage » si je puis dire quand on connaît les gens, c'est que l'on repère plus facilement les changements anormaux et que les victimes qui nous connaissent nous parlent et se confient sûrement plus facilement. Maintenant une fois qu'on a repéré, et qu'il faut signaler, là ça devient très, très difficile parce que l'on a peur pour les victimes, mais aussi il faut le reconnaître, pour nous. Les auteurs savent où on habite, si on a des enfants et où ils sont scolarisés. C'est cette peur qui est très peu reconnue et tout le stress qui va avec qui pour moi expliquent le plus le fait que les soignants ne signalent pas des faits de maltraitance alors qu'ils savent bien qu'ils existent ».

Un grand nombre de professionnels de terrain explique leur lassitude à signaler en raison de l'absence de retour sur les décisions prises : « on ne sait jamais ce que ça devient, s'il y a eu

ou non une audition et nous on doit continuer de gérer cet enfant ou cet adulte vulnérable dans le vide et sans rien savoir » nous explique ce médecin généraliste. Il poursuit « je peux comprendre que tout le monde soit débordé, mais juste envoyer un mail ou un courrier pour nous dire ce qu'il en est ne devrait pas être si compliqué. Quand je parle avec mes collègues, c'est bien souvent cette impression de travailler dans le vide, sans aucune continuité ni aucun lien avec ceux à qui on s'adresse, qui est usant et qui fait qu'au final on ne signale plus. Et puis quand nos signalements sont classés, on ne sait même pas pourquoi ; là aussi ça ne devrait pas être très compliqué de nous expliquer et cela serait sûrement formateur et participerait à la prévention parce que peut-être que nous avons mal rédigé, mal expliqué...en fait on n'en sait rien...comment voulez-vous que l'on garde la confiance de nos patients dans de telles situations ? Ils nous ont fait confiance, ils nous ont parlé, on leur a dit qu'on signalait et RIEN.... il y a de quoi être désespéré ».

Le Docteur Y. est médecin scolaire : « dans ma carrière, j'en ai fait des signalements, je ne pourrais même pas vous dire combien. Surtout lorsque j'étais jeune professionnelle et pleine d'illusions. Aujourd'hui je réfléchis à deux fois, car j'ai vu trop de situations où signaler a été dramatique pour les enfants avec des rejets insupportables de la famille, des placements dans des lieux où ils se faisaient agresser, des échecs scolaires chez des gamins brillants qui se laissent mourir à petit feu et qui avaient perdu toute confiance dans le système. Il y a la loi et l'application de la loi et c'est là le problème, car trop souvent la loi est appliquée sans que soient réellement réfléchis les besoins de l'enfant et les conséquences dans sa vie des décisions prises. C'est facile de signaler en se disant qu'on a fait notre travail et en se donnant bonne conscience. Mais après ? Que se passe-t-il pour cet enfant ? Si le placement des enfants maltraités était une réussite en France, cela se saurait. C'est tellement l'inverse que nous constatons. Il y a une telle banalisation des maltraitances, si peu de poursuites et encore moins de condamnations pour des faits pourtant dramatiques. Comment voulez-vous que l'on ait un rapport serein au signalement ? La loi je la connais ce n'est pas là le problème. Ou plus précisément c'est parce que je ne connais que trop les conséquences de l'application de la loi sur le devenir des enfants que je ne me précipite plus à signaler. Avec les collègues nous essayons de tout mettre en œuvre pour trouver des solutions avant de judiciariser et ça, c'est vraiment lié à nos expériences face au signalement. »

Madame V. est infirmière en libérale et intervient en milieu rural : « des cas de personnes âgées maltraitées c'est mon quotidien. Mais que voulez-vous faire ? On peut les

signaler, ce n'est jamais suivi où la personne âgée qui est l'auteur fait un tour en garde à vue, ressort et finit toujours par revenir au domicile. Il faut comprendre que ces couples vivent ensemble certaines fois depuis plus de cinquante ans ça paraît incroyable aujourd'hui, mais cela existe encore. Ils ont tout vécu ensemble et même si en vieillissant ils ne se supportent plus et en arrivent à être violents entre eux, ils préfèrent rester ensemble. C'est la seule chose qu'ils connaissent et ce n'est pas à leur âge qu'ils vont changer. Les rares cas où j'ai vu des signalements pour des faits de violences graves, les personnes victimes ont été placées en institutions et sont mortes quelque temps après. Et dans les cas où un de leurs enfants essaye de récupérer leur argent et en quelque sorte les rackette, nous savons très bien que même si un juge des tutelles est nommé, les petits vieux finissent par céder à nouveau en nous disant « c'est mon enfant tout de même ». Nous on voit, on constate, mais on sait très bien que signaler ne sert à rien à part nous donner bonne conscience. La loi je la connais bien : si le petit vieux ne reconnaît pas avoir frappé sa femme et que celle-ci dit être tombée toute seule, personne ne peut rien faire. Et n'en venez pas me parler de « psy » qui pourraient les aider ! Il n'y en a pas ou plus ou alors avec des délais inimaginables et aucun moyen pour s'y rendre. Et oui qui paye ? La majorité des personnes auxquelles je pense ont des toutes petites retraites et n'arrivent déjà pas à s'en sortir alors aller payer un thérapeute c'est juste totalement illusoire. C'est pour ça que pour moi le signalement n'est pas adapté. On devrait mettre en place des aides au domicile beaucoup plus généralisé, accompagner les personnes âgées à supporter le fait que la vie fait son travail et que le physique et le mental se dégradent, mettre plus de dispositifs pour aider les proches et leur éviter de craquer. Mais cela demande de l'argent et là il n'y a plus personne. »

Un autre rapport au signalement avec toutes les inquiétudes pour la victime nous est rapporté par une sage-femme : « cela fait plus de vingt ans que je suis sage-femme dans un service de Protection Maternelle et Infantile et des signalements j'en ai fait. Il y a une situation qui m'a mise particulièrement en difficulté, celle d'une future maman, enceinte de son premier enfant, qui s'effondre le jour où elle apprend à cinq mois de grossesse qu'elle attend un garçon. J'essaye de comprendre et au bout de plusieurs rendez-vous, elle m'explique qu'elle a été violée enfant par son père « pendant des années », que « toute [s]a famille est au courant, mais que tout le monde lui a dit de ne jamais en parler sinon son père irait en prison et elle serait mise en foyer et changerait d'école. Pendant toute son enfance puis son adolescence, elle a grandi dans cet environnement totalement pervers. Par je ne sais quel miracle elle a réussi à s'en sortir et à trouver un compagnon calme, très attentionné. Après des années de galères professionnelles, elle a enfin trouvé un travail stable auprès de personnes âgées et la voilà enceinte et tout son

monde s'écroule. Elle est convaincue que son fils deviendra aussi pédophile et il faudra tout le soutien de la psychologue de la PMI pour la soutenir et l'aider à accueillir son bébé. Aujourd'hui il a deux ans et tout se passe très bien. Mais à l'époque nous avons multiplié les réunions pour savoir si nous faisons un signalement pour personne vulnérable, car elle s'effondrait totalement et son père, qu'elle ne voyait plus depuis près de dix ans, vivait encore et avait encore potentiellement les moyens d'agresser d'autres enfants. Mais nous n'avons pas signalé, en tous cas pas immédiatement. Tout d'abord parce qu'elle a accepté le suivi avant son accouchement puis après, mais aussi parce qu'en signalant, nous savions qu'elle serait soumise aux auditions, à une confrontation et que tout ce stress en cours de grossesse nous paraissait insurmontable et une prise de risque bien trop importante dans les relations mère-bébé qui devaient s'établir. Nous avons attendu plusieurs mois après la naissance de son petit garçon que leurs relations soient suffisamment sécurisées avant de lui expliquer que nous allions signaler. Après deux ans d'instruction son père a reconnu les faits et n'a été condamné qu'à du sursis en raison de ses problèmes de santé. Avec les collègues nous avons été auditionnées plusieurs fois et à chaque fois on nous a parlé comme à des criminelles en nous reprochant de ne pas avoir signalé immédiatement. Mais si c'était à refaire, nous referions la même chose, car pour nous, dans notre expérience, nous mettons vraiment en balance le « bénéfice-risque » pour la personne qui est à protéger (dans ce cas-là ce bébé à naître et sa mère) ».

Autre rapport au signalement celui de ce médecin du SAMU qui explique que lors d'interventions ou un enfant leur paraît en danger ou une personne âgée, il signale « si et seulement si aucune ressource extérieure n'est possible parce que signaler peut-être bien pire, car le gamin va se retrouver en foyer d'urgence et nous savons bien l'état de ces lieux actuellement et que bien de ces endroits sont devenus très insécurisants et que des enfants y subissent d'autres violences. Par exemple si nous évacuons une mère célibataire alcoolisée et qu'aucun proche ne peut s'occuper des enfants ; ou si un adolescent suicidaire refuse d'être hospitalisé et que ses parents s'opposent aux soins alors qu'il est en réel danger de recommencer. Tout dépend des situations et c'est vrai que nous n'appliquons pas la loi de façon rigide et systématique. »

Un psychiatre décrit la situation d'un jeune adolescent reçu en consultation à la demande de sa mère, divorcée, qui s'inquiète de son comportement de retour des visites chez son père. Le jeune se scarifie, décroche scolairement, passe des heures derrière ses écrans et commence à consommer de l'alcool sans percevoir son début de dépendance au produit. Il exprime, or

présence de sa mère des idées suicidaires précises. Ce jeune adolescent m'expliquera avoir été abusé enfant par son père et subir depuis des violences psychologiques majeures avec des exemples effroyables d'actes humiliants et de disqualification. Il continue malgré une thérapie et un traitement à être envahi par des reviviscences des violences subies et n'en peut plus. Il explique son envie de mourir non pas pour ne plus vivre, mais pour ne plus souffrir. Si le jeune est d'accord pour sa prise en charge et que la mère semble tenir le cadre, je vais privilégier la prise en charge psychothérapeutique, car je ne sais que fort bien ce qui se passerait autrement si je signalais : son hospitalisation sous contrainte puis en foyer. Alors que bien souvent ce type d'adolescents exprime un mal-être à cause de drames vécus et dans le cas que je vous décris, son passage à l'acte était directement lié aux maltraitances de son père. S'il est placé en foyer que va-t-il se passer ? Il risque de se faire agresser par d'autres jeunes et en aucun cas le responsable de son mal-être (son père) ne sera mis en cause. Ce sont ces parents maltraitants qui devraient être placés pas les enfants ! Maintenant si le jeune refuse toute prise en charge et si le parent protecteur qui l'accompagne fait marche arrière, banalise et fini par refuser la prise en charge, là, je signale. Je privilégie toujours l'importance du lien thérapeutique. S'il se construit et que la confiance s'instaure, je sais que je pourrais travailler avec ce jeune et l'aider à s'en sortir ; et cela aucun magistrat ne peut le faire. Par contre s'il reste dans une situation de danger, sans prise en charge possible, là je n'hésite pas et je signale. Il y a la loi et l'application de la loi qui n'est pas toujours logique et là nous sommes face à des situations toujours différentes qui nous obligent à nous poser cette question « si on signale, qu'est-ce qu'il se passe après ? Est-ce que le jeune va vraiment être protégé ou non ? »

Pour autre exemple ce témoignage d'un psychiatre : « si dans le cadre d'une prise en charge en libéral d'un patient alcoolique, celui-ci m'amènerait à le signaler en raison des menaces qu'il proférerait à l'égard de son enfant, comment est-il possible de faire pour le garder sur place ? Si je téléphone devant lui il risque de devenir dangereux pour moi ou de partir, alors comment réagir ? Alors si aucun relais n'est possible (famille, porche) j'alerte le SAMU et j'appelle le tribunal, sinon j'essaye de calmer sa crise et de trouver un moyen de protéger les enfants sans passer par le judiciaire. Car dans mon expérience quand les enfants sont placés, ça les protège des violences directes comme les maltraitances physiques, mais ça n'est d'aucune utilité pour les protéger psychologiquement. Sans parler des risques de subir d'autres violences en foyer, de voir les fratries éclatées et de constater dans quel état sont ces jeunes des années plus tard. Donc je ne signale que si je n'ai pas d'autres solutions et que je sais les enfants en danger.

Mais quand je signale, je sais, par expérience, que tout lien de confiance avec le patient est détruit. J'ai beau lui expliquer que c'est pour le protéger, c'est mort (...) Je ne comprends pas ce système qui conduit la justice à prendre le dessus sur les avis médicaux. Que l'on appelle les forces de l'ordre en cas de danger pour autrui et que l'on signale je suis d'accord, mais un jeune ou une personne âgée dangereuse pour elle-même comme dans les cas suicidaires, si je le/la signale je ne peux plus être son thérapeute. Il n'y plus aucune perspective possible. Mais si je ne fais rien et que cette personne se suicide ou / et tue des proches et que son entourage savait que j'étais son psychiatre, je risque des poursuites. Ça n'a aucun sens. Car qu'est-ce qu'il va se passer ? Ce jeune ou cette personne âgée va être hospitalisé(e) sous contrainte pour un certain temps et après ? Si ce système fonctionnait, il n'y aurait plus de suicides en sortie d'hospitalisation sous contrainte ou en prison. Ce n'est pas la police ou la justice qui peut empêcher un patient de se tuer. La justice n'a rien à voir avec les soins d'urgence psychiatriques et le système actuel met en danger tout le monde. On ne peut pas au nom du principe de précaution faire n'importe quoi. C'est le principe d'efficacité qui doit primer sur le principe de précaution, mais de plus en plus on nous amène à nous couvrir au détriment des prises en charge thérapeutiques. Nul ne doit ignorer la loi, mais que se passe-t-il quand la loi méconnaît la réalité des situations cliniques que nous vivons concrètement ? C'est inconciliable. Moi je privilégie toujours le patient et son intérêt, c'est-à-dire la décision qui ne le mettra pas plus en danger. »

Un autre témoignage obtenu lors de nos entretiens, celui d'un pédopsychiatre : « j'assure le suivi d'un petit garçon depuis sept ans. À l'époque il avait un an et sa mère venait d'être tuée par un chauffard. Il était le fils unique du couple, mais son père avait une grande fille alors âgée de huit ans. Cet homme a eu une vie particulièrement traumatique avec d'innombrables drames : sa mère l'a abandonné à trois ans pour partir vivre avec une femme qui était sa marraine ; son père s'est mis à boire et à le frapper ce qui a conduit à son placement. Au foyer il a été violé à plusieurs reprises par d'autres enfants, déplacé plus de six fois en huit ans jusqu'à sa majorité. Il décrit à la période adolescente des consommations de tout type (alcool, drogues) dont il dit s'être « en partie sorti ». Il est parvenu à obtenir un diplôme dans l'entretien des espaces verts et après une première relation chaotique avait trouvé auprès de sa seconde compagne une stabilité affective et familiale, les parents de celle-ci l'ayant accueilli avec beaucoup d'affection et d'attention. Moins de trois ans après le début de cette relation, cette jeune femme meurt tragiquement, sous ses yeux et celui de leur fils puisqu'ils étaient en train de le promener. Les premiers mois il ne parvient pas à retourner dans l'appartement conjugal et préfère confier son fils aux grands-parents maternels où il a tous ses repères. Il passe le voir

tous les jours et s'occupe de lui tous les week-ends, mais explique être trop submergé par le chagrin pour assurer son quotidien. Le suivi de ce petit garçon permet de constater qu'il se développe harmonieusement, sans trouble spécifique. Quand il a deux ans, son père se remet en couple avec une femme et le couple a un nouvel enfant. À la même période, la fille aînée demande à venir vivre avec son père après avoir dénoncé des attouchements qu'elle aurait subi de son beau-père (signalement effectué par l'école, classé et mère qui l'a d'emblée rejetée). La nouvelle compagne est décrite par le petit garçon et sa sœur que je serais amené à rencontrer comme une femme violente à leur égard comme vis-à-vis de leur père, capable de propos humiliants, dénigrants et de violences physiques tant sur son conjoint que sur les enfants (quand celui-ci n'est pas là). Ces enfants déjà très fortement marqués par des traumatismes se trouvent soumis à un contexte de vie destructeur et des plus maltraitants. L'école saisit la CRIP suite à plusieurs révélations des enfants, mais toutes les IP sont classées. Le suivi de mon petit patient se poursuit tous les quinze jours et j'alerte à de nombreuses reprises le père sur les conséquences pour ses enfants de vivre dans un tel environnement. Cet homme n'est pas réellement dans le déni, mais s'effondre en expliquant qu'il ne peut pas « échouer de nouveau », qu'il est « terrorisé à l'idée de vivre seul » et qu'il ne quittera pas sa nouvelle compagne. Pourtant son petit dernier présente des troubles du comportement inquiétants et un retard dans les acquisitions qui conduisent l'école à alerter de nouveau les services du Conseil départemental, sans plus de suite. À l'occasion d'une consultation, mon jeune patient me décrit des états d'alcoolisation de plus en plus fréquents de son père au cours desquels il serait « gentil et très calme ». Il dit vouloir « rejoindre » sa mère et parle clairement d'idées suicidaires tout comme sa grande sœur « qui n'en peut plus ». Le père reconnaît boire « mais contrôler » pour pouvoir « supporter de devoir tout gérer ». Devant son fils il explique qu'il aurait préféré mourir à la place de la mère de celui-ci « au moins elle, elle aurait mieux géré. » Il refuse toute prise en charge individuelle expliquant qu'il ne fait plus confiance aux « psy » depuis son enfance où il avait sollicité leur aide en vain quand il était violé au foyer...Je décide de le voir seul et je constate que ses idées suicidaires sont quotidiennes, mais qu'il affirme ne rien envisager de faire pour attenter à sa vie tant que ses enfants sont mineurs cars « ils ont besoin » de lui. C'est un homme épuisé, tendu, torturé par la souffrance que j'ai en face de moi. Je sais qu'il est chasseur et qu'il possède des armes à son domicile et je ne peux pas m'empêcher de penser au pire. J'appelle le procureur de la République de permanence qui me dit « qu'aucun signalement ne servira à rien si ce n'est à ce que l'on finisse par placer ces enfants et qu'il faut saisir la CRIP ». J'appelle donc la CRIP qui m'explique que la famille est connue, mais que « rien n'est possible ». Et là je me retrouve dans un sentiment d'impuissance total. Aucun signalement ne

servirait à quoi que ce soit, car tous ceux ayant déjà été effectués ont été classés. Je pourrais demander une hospitalisation sous contrainte de cet homme avec toutes les conséquences à craindre (placement des enfants, suicide de cet homme à la sortie de son hospitalisation). Comment protéger ces enfants ? Je ne sais pas et là cette situation pointe pour moi réellement les limites du système actuel : quand nous signalons des situations qui nous alarment, les magistrats ne s'en saisissent pas forcément et quand ils le font, ils prennent des décisions qui peuvent être d'autres violences infligées à l'enfant (dans ce cas, le placement). Ce père n'est pas maltraitant comme tant d'autres. Il a été lui-même tellement maltraité (et continue de l'être avec sa nouvelle femme) qu'il ne parvient à prendre les décisions pour protéger ses enfants de la violence de cette femme. Mais signaler servirait à quoi ? Empêcher un drame immédiat (suicide du père), mais risquer d'en conduire à d'autres (suicide des enfants et suicide du père une fois sorti d'hospitalisation) ? Le décalage entre la réalité de ce que sont les maltraitances et la pratique de ce qu'il est possible de faire pour les protéger est abyssal. Et nous, soignants, nous nous trouvons là, à devoir gérer des situations ingérables, à savoir que le signalement qui devrait protéger les enfants ne servent bien souvent à rien si ce n'est à créer d'autres traumatismes et à devoir bricoler nos prises en charge pour tenter de tenir à bout de bras des enfants aux vies massacrées. »

Ce rapport au signalement « à la carte » se retrouve fréquemment chez les psychiatres confrontés à des mineurs et des personnes âgées vulnérables ou à des adultes dont le comportement les laisse craindre qu'ils ne puissent mettre en danger des proches (patients alcooliques, drogués, présentant des troubles psychiatriques dangereux tels qu'une schizophrénie avec délire paranoïde.) Un médecin décrit très bien ces traitements différents des signalements selon la pathologie du patient : « si dans ma consultation d'addictologie je reçois un père qui vient d'avoir un bébé, qui n'est pas dans le déni de sa pathologie, qui accepte de se faire prendre en charge et qui est soutenu par sa femme je ne signale pas alors que si j'ai en face de moi un patient tout aussi alcoolique, mais dans le refus de réaliser qu'il est malade, qu'il a besoin de soin et que son alcoolisme représente un danger pour son bébé, alors là je n'hésite pas une seconde et je signale. »

Dans notre étude, seuls 62,4 % des professionnels disent avoir été informés des signalements effectués. Il reste donc dans plus d'un tiers des cas des intervenants qui n'ont aucune suite quant aux écrits transmis aux autorités administratives comme judiciaires. Et pour ces professionnels, ne pas connaître les suites données est un frein majeur à tout nouveau

signalement. Mais si nous reprenons l'ensemble des réponses des participants, nous constatons que 74 % se disent prêts à signaler de nouveau si cela était nécessaire.

Une enquête⁴¹⁴ réalisée en 2015 par le REPPEA (Réseau des professionnels de la protection de l'enfance et de l'adolescent) auprès de psychologues et de pédopsychiatres spécialisés en protection de l'enfance a montré que ces professionnels qualifiés ne signalaient pas toutes les situations inquiétantes du fait de l'impossibilité de preuves matérielles. Sachant l'absence de suite donnée aux signalements basés sur la parole de l'enfant et ses troubles, mais sans élément matériel, ces professionnels expliquaient préférer ne pas signaler que de le faire et de constater que leur écrit n'aboutissait à aucune protection de l'enfant, voire le mettait en situation de risque d'être davantage maltraité (le parent auteur se considérant comme inaccessible et au-dessus des lois). Dans cette étude, les suspicions de violences sexuelles sur des enfants n'aboutissaient à une protection que dans 42 % des cas. Le milieu judiciaire protégerait un peu moins les enfants de parents séparés que non séparés (66,66 % vs 71,11 % pour les moins de 7 ans et 60,78 % VS 66,66 % pour les plus de 7 ans), ce qui doit être majoré par le fait que les professionnels ont déjà moins signalé lorsque les parents étaient séparés. Au total les enfants suspectés d'inceste les moins protégés sont les enfants de parents séparés de moins de 7 ans (41,66 %), suivi des enfants de moins de 7 ans de parents non séparés (43,38 %), puis des enfants de plus de 7 ans de parents séparés (45,92 %). Les enfants les mieux protégés sont ceux de plus de 7 ans qui ont des parents non séparés (57,14 %). Les résultats de notre étude témoignent eux aussi des difficultés à signaler et du fait que pour de nombreux professionnels, le contexte actuel ne permet plus de protéger les enfants sur la seule base d'un signalement.

Les témoignages transmis illustrent toute l'attention portée par es soignants à ceux qu'ils prennent en charge et toute la complexité ressentie face au signalement même quand ils connaissent la loi et ont les connaissances cliniques suffisantes. Pour eux le lien thérapeutique prime sur toutes leurs autres obligations. Ces expériences transmises permettent de constater qu'il existe un véritable hiatus entre la réalité clinique de ce qu'ils constatent et la doctrine législative en matière de signalement.

La relation professionnelle au signalement a donc une incidence considérable sur la décision ou non de signaler que les magistrats ne sauraient aussi méconnaître.

⁴¹⁴ REPPEA, Livre blanc sur la protection des enfants maltraités, 2015, éd. REPPEA.

§ 2 : Les conséquences pour les soignants eux-mêmes

Si les soignants parlent en priorité de leurs questionnements quant aux suites d'un signalement pour les patients, certains font aussi référence aux conséquences pour eux-mêmes en raison de leur crainte des représailles extérieures comme de celles possiblement agies par leur institution. Cette situation s'explique en partie par les enjeux institutionnels (A) qui seront illustrés par différents témoignages éloquentes de la réalité de terrain (B) et par les poursuites encourues par les soignants (C).

A – Les enjeux liés aux dynamiques institutionnelles

Au sein des institutions les dynamiques à l'œuvre peuvent être tout à fait bienveillantes et bien traitantes à l'égard des usagers et des professionnels, mais il arrive aussi que la maltraitance s'agisse non seulement sur les personnes prises en charge mais également sur les professionnels. Les témoignages sont innombrables toujours sous couvert de l'anonymat par crainte de répercussions, sur ce que peuvent vivre, voire subir certains professionnels. S'ils signalent par exemple contre l'avis d'un chef de service, ils subissent presque immédiatement des sanctions (congrés refusés, formations années, mutation d'office...) Ces représailles institutionnelles garantissent aux responsables, des agents à la compliance totale, sans aucune capacité à s'autoriser la moindre critique par crainte de perdre leur situation.

Concernant les pressions institutionnelles, 13,8 % des professionnels témoignent subir de leur institution des pressions quand ils décident de signaler ou quand ils s'étonnent que leur signalement ne soit pas transmis par leur hiérarchie aux autorités judiciaires. Dans ces situations, les professionnels décrivent (partie réservée aux réponses libres), des répressions sévères (changement de poste, refus de formation, stratégies d'isolement, etc.). Si le professionnel respecte bien le texte de loi et les modalités de signalement prévues par l'article 226-13 du Code pénal, il ne risque pourtant pas d'être sanctionné. Le signalement doit respecter les conditions. Sauf que la notion de « pertinence des accusations » peut laisser cours à des interprétations variables selon les magistrats et à l'hypothèse que le professionnel n'est pas nécessairement authentique dans sa sincérité et sa conviction à signaler. Ce qui fait de ce texte une force de dissuasion importante à l'égard du professionnel.

Avez-vous fait l'objet de pressions institutionnelles pour avoir tenté de protéger un enfant ou un adulte vulnérable ?

	Fréquence	%	% valide	% cumulé
Non	997	86,2	86,2	86,2
Oui	160	13,8	13,8	100,0
Total	1157	100,0	100,0	

L'analyse croisée des réponses permet de relever différentes variables qui influencent les réponses à cette question en particulier la profession, le contexte d'exercice actuel, le niveau de formation initiale sur les modalités de rédaction d'une information préoccupante ou d'un signalement, l'existence de formation continue pour savoir comment repérer des signes de maltraitements chez l'adulte (évoqueurs, spécifiques, non-évoqueurs). Notre étude permet de constater que plus les professionnels sont formés et signalent, plus ils se plaignent de pressions institutionnelles et se trouvent davantage exposés aux pressions de leur lieu d'exercice. Quand un professionnel signale contre l'avis de la majorité de ses autres collègues il est, pour reprendre l'expression d'un médecin de PMI « mort : autant qu'il cherche à travailler ailleurs, car le groupe fait pression et si vous ne le suivez pas, vous passez pour le vilain petit canard. Alors si en plus vous allez à l'encontre de ce qu'ont décidé les responsables (qui bien souvent n'ont jamais vu la famille), vous pouvez faire une croix sur votre carrière ».

B – Le témoignage des soignants

Il apparaît ici important d'illustrer ces réponses par les témoignages de soignants de terrain transmis lors de leur participation à l'étude. Il est précisé ici que pour la grande majorité d'entre-eux les cas transmis et surtout les difficultés rencontrées, n'ont jamais conduit à des procédures et ont été gérées en interne dans les établissements, sans aucune trace possible (ni institutionnelle, ni administrative).

Pour exemple ce médecin responsable d'une petite unité de repérage des maltraitements chez les très jeunes enfants à l'hôpital Trousseau à Paris ayant obtenu l'éviction de la psychologue du service qui avait fini par envoyer directement un signalement de viol entre mineurs (cousins d'une famille très connue), car elle avait découvert que ce signalement pourtant décidé en équipe n'avait pas été envoyé, le médecin aurait « négocié » son silence

auprès de la famille moyennant une enveloppe d'argent liquide. Procédé totalement illégal, mais même avec les preuves, cette psychologue a été changée du jour au lendemain de son service et le médecin mis en cause n'a jamais été inquiété et est resté en poste (mais dans une unité fantôme qui n'a plus jamais reçu d'enfants jusqu'à son départ en retraite l'année suivante). Aucune association de protection de l'enfance alertée n'est intervenue (« peur de représailles, car médecin trop connu »), la direction de l'hôpital a expliqué qu'elle ne « voulait pas de vagues avec ce médecin très protégé » et au final, c'est pour avoir respecté la loi que cette fonctionnaire a été sanctionnée. Et le Parquet, alerté de ce dysfonctionnement majeur n'a jamais fait la moindre enquête et le signalement pour viol (attesté par un examen gynécologique réalisé aux Urgences Médico-Judiciaires et avoué par le cousin de 15 ans a été classé sans aucune poursuite.

Autre exemple, cette ethnopsychologue responsable des enfants migrants dans une Aide sociale à l'enfance d'île de France qui pour avoir alerté ses responsables du sort de ces jeunes enfants abandonnés par l'institution dans des hôtels sur des zones commerciales et soumis à des trafics de prostitutions et à des viols répétés, a été mise à pied avec changement d'affectation dans un service sans aucun lien avec sa spécialité alors qu'elle ne faisait que son travail.

Pour un soignant les rapports hiérarchiques existants au sein des services peuvent conduire à ne pas signaler si le responsable impose de ne rien faire et même quand ils connaissent la loi, les professionnels expliquent ne rien pouvoir faire sous peine de risquer des représailles de toutes sortes. Pour l'illustrer le témoignage de Madame B. est psychomotricienne dans un service de pédopsychiatrie dont le chef de service est un expert près une Cour d'appel : « il est très connu, comment voulez-vous vous opposer à lui ? Dans le service nous avons plusieurs situations où des enfants ont révélé avoir subi des violences sexuelles de la part d'un de leur frère. C'est même la raison de la demande de suivi. Moi, en arrivant dans le service je pensais qu'il fallait signaler ces situations à la justice, mais ce chef de service du haut de son autorité m'a expliqué que « non ». Et il a fini par me convaincre. Il m'a donné de nombreux cas où il avait signalé et où, au final il n'y avait pas eu de suite ou d'autres situations où les enfants (victimes et auteurs) avaient été placés conduisant à l'explosion de la sphère familiale. Pour lui, le système judiciaire ne remplacera jamais un travail thérapeutique et celui-ci ne peut pas être mené une fois que la justice a placé ou quand elle n'a rien fait. Il m'a même dit (alors qu'il est expert) que « la justice ne servait à rien fasse à la psychothérapie des victimes et qu'elle conduisait bien plus à blesser les enfants qu'à les protéger ». Alors il nous demande d'évaluer la capacité des parents à protéger une fois qu'ils ont surpris une situation d'agression

sexuelle entre leurs enfants. Si l'équipe considère que les parents ont tout mis en place pour que les faits ne recommencent plus, il ne signale pas. Par contre si les parents banalisent ou ne font rien (par exemple continue de faire des bains communs entre leur petit et leur adolescent), là il signale. Tout est pour lui question d'interprétation de la loi et dans son rapport au signalement, c'est le psychothérapeutique qui doit primer avant tout. Pour en avoir parlé avec d'autres collègues, d'autres structures je sais que ce cas n'est pas isolé et que bien des psychiatres, pédopsychiatres, psychothérapeutes ne signalent pas des faits de maltraitance, car ils sont convaincus que le signalement ne sera pas protecteur pour l'enfant. Et même si pour nous il faudrait le faire, il faut comprendre que face à un chef de service nous ne sommes rien. Trop de collègues se trouvent changés de poste, voient leur demande de formation subitement refusée ou leurs dates de congés changées. Autant de petites représailles pour bien nous faire comprendre que si l'on s'oppose aux décisions des responsables, il vaut mieux changer de service. Mais c'est très perfide, voire vicieux et impossible bien souvent à dénoncer. Et quand on en parle aux syndicats ils nous expliquent que face au pouvoir des médecins et des cadres, les simples soignants ne peuvent rien faire que de se taire. Alors on se tait ».

Un autre psychologue qui avait signalé des viols entre mineurs dans un foyer n'a pas vu son contrat renouvelé, avec pour explication « manque de loyauté à l'égard de l'employeur ». Des personnes extérieures peuvent conseiller de saisir le tribunal administratif ou les Prud'hommes. Mais ces procédures sont longues, coûteuses et quand il s'agit d'un fonctionnaire il se retrouve à porter plainte contre l'État, ce qui explique que la plupart des soignants n'engagent aucune poursuite contrairement à ce que le droit du travail leur permettrait.

Enfin ce témoignage d'une pédopsychiatre sanctionnée par son Conseil de l'Ordre au niveau régional et actuellement en procédure d'appel auprès du Conseil de l'Ordre national.

Tout a commencé par une histoire banale de signalement d'une petite fille de 8 ans qui se plaignait de maltraitances graves de la part de son père, psychiatre. Cette enfant était totalement terrorisée par son vécu et la peur des représailles de son père. En tant que pédopsychiatre j'ai pris soin de vérifier la congruence des propos avec la symptomatologie post-traumatique que présentait cette petite fille et j'ai effectué un signalement. Celui-ci, comme de nombreux autres signalements que j'ai effectués depuis 15 ans n'a pas abouti à la protection effective de cette mineure, le père, ayant toujours nié les faits allégués malgré une enquête pénale particulièrement éloquente.

Cette absence de protection a été fortement influencée par le fait que de nombreuses interventions extérieures mensongères ont pollué ce dossier et plus particulièrement du fait du discrédit de mes observations et de l'ensemble de mon travail qui a été orchestré par le conseil départemental de l'ordre des médecins qui, après avoir reçu le père de cette enfant, aussi médecin, m'a poursuivi devant les instances disciplinaires pour de multiples motifs plus fallacieux les uns que les autres et cela au travers de deux plaintes pour la même affaire. Le véritable motif de ces poursuites est bien évidemment le fait que j'ai effectué un signalement pour maltraitance et que j'ai pris la défense de cette enfant et de sa mère protectrice, mais comme il n'était pas légalement possible de me poursuivre pour cela depuis la loi de 2016, le conseil de l'Ordre a su trouver de multiples autres motifs pour le faire. Pour autant les actes posés durant la procédure par le conseil de l'ordre sont pourtant clairs sur le but ultime recherché qui a été de me faire des pressions pour que je cesse la défense de cette enfant. Notamment, le Président m'intima de ne plus jamais voir l'enfant, mais aussi d'interrompre tout contact et suivi avec la mère aussi (!) ce qui est, en outre, une demande abusive et totalement illégale, les patients adultes ayant le droit de choisir leur médecin, toute entrave à cela constituant une violation du principe de liberté du choix de son médecin.

Le CDOM m'a ainsi accusé de nombreux faits fallacieux dans ces deux procédures qui évoluent depuis 5 ans maintenant et continue d'exiger une condamnation à mon encontre pour les motifs déontologiques suivants :

- du « non-respect de l'autorité parentale » : C'est un comble que l'Ordre des médecins puisse exiger le respect de l'autorité parentale conjointe dans la défense des enfants victimes de maltraitances... On se demande bien comment l'Ordre des médecins compte s'y prendre pour permettre aux médecins de faire des signalements et de soigner les enfants maltraités en obtenant l'accord du parent maltraitant ?
- de « déconsidération de la profession » : condamnation qui est en général attribuée pour les médecins ayant fait des délits pénaux graves comme des agressions sexuelles sur des patientes ou des abus financiers graves de la sécurité sociale. Je n'ai jamais compris en quoi défendre une enfant et sa mère victime de violences pouvait déconsidérer ma profession...
- « d'immixtion dans les affaires de famille » pour avoir aidé la mère de cette enfant déjà victime de violences psychologiques importantes de la part du père de l'enfant, à éviter un nouveau piège que ce dernier lui tendait.

Refusant de considérer le contexte des maltraitances dans lequel je suis intervenue et que j'ai signalées, ce qui est une obligation déontologique et légale, mais aussi celui des

violences conjugales psychologiques exercées à l'encontre de la mère de l'enfant, le CDOM confond abusivement et volontairement mon soutien aux patients victimes de violences avec de « l'immixtion dans les affaires de famille », ce qui est tout de même un comble pour une instance ordinaire dont le principe fondateur est de défendre les droits des enfants et des plus faibles (article 2 du code de déontologie). Au regard des maltraitances subies par cette enfant les motifs invoqués contre moi sont depuis 5 ans non seulement fallacieux, mais frivoles, secondaires et pervers dans le sens où ils renversent l'essence même de l'éthique médicale. Il est en effet absolument aberrant de prendre en compte de tels motifs dans des situations de violence envers les enfants, l'immixtion dans les affaires de famille étant dans ce contexte non pas une infraction, mais une obligation déontologique aux fins de défense des enfants et des plus vulnérables.

L'exigence du respect de l'autorité parentale étant aussi d'une parfaite incongruité dans un tel contexte de maltraitances. Sauf à vouloir faire en sorte qu'aucun médecin ne puisse signaler les enfants maltraités.

J'ai aussi dû écopé de multiples plaintes au pénal contre moi dans cette affaire, toutes classées sans suite...J'ai dû pour ma défense moi-même porté plainte au pénal pour les dénonciations calomnieuses et le harcèlement que je subissais dont je n'ai jamais eu de nouvelle... Ces poursuites infondées me condamnent à mobiliser une énorme énergie pour ma défense et des coûts et temps et financiers directs et indirects énormes. À ce sujet j'ai estimé les coûts totaux de ces poursuites pour l'ensemble des partis aux alentours de 80 000 euros. Argent qui aurait tout à fait mieux bénéficié à être investi dans la protection des mineurs que dans de telles représailles à mon encontre dans les suites d'un signalement. Je souhaite témoigner des pressions et des coercitions qui existent toujours sur les médecins signalant un mineur en danger et qu'il n'y a aucune instance pour les en protéger... Ainsi les parents incriminés pour des maltraitances ou l'Ordre des médecins peut poursuivre n'importe quel médecin jusqu'en appel puis au Conseil d'État avec des délais qui sont pires que ceux des cours d'assises (pour mon cas plus de 5 ans pour avoir un procès en appel et espérer être enfin blanchie). Je ne suis pas la seule dans ce cas à faire les frais de telles représailles au décours de signalements et en général ce sont les parents qui multiplient les procédures contre le médecin signalant sans jamais être eux-mêmes inquiétés même en cas de procès qui innocentent au final le praticien après 5 années de procédure pour se défendre. Des procédures qui sont épuisantes et qui inhibent sans aucun doute tout médecin informé de leur existence d'effectuer des signalements. La loi de 2016 interdisant les poursuites au décours des signalements n'a rien changé sur ces poursuites infondées puisque rien n'empêche la poursuite des médecins, peut-être empêchera-t-elle leur

condamnation, mais après un tel parcours le mal est fait et il est déjà trop tard, les médecins sont épuisés et à bout. Voilà la triste réalité d'un certain nombre de médecins qui signalent... »

Dans un tel contexte, il n'est pas surprenant que les professionnels préfèrent ne pas voir, pas comprendre, ne rien dire et refuser la moindre attestation. Pour toute personne nous ne pouvons pas ignorer le fait qu'il puisse exister un risque de plainte, mais rappelons qu'il ne faut pas confondre plainte et poursuites voire sanctions. La judiciarisation de plus en plus importante de notre société se traduit par des réticences du côté des professionnels chargés de personnes vulnérables et susceptibles de signaler des faits de maltraitance. Car il est désormais fréquent que le ou les personnes(s) mise(s) en cause se défendent face à un signalement en menaçant de poursuites le professionnel et certains vont même jusqu'à déposer plainte. Comme il existe d'innombrables classements sans suite des signalements⁴¹⁵ et des informations préoccupantes, il n'est pas surprenant que les personnes visées en profitent pour se retourner contre les professionnels ayant signalé même si aucune statistique officielle n'existe à ce sujet. Les poursuites possibles sont au niveau pénal, civil, ordinal (pour certaines professions), administratif et s'y trouvent associées les craintes de représailles personnelles.

⁴¹⁵ Selon plusieurs études, seulement 1 à 2 % des viols aboutissent à une condamnation du mis en cause. Étude de la sociologue Véronique Le Goaziou de 2011 sur « le viol, aspects sociologiques d'un crime », éds. La documentation française et rapport de 1998 du Sénat sur « les infractions sans suite ou la délinquance mal traitée » (https://www.senat.fr/rap/r97-513/r97-513_mono.html).

C – Les poursuites encourues par les soignants

1° - Les poursuites pénales possibles

Ce point très fortement lié aux enjeux du secret professionnel ayant déjà été traité précédemment il sera principalement abordé la question des craintes d'être poursuivi pour dénonciation calomnieuse⁴¹⁶. Elle apparaît très forte, voire plus que le fait même de se tromper. Mais au-delà de cette crainte, moins de 1 % des professionnels de notre étude (0,7 %) déclare avoir au final été l'objet de plainte pénale et aucun des participants au questionnaire n'a été concerné par une condamnation pénale. Il s'agit donc bien davantage d'une crainte fondée sur des représentations personnelles et liée aux rares situations médiatisées à ce sujet⁴¹⁷ que d'une réalité. Le professionnel qui signale risque des poursuites pour « dénonciation calomnieuse ne peuvent être engagées que si le professionnel atteste sciemment de faits qu'il sait totalement ou partiellement inexacts » (art.226-10 du Code pénal). Certaines personnes sont très convaincantes, d'autres individus sont des manipulateurs remarquables et aucun professionnel n'est réellement à l'abri de se tromper et de ne pas se faire abuser par le récit d'un patient ou la plainte d'un autre. Le fait de rédiger un écrit nécessite d'être d'une prudence exemplaire, car si dans sa rédaction le professionnel écrit sur le ton affirmatif des choses qu'il n'a pas lui-même constatées et n'utilise pas le conditionnel par précaution des faits rapportés, il peut être poursuivi. Mais s'il peut prouver qu'il a rédigé de bonne foi, sans chercher à nuire, sans intention de mentir, il n'est qu'exceptionnellement condamné.

2° - Les poursuites civiles possibles

Le professionnel peut voir sa responsabilité civile engagée si la personne mise en cause considère qu'elle a subi un dommage et en demande la réparation. L'article 1382 du Code civil a été remplacé par l'article 1242 suite à la réforme du droit des obligations, entrée en vigueur

⁴¹⁶ La dénonciation calomnieuse est définie par l'article 226-10 du Code pénal : « La dénonciation, effectuée par tout moyen et dirigée contre une personne déterminée, d'un fait qui est de nature à entraîner des sanctions judiciaires, administratives ou disciplinaires et que l'on sait totalement ou partiellement inexact, lorsqu'elle est adressée soit à un officier de justice ou de police administrative ou judiciaire, soit à une autorité ayant le pouvoir d'y donner suite ou de saisir l'autorité compétente, soit aux supérieurs hiérarchiques ou à l'employeur de la personne dénoncée est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. La fausseté du fait dénoncé résulte nécessairement de la décision, devenue définitive, d'acquiescement, de relaxe ou de non-lieu, déclarant que le fait n'a pas été commis ou que celui-ci n'est pas imputable à la personne dénoncée. En tout autre cas, le tribunal saisi des poursuites contre le dénonciateur apprécie la pertinence des accusations portées par celui-ci. »

⁴¹⁷ Celle la plus citée en référence par les soignant étant les poursuites et sanctions subies par le Dr Catherine Bonnet.

au 1^{er} octobre 2016 et pose le principe de la responsabilité du fait personnel : « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer ». Autrement dit, tout fait qui cause un dommage à autrui pourrait obliger l'auteur du dommage à le réparer, ce qui revient à l'indemniser. Le dommage causé par un signalement qui serait intentionnellement erroné peut être considérable pour une personne qui peut se trouver mise en cause pour des faits gravissimes, condamnée, perdre la garde de ses enfants., être placé sous mesures de protections judiciaires, etc. Pour que la responsabilité civile du professionnel soit attestée, il faut qu'il y ait une faute de commise, l'existence d'un préjudice et d'un lien de causalité entre ces deux éléments comme pour toute responsabilité contractuelle⁴¹⁸. Avec pour précision que les professionnels de santé font partie des professions tenues à une obligation de moyens et non de résultat en raison de la part de risque liées à cette activité (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002). En pratique cela pourrait paraître relativement simple à faire valoir, car de nombreux magistrats rendent leur jugement en s'étayant sur les écrits reçus des professionnels. Mais bien souvent les victimes n'engagent pas de procédures⁴¹⁹.

3° - Les poursuites disciplinaires possibles

Au niveau des Ordres professionnels les enjeux sont différents pour les professionnels qui en ont un, avec 3 % qui expliquent avoir été poursuivis suite à une plainte d'un parent mis en cause par leur signalement et 1 % avoir été l'objet de sanctions de leur ordre suite à un signalement. Pour les professionnels de santé ayant un ordre, l'exposition à des procédures ordinales est de plus en plus fréquente. Gratuite, facile (une lettre suffit), les personnes qui s'estiment lésées n'hésitent plus à saisir les ordres qui sont de plus en plus organisés pour statuer sur des réclamations ou des plaintes. Même si le corporatisme reste présent, les poursuites ne sont plus exceptionnelles. Les médecins restent les plus exposés avec des conseils de l'ordre départementaux dont certains font leur propre interprétation des textes législatifs. Par exemple si un médecin respecte l'article 226-13 du Code pénal il ne risque normalement pas de poursuites surtout depuis la loi du 30 janvier 2004 qui précise que « le signalement aux autorités compétentes effectuées dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire ». Mais malgré cette loi, certains ordres continuent de

⁴¹⁸ Pour exemple l'avis rendu le 22 mars 2011 par la Cour de cassation n° 09-41506 suite au pourvoi d'une aide-soignante licenciée pour faute grave par l'association qui l'employait pour (violences sur des patients âgés.) <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000023770693&fastReqId=422660212&fastPos=1>

⁴¹⁹ https://www.courdecassation.fr/publications_26/rapport_annuel_36/rapport_2002_140/deuxieme_partie_tudes_documents_143/tudes_theme_responsabilite_145/professionnels_sante_6115.html

poursuivre les médecins et les résistances persistent comme en attestent les difficultés rencontrées par la sénatrice, Madame Giudicelli à l'origine de la loi de novembre 2015 qui visait à faciliter les signalements par les médecins ainsi que « tout professionnel de santé ». Elle souhaitait initialement rendre obligatoire le signalement obligatoire, mais sa loi sera modifiée et ajustée. Elle permet, normalement, tout de même une meilleure protection des professionnels qui ne devraient être poursuivis que « s'il est établi qu'il n'a pas été de bonne foi. »

La crainte de poursuites ordinaires fait ainsi que bien des intervenants préfèrent ne pas signaler. Et de fait, les médecins sont particulièrement exposés à des risques de plaintes, le plus souvent pour « immixtion dans la vie familiale » pour avoir signalé ou tout simplement fait le relais auprès d'un collègue plus spécialisé. L'article 2 (article R.4127-2 du Code de la santé publique) du Code de déontologie médicale précise que « Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort. »

Pour le Conseil National de l'ordre, « le praticien doit honorer le contrat moral qui le lie à un patient, répondre en conscience à une confiance et accomplir un devoir qui lui est propre. La société lui a confié un rôle privilégié : donner des soins aux personnes malades, mais aussi, être le défenseur de leurs droits, des personnes fragiles ou vulnérables (mineurs, majeurs protégés, personnes âgées handicapées ou exclues des soins...), lutter contre les sévices quels qu'ils soient et quelles que soient les circonstances. Il doit être un acteur vigilant et engagé dans la politique de santé publique, qu'il s'agisse de la prévention, de l'épidémiologie ou de l'éducation à la santé. Toutefois, le médecin doit se garder, dans cette action de santé publique, des effets pervers d'une prévention collective autoritaire. »⁴²⁰

Il rappelle que le médecin est « un service de l'individu » et « de la santé publique » qui consiste à se représenter le sujet dans son environnement familial, social et professionnel. « Il doit respecter à la fois un homme et l'Homme. Les deux devoirs sont inséparables, même s'ils apparaissent parfois antagonistes. À nous de tenter de les unir et de réussir cette union. »⁴²¹ Mais au quotidien, quand un médecin tente d'être « le défenseur des droits des personnes fragiles ou vulnérables » de façon la plus opérante à travers un certificat (quand ses signalements ont été déjà classés), il peut se faire condamner pour immixtion dans la vie privée. La situation actuelle est donc devenue ingérable pour les médecins qui signalent des violences intrafamiliales. Pour exemple cette pédiatre condamnée pour « immixtion dans les affaires de

⁴²⁰ <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-2-respect-de-la-vie-et-de-la-dignite-de-la-personne-226>

⁴²¹ RENE L., Séance inaugurale du 3e congrès d'éthique médicale, 1991 - Les actes p. 16.

famille » suite à une attestation expliquant que le bébé allaité par sa mère avait besoin de passer ses nuits avec elle et d'avoir la tétée du matin⁴²².

Autre exemple ce médecin généraliste, condamné à un mois d'interdiction d'exercice pour avoir rédigé un certificat tendancieux, pour la mère d'un de ses jeunes patients. Pour le Conseil national de l'Ordre, « Il ne s'est pas borné à faire des constatations médicales. Il a attribué la cause des faits survenus pendant le séjour chez le père, alors qu'il n'ignorait pas la situation conflictuelle qui existait entre les parents divorcés. Les faits reprochés au médecin ne suffisent pas à eux seuls à justifier une insuffisance professionnelle, d'autant que le médecin a fait savoir qu'il avait participé à une journée d'information sur ce genre de question, organisée sous la direction du président du CD. »⁴²³

Ou ce généraliste condamné à une interdiction d'exercer de trois mois en 2016,⁴²⁴ car « accusé, par les grands-parents d'une petite fille, d'avoir rédigé un courrier litigieux concernant le comportement de leur fils à l'égard de sa propre fille. Ce courrier, affirmant la forte probabilité que leur fils aurait commis des actes d'exhibitionnisme vis-à-vis de sa propre fille, n'a pas fait l'objet d'un signalement, mais a été adressé à un pédopsychiatre et remis à la mère de l'enfant. N'a fait aucune constatation médicale, a exprimé l'opinion selon laquelle les dires de l'enfant ne sont pas des affabulations et n'apporte pas de preuve pour appuyer cette opinion. Aucun élément ne permet de regarder comme établis, ni même comme fortement vraisemblables, les faits relatés par l'enfant. A méconnu l'interdiction d'*immixtion* dans les affaires de famille. »

⁴²² Considérant qu'aux termes de l'article R. 4127-76 du Code de la santé publique : « L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires (...) » ; qu'aux termes de l'article R. 4127-28 du même Code : « La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite. » ; qu'aux termes de l'article R. 4127-51 dudit Code : « Le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients. » ; Considérant que le Dr A a établi le 30 juillet 2012 une attestation remise à la mère de l'enfant indiquant que : « La mère de l'enfant C B-D, née le 4 novembre 2011, allaite sa fille. C doit donc rester avec sa mère pour être nourri au sein au moins matin et soir, et la nuit si besoin » ; qu'en tirant du constat objectif de l'allaitement la conséquence que cette circonstance imposait que l'enfant ne soit pas séparée de sa mère alors qu'elle était informée des dissensions existant entre les parents s'agissant de la garde de l'enfant, le Dr A a méconnu les dispositions précitées du Code de la santé publique, ainsi que l'ont estimé les premiers juges qui ont, sans détailler le contexte conflictuel de l'intervention de cette attestation, suffisamment motivé leur décision ;" Chambre disciplinaire Nationale de l'ordre des médecins, Paris, Décision du 18 janvier 2018, N° 13121.

⁴²³ Chambre disciplinaire Nationale de l'ordre des médecins. Décision du 8 11 2016, n° 12694.

⁴²⁴ Chambre disciplinaire Nationale de l'ordre des médecins. Décision du 29 septembre 2016, n° 12448.

Autre exemple de médecin sanctionné par la Chambre Nationale disciplinaire de l'Ordre en 2016 pour avoir rédigé une attestation suite aux révélations d'une de ces petites patientes. L'Ordre l'a condamné à un mois d'interdiction d'exercer pour cet écrit, argumentant sa décision une nouvelle fois « S'est immiscé dans des affaires de famille en rédigeant un certificat mentionnant la souffrance psychologique d'un enfant, certificat qui a permis à la mère de l'enfant de faire obstacle au droit de visite de son père. Si le praticien a adressé au procureur de la République un courrier qui peut être regardé comme un signalement insusceptible de justifier des poursuites disciplinaires, à la condition qu'il ait été rédigé de bonne foi, sa transmission simultanée par fax à l'avocat de la mère constitue à nouveau une immixtion manifeste dans les affaires de famille de l'enfant. »⁴²⁵

Le 12 mars 2015, la Chambre disciplinaire de première instance de Languedoc-Roussillon a condamné à 3 mois d'interdiction d'exercice un médecin ayant rédigé une attestation suite aux révélations d'un jeune patient à l'encontre de son père. Le médecin a bien précisé qu'il s'était borné à émettre une hypothèse sans formuler aucune accusation contre le père de l'enfant (qu'il avait reçu à plusieurs reprises) et a fait appel de sa condamnation pour immixtion dans les affaires de famille. Suite à son appel auprès de la Chambre Nationale disciplinaire de l'Ordre a considéré que la sanction initiale était disproportionnée avec une « appréciation excessive de la gravité des faits », mais a tout de même condamné ce médecin à une interdiction d'exercer d'un mois avec sursis⁴²⁶... difficile d'imaginer ce médecin prêt à refaire le moindre écrit.

Dans la mesure où la loi ne contraint pas les professionnels à signaler, mais leur laisse le choix entre signaler ou s'abstenir de le faire, les Conseils de l'Ordre ont toute la marge possible pour poursuivre les médecins avec cette notion d'immixtion dans les familles ; ce que ceux-ci ont bien compris d'où leur grande méfiance à signaler, en particulier quand ils sont en libéral. En institution, la peur de représailles est moindre même si le contexte actuel de judiciarisation des familles commence à conduire à de véritables inquiétudes sur les responsabilités administratives et pénales de chacun et que se penser « ne rien risquer et être couvert » par son institution n'est qu'un leurre. Cet article du Code de déontologie médicale sur « l'immixtion dans les affaires de familles sans raison professionnelle » a totalement dérivé dans son interprétation. S'il avait été initialement prévu pour protéger les patients de médecins

⁴²⁵ Chambre disciplinaire Nationale de l'ordre des médecins. Décision du 2 juin 2016, n° 12760.

⁴²⁶ Chambre disciplinaire Nationale de l'ordre des médecins. Décision du 15 septembre 2016, n° 12694.

trop intrusifs dans leur vie personnelle (par exemple le cas d'un médecin influençant un patient dans un acte notarial à son propre compte), ce texte est aujourd'hui devenu une arme pour le(s) parent(s) maltraitant(s) face à un médecin qui rédige un signalement. Dès que des actes maltraitants sont commis dans des situations de séparation parentale, les médecins ne peuvent plus rien rédiger sous peine de prendre le risque d'être poursuivis par des avocats qui n'hésitent plus à brandir cet article pour annuler le signalement et toute velléité d'alerter les autorités concernées.

C'est au final au professionnel d'apprécier la mesure qui lui paraît la plus adaptée. Ce que la loi condamne ce n'est pas le silence du professionnel c'est son inaction comme ce médecin condamné pour ne pas avoir alerté les autorités (administratives, institutionnelles comme judiciaires) des attitudes maltraitantes de certains soignants à l'égard de personnes hospitalisées⁴²⁷.

4° - Les craintes à titre personnel

À la question relative à la protection des professionnels signalant des situations de maltraitance, les participants considèrent dans leur majorité ne pas être assez protégés que ce soit par la justice (57,7 %), leur Ordre (46 %) ou leur institution (62,6 %). Au total ils sont 81 % à considérer ne pas être suffisamment protégés face aux représailles des personnes mises en cause. Et 2 % des professionnels expliquent très clairement avoir peur physiquement pour eux-mêmes et leurs proches.

Cette question de la protection des professionnels se pose aussi lors des expertises. Ainsi quand un magistrat auditionne une personne mise en cause, il n'est jamais seul. Il y a au moins le greffier et l'avocat, voire certaines fois les forces de l'ordre. La même personne mise en cause qui est expertisée par un soignant, se retrouve seule avec l'expert qui n'a aucune protection en cas de dangerosité de cette personne (sauf dans les cas rares où elle est incarcérée).

Quand un professionnel de santé se retrouve face à une situation de maltraitance avec un signalement envisagé, il est seul face aux parents. Quand ceux-ci sont informés, ils peuvent réagir avec violences, insultes, menaces voire tentatives de coups ou coups portés. Les institutions ont tendance à banaliser comme le dit cette Cadre de santé « cela fait partie des risques du métier... » Au mieux l'agent peut parvenir à faire indiquer cet acte de violence en EIG (Évènement Indésirable Grave), mais la plupart du temps aucune plainte n'est déposée par

⁴²⁷ Cass. crim., 23 oct. 2013, pourvoi n° 12-80793.

l'institution et tout est fait pour décourager le professionnel de faire cette démarche (le plus souvent à grand renfort de culpabilisation en lui disant que c'est peut-être à cause de lui, de ce qu'il a dit ou non, que les parents ont été violents).

Pourtant l'employeur a l'obligation de prévenir toute atteinte à la santé physique et psychologique de ses agents (article L. 4121-1 du Code du travail). L'agent devrait au moins être informé de l'importance de signaler les faits à son assurance personnelle et obtenir une déclaration d'accident du travail pour confrontation à un événement traumatique susceptible d'entraîner des troubles en différé. Sur le terrain nous sommes très loin de ces droits fondamentaux quotidiennement bafoués et qui ne font que renforcer le sentiment d'impunité de certains parents violents.

Pour les professionnels, en particulier ceux exerçant en libéral et en milieu rural, la crainte des représailles sur la patientèle participe à comprendre les résistances au signalement. Comme en témoigne cette sage-femme travaillant en province : « j'ai travaillé en région parisienne et signaler ne posait pas les mêmes problèmes, car je ne risquais pas de croiser à l'école ou en faisant mes courses la personne concernée. En province tout le monde se connaît et si l'on signale des faits de maltraitance on est souvent mal vu et perçu comme le « méchant », celui qui dénonce et non pas celui qui protège. Il m'est arrivé de recevoir des lettres de menaces et d'insultes à mon domicile alors que je suis sur liste rouge, mais comme j'habite une toute petite ville, tout le monde sait où j'habite. Mon Ordre m'avait conseillé de porter plainte, car j'avais des preuves avec tous ces courriers, mais la gendarmerie m'a dit que s'ils prenaient des plaintes pour tous les professionnels menacés ils ne s'en sortiraient plus. Ils ont juste accepté que je fasse une main courante en m'expliquant que pour porter plainte il fallait attendre que je sois « réellement agressée »...c'est tout de même incroyable, mais je sais que cela arrive très souvent. Je peux comprendre que les gendarmes ou les policiers soient surchargés de travail, mais ils ne devraient pas banaliser les effets de ces menaces sur notre moral et notre travail. Et puis ce n'est pas pareil de recevoir ce type de courrier à son bureau qu'à son domicile. J'ai des enfants et je pense aussi à eux ; mais visiblement cette réalité échappe aux forces de l'ordre ».

Monsieur K. est masseur-kinésithérapeute en libéral. Il s'est retrouvé un jour au domicile d'une famille qu'il connaissait et qui avait brutalement changé d'attitude : « les femmes s'étaient voilées alors qu'avant elles étaient habillées comme des Occidentales ; elles ne me parlaient plus et je n'avais même plus le droit de les regarder, mais juste d'aller dans la chambre du vieux père malade pour le mobiliser. J'ai eu peur. Il y avait eu les attentats de Nice et dès que je suis rentré au cabinet j'ai appelé le tribunal où on m'a passé le procureur de la

République qui m'a dit de signaler. Il n'y aurait pas eu les attentats, peut-être que j'aurais géré différemment la situation, pris du temps, essayé de comprendre si c'était juste un rapport à la religion qui devenait plus fort ou une radicalisation. Là j'ai agi...mais je n'ai plus jamais pu retourner dans cette famille ni dans ce quartier. J'ai été menacé, ma voiture massacrée, mes enfants agressés à la sortie du collège, mais toutes mes plaintes classées). »

§ 3 : Les conséquences pour les équipes

Si les soignants sont pour la plupart très attentifs aux conséquences d'un signalement pour la personne concernée et pour eux-mêmes, les incidences sur la dynamique des équipes peuvent être multiples, du renforcement des liens à des tensions multiples. Les difficultés sont particulièrement rappelées quand il existe un désaccord entre les professionnels sur les suites à donner quant au signalement ou à l'absence d'écrit judiciaire. La décision de signaler ou non est pour une équipe comme un aboutissement d'un processus souvent long de repérage, d'évaluation et de prise de décision. C'est un temps émotionnellement souvent chargé en raison des mécanismes identificatoires pouvant exister tant vis-à-vis de la victime (mineure ou majeure) que des personnes mises en cause. Passé ce moment où l'urgence dicte souvent les pratiques, une fois la décision prise (signaler ou non), il y a une période très particulière qui peut durer de quelques heures à quels jours comme si le temps se trouvait suspendu. Ce que nous décrit cette cadre infirmière en pédiatrie « avant un signalement c'est l'euphorie. On sait que l'on doit faire vite, ne pas traîner et surtout ne pas se tromper. C'est un moment de fortes pressions et de stress qui dure souvent quelques heures ou moins pour tous les cas d'enfants que l'on pense en danger. On voit bien qu'il s'exprime des « jeux » d'alliance entre certains professionnels ou que cette situation est l'occasion certaines fois de régler d'autres problèmes. C'est très particulier comme ambiance. Après, une fois que l'on a décidé de signaler ou de ne pas le faire, la pression se relâche et on est souvent « vidé » comme après toutes les situations de stress extrême. Et puis il y a une phase d'attente où l'on se pose plein de questions comme « est-ce que l'on s'est trompé », « est-ce que l'on a pris la bonne décision ». Et quand on a signalé on attend les suites. Au sein des équipes il peut y avoir de la culpabilité, de la colère, des incertitudes, des projections certaines fois très agressives entre collègues, mais aussi contre l'enfant ou ses parents même quand ils ne sont pas les mis en cause. Comme s'il fallait se décharger d'un trop plein d'émotion. Et puis très vite il faut reprendre le rythme et s'occuper des autres enfants ». Pour un cadre en EHPAD « le signalement c'est un temps de rupture pour les équipes. Il y a l'avant et il y a l'après. On ne voit plus la personne âgée concernée de la

même façon que l'on ait ou non signalé. Et au sein des équipes quand il n'y a pas eu de consensus sur la décision à prendre des conflits forts peuvent émerger ».

La prise en compte de ces effets au niveau collectif apparaît tout aussi essentielle que celle concernant les individus (victimes, soignants). D'où l'importance des espaces de régulation professionnelle et de temps pour construire des référentiels communs afin d'éviter les incompréhensions face à des situations repérées et prévenir les tensions au sein des équipes.

Section 3 - La difficulté du passage de l'intention de signaler à l'écrit

Décider de signaler, est une étape fondamentale en matière de protection des mineurs et des personnes âgées vulnérables. Mais bien souvent il est constaté sur le terrain que derrière les intentions et certaines fois les décisions de signaler, les écrits ne partent pas, chacun attendant de l'autre qu'il signale. La difficulté de passage de l'intention de signaler à l'écrit nécessite de comprendre le processus décisionnel au signalement et de rappeler l'incidence de l'évolution législative dans les décisions de signalement.

§ 1 : Le processus décisionnel

En matière de signalement, le professionnel doit gérer ce que l'on appelle le processus décisionnel. Celui-ci se caractérise par sa complexité, en particulier pour les professionnels exerçant en institution qui sont confrontés à la fragmentation des compétences professionnelles et au cloisonnement entre intervenants qui rend obsolète la relation duelle, avec la personne prise en charge (mineur, personne âgée vulnérable).

Lorsqu'il s'occupe d'un mineur ou d'une personne âgée vulnérable, le professionnel est placé dans le contexte actuel de la loi, face à une véritable option de conscience, à laquelle se réfère le Code de déontologie médical : taire ou ne pas taire ; signaler ou ne rien faire. Parler est licite ; ne pas le faire l'est tout autant. Pour le professionnel signaler ou non est une question qui interroge avant tout, ses représentations éthiques à savoir la façon dont il se représente le mineur ou l'adulte vulnérable comme sujet.

Dans notre recherche plus de 86 % des praticiens interrogés ont suspecté au moins une maltraitance sur les trois dernières années ce qui est majeur, mais qui n'est pas suivi de signalement... Le repérage est d'autant plus important que les professionnels ont été formés, car cela les rassure sur le fait de ne pas se tromper et de ne pas signaler « par erreur » ou de façon précipitée.

86,1 % des soignants déclarent avoir été confrontés dans les trois dernières années à une situation de maltraitance évoquée chez un enfant ou un adulte. Dans un tiers de ces cas, les professionnels exerçant en libéral expliquent tenter de parler de la situation avec le(s) parent(s) par crainte de représailles en cas d'erreur et d'effets délétères sur leur patientèle (en particulier en province). En institution les professionnels signalent davantage après échanges avec d'autres collègues. Moins de 2 % des professionnels expliquent solliciter leur ordre. Ce sont les professionnels expérimentés (5-20 ans d'exercice) qui ont le plus suspecté de cas de maltraitance. L'attention de cette catégorie de professionnels particulièrement investie dans l'évaluation de situations de maltraitance, peut s'expliquer par les effets de l'expérience et de formations réalisées qui permettent d'acquérir une confiance en soi et un sentiment de compétence que n'ont pas les jeunes professionnels. Mais au-delà de trop d'années de pratique, les professionnels semblent ne plus repérer de situations de maltraitance et nous pouvons faire l'hypothèse que cela est lié à un phénomène d'usure des intervenants conduisant à la banalisation des situations et à leur non-signalement. Ou au fait comme nous l'on dit de nombreux soignants « qu'il est usant de signaler dans le vide, en voyant nos écrits classés. Alors comme on sait que cela ne protège pas l'enfant, on ne signale plus. »

Décider de signaler est pour tous les professionnels autres que libéraux, un acte collectif où l'avis personnel est réduit à sa plus stricte expressivité. En institution il peut être même très difficile de savoir qui décide quoi au final, quand aucun compte-rendu de réunion n'est rédigé de façon conforme aux échanges et quand aucun élément n'apparaît dans le dossier du patient. Le processus décisionnel varie d'une institution à l'autre, avec des structures qui s'arrogent le droit de passer outre le Code pénal au nom de leurs protocoles intérieurs. La décision est certaines fois tellement « collectivisée » qu'il est difficile de savoir finalement qui prend la décision et en assume la responsabilité.

Pour tout acte professionnel, la réalisation de celui-ci fait référence à un corpus normatif qui définit le cadre de l'intervention à travers une procédure. Celle-ci comporte les règles à appliquer, l'ensemble des opérations à réaliser, les modalités d'écriture, les types d'échanges entre professionnels, l'ensemble des actes à accomplir successivement pour parvenir à une décision⁴²⁸. La procédure a bien sûr aussi un sens judiciaire puisque l'ensemble de ses actions permet de parvenir à un résultat juridique (lois, circulaires décrets, actes

⁴²⁸ CORNU G., *Vocabulaire juridique*, v° procédure, Paris, PUF, 2013, p. 802.

juridiques, décisions administratives).⁴²⁹ Une cadre-infirmière nous explique que dans son service « les professionnels paramédicaux ne savent pas rédiger. C'est très difficile d'écrire ne serait-ce que de formuler une phrase pour expliquer ce que l'on a vu ou entendu. Alors c'est souvent moi qui rédige. Quand on écoute des magistrats, ça paraît simple de signaler, mais si on n'est pas formé, c'est très difficile. Ce n'est pas un compte-rendu ni une ordonnance ; c'est un écrit qui engage et on en arrive à ne plus savoir quel mot mettre, comment tourner nos phrases ou tout simplement comment le présenter ».

§ 2 : L'incidence de l'évolution législative dans les décisions de signalement

Signaler reste avant tout une décision professionnelle et non juridique puisqu'elle ne crée par elle-même aucune incidence de droit. Selon Paul Ricoeur⁴³⁰, la décision médicale et la décision judiciaire se différencient quant à leur sens et objectif originels (la souffrance somatique opposée à un conflit) et quant à leurs perspectives de solution (un accord de soins qui unit le professionnel et son patient et du côté judiciaire une décision qui distingue victime et auteur. Pour autant, entre ces deux extrêmes, apparaît une sorte de lien qui est celui de la prise de décision. Celle-ci conduit d'un niveau abstrait et normatif à un niveau tangible de résolution d'un état d'incertitude auquel il faut trouver une issue. Si décision médicale et décision judiciaire sont donc bien distinctes quant à leur objectif, leur contenu et leur finalité, elles présentent aussi des similitudes par leur cadre d'intervention (la procédure). Dans les deux situations, « l'objet » du sujet est une personne qui est au centre des débats. Cette référence à la dimension de « personne » est à mettre en lien avec l'évolution médicale quant aux liens soignants/soignés institués par la loi de santé publique du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé⁴³¹. Cette loi a bouleversé le paradigme et le rapport « vertical » soignant/soigné. Désormais le patient a le droit de savoir ce qui lui est fait, peut manifester son désaccord et le pouvoir du soignant disparaît derrière la volonté du patient. Plus de dix ans après la mise en place de la loi, bien des soignants restent ignorants du contenu précis de ce texte. Ce qu'ils vivent au quotidien, c'est le bouleversement de leurs pratiques lié à la T2A (Tarification À l'Activité). Le droit fondamental du patient à la protection, de sa santé face

⁴²⁹ CADIET L., v° procédure, in D. ALLANS, S. RIALS, *Dictionnaire de la culture juridique*, Paris, Lamy-PUF, 2003, p. 1217.

⁴³⁰ RICOEUR P., La prise de décision judiciaire et médicale. Le juste et l'éthique médicale, *Méd. & Droit* 1999, p. 1.

⁴³¹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, p. 4118.

au savoir médical fait que le rapport contractuel qui existait au préalable entre soignants et patients n'existe plus en tant que tel⁴³². Le patient devient une personne titulaire de droit⁴³³, qui a son avis et accord à donner pour les soins qui lui sont faits. Il est donc désormais dans une place statutaire en ce sens où il dépend de règles générales et établies par cette nouvelle loi et qu'il ne dépend plus d'accords statutaires liés à des contrats de soin passés avec tel ou tel soignant.

Ce changement pourrait paraître anodin, mais la loi de 2004 a totalement révolutionné les rapports entre les personnes et les soignants, avec une incidence inévitable sur la question des décisions prises, en particulier des signalements. Si le soignant conserve une liberté quant à sa façon d'exercer sa profession, cette liberté doit s'exprimer dans l'intérêt du patient qui est en droit de lui demander des comptes⁴³⁴ et d'engager sa responsabilité⁴³⁵.

Depuis plus de dix ans, nous pouvons constater que suite aux dispositions législatives issues de la loi de 2004 dite « loi Kouchner », s'est mise en place une véritable tension entre le patient (qui apparaît comme décisionnaire) et le soignant (qui ne peut plus agir sans l'accord du patient et quelles que soient la qualité de compétences cliniques). Mais il ne s'agit pas d'aborder cette évolution sous le simple aspect du consentement, mais sous celui de l'aptitude à la décision et de la capacité au discernement. Les enjeux liés à des décisions à prendre nécessitent que soit abordée cette question de la capacité, ou non, à exprimer ses volontés.

Quand une décision de signalement est prise, elle engage les connaissances et compétences du soignant, mais également toute la procédure qui s'y trouve liée. Pour le patient, la procédure est donc une garantie du respect de ses droits tout comme elle est pour le soignant, une garantie de pouvoir exercer correctement son métier. Ce qui explique les innombrables procédures qui ne cessent de voir le jour depuis 2004 et dont la rédaction envahit le quotidien des soignants. Au même titre qu'au niveau judiciaire le respect de la procédure doit garantir le droit des impliqués, au niveau médical, le respect de la procédure est le garant d'une protection réciproque du patient et du soignant. L'existence des protocoles et procédures visent à lutter contre l'arbitraire et obligent à des temps de concertation et de discussion au sein des équipes.

La question de savoir s'il faut au nom signaler est un exemple remarquable des débats pouvant exister au sein d'équipes où des professionnels ont des avis très contraires. Ces débats,

⁴³² Civ., 20 mai 1936, DP 1936.1.88, rapp. Josserand, concl. Matter, note E. P. ; S. 1937.1.321, note Breton ; Gaz. Pal. 1936.2.41 ; RTD civ. 1936, p. 691, obs. Demogue ; GAJC, 11^e éd., n^o 161 ; CHABAS F., *Leçons de droit civil*, 9^e éd., p. 493.

⁴³³ MAZEAUD H., L., CHABAS F., *Leçons de droit civil*, 1986, 9^e éd., p. 493.

⁴³⁴ JOURDAIN P., Le changement de nature de la responsabilité médicale, *RTD civ.* 2011, p. 128.

⁴³⁵ DREIFUSS-NETTER F., Feu la responsabilité civile contractuelle du médecin ? *RCA*, 2002, n^o 10, Chron. 17n BERT A., Feu l'arrêt Mercier, *D.* 2010, p. 1801.

censés être contradictoires témoignent que, normalement le droit ne dicte pas en tant que telle la décision, mais la façon dont elle doit être prise. Les comptes rendus de staff et autres réunions institutionnelles où les échanges sont retranscrits par écrit décrivent habituellement la décision prise et ses motivations. Le fait de faire un écrit permet d'éviter les interprétations, car elles obligent ceux qui les rédigent à une rigueur quant au contenu (faits objectifs et non d'avis subjectifs). Le fait qu'une décision soit prise collégalement permet à l'intéressé de savoir précisément ce qui a conduit à celle-ci.

La pluralité des acteurs rend certaines fois bien confuse la motivation de la décision. Il est par exemple fréquent que des collègues assurant l'évaluation d'une IP transmettent leurs conclusions aux responsables de la CRIP qui prend, sans les en informer, une décision totalement contraire alors qu'il n'a même pas rencontré les enfants et la famille concernées.

Faute de temps, de formation, d'informations mutuelles, de représentations personnelles, les professionnels n'échangent pas sur les situations ou n'osent pas interroger les responsables sur les motivations aux décisions prises.

La procédure de décision devrait être basée sur les éléments factuels transmis lors de l'évaluation. Mais bien des agents de terrain expliquent que des responsables (médecin-chef de service, cadre) décident à l'encontre des recommandations qu'ils ont pu faire et alors même qu'ils n'ont jamais rencontré les personnes concernées. Pour de multiples professionnels de terrain, cette évolution conduit à une perte de sens du travail d'évaluation effectué et des alertes données « on nous illusionne sur notre fonction » explique une assistance sociale chargée d'évaluation d'IP auprès d'un Conseil départemental, « mais au final notre avis n'est pas pris en compte, sans que l'on ait le moindre retour au sein même de notre institution. Cela devient ingérable. Il y a les évaluations des évaluations des évaluations...une logique administrative qui annihile toute possibilité de protéger effectivement les enfants en raison d'enjeux politiques et administratifs. Il y a de quoi être écœurée. »

CONCLUSION DE LA SECONDE PARTIE

Les résultats de notre étude nous permettent de comprendre que signaler est un processus complexe bien plus qu'un simple acte conduisant à l'envoi d'un écrit au Parquet ou au Président du Conseil Départemental via la CRIP. C'est un processus qui s'étaye sur les connaissances acquises lors de la formation initiale, de celles intégrées depuis ; des expériences professionnelles, de l'histoire individuelle du professionnel, de sa représentation de ce qu'est la maltraitance, le danger, le risque, la vulnérabilité, mais aussi de la qualité des relations qu'il a pu établir avec ses pairs pour s'autoriser à échanger au sein d'un réseau de professionnels sur les situations délicates. Pour la majorité des professionnels, signaler est l'aboutissement d'une profonde réflexion où s'intriquent certitudes, devoir et doute ; où la peur de ne pas faire assez bien cohabite bien souvent avec celle d'aller trop loin. C'est en tous cas, tout, sauf un acte anodin, car il engage le professionnel à de multiples niveaux : vis-à-vis de lui-même, vis-à-vis de celui à protéger, vis-à-vis de celui (ou ceux) mis en cause, à l'égard de ses collègues, de son institution ou de sa patientèle selon qu'il exerce ou non en libéral. Il l'implique au niveau éthique, déontologique, pénal, civil, administratif comme la plupart des actes de soins sauf que cet écrit n'est pas compris comme tel, ce qui peut expliquer les résistances constatées sur le terrain et relevées via notre recherche.

En pratique le signalement d'une suspicion de maltraitance sur mineur ou sur une personne âgée vulnérable est une obligation professionnelle prévue tant par le Code de déontologie médicale (R 4127-44 CSP) que par les règles professionnelles applicables à d'autres soignants comme les infirmiers (R.4312-7). Mais la difficulté est que pénalement, il ne s'agit pas réellement d'une obligation dans la mesure puisque les professionnels de santé ne sont pas soumis à l'obligation de dénonciation prévue par les articles 434-1 (1) et 434-3 (2) du Code pénal. Mais, indirectement l'obligation devrait s'imposer à eux puisque l'abstention d'un professionnel ayant connaissance d'une suspicion de maltraitance risquerait d'entraîner sa condamnation pénale pour « omission de porter secours »⁴³⁶ ou « non-assistance à personne en danger » (art. 223-6 Code pénal). Au vu de ces différents éléments, le signalement ne devrait pas être source de tergiversation et s'imposer donc lorsqu'un professionnel de santé suspecte

⁴³⁶ Art. 223-6 du Code pénal : « Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. »

un mauvais traitement sur un enfant ou une personne âgée vulnérable pris(e) en charge et ce, quand bien même il n'en aurait pas la certitude.

Dans notre étude, pour la majorité des professionnels les obstacles aux signalements sont le manque de formation (85 %) qui conduit aux méconnaissances (82 %) et aux craintes de se tromper (85 %).

Est également rapporté dans près de 70 % des cas le sentiment « d'inutilité » du signalement face au nombre de classements judiciaires et à l'absence de suites données. Cette réalité est d'ailleurs confirmée dans le dernier rapport ministériel sur les statistiques de mars 2018 du Ministère de la Justice⁴³⁷.

Les histoires individuelles de chacun, le manque de formations, la culture des institutions, la dynamique des équipes concernées, les modes d'organisations professionnelles (certaines n'ont aucun Ordre comme les psychologues), les pressions exercées sur les intervenants qui souhaitent signaler contre l'avis de leur direction, les menaces subies par les personnels (en particulier libéraux) de la part des familles, voire d'autres collègues, ne facilitent pas l'acquisition des connaissances sur les systèmes de protection et s'ajoutent aux résistances liées aux manquements cliniques que nous avons évoqués en première partie. Les obstacles sont donc multiples et nécessitent d'être mieux compris pour envisager une évolution positive de la protection des mineurs et des personnes vulnérables, en particulier les personnes âgées qui seront de plus en plus nombreuses dans les années à venir.

L'existence de toutes ces résistances nous amène à souligner le fait qu'au-delà des textes, l'application de ceux-ci ne peut se faire que s'ils sont connus, intégrés et s'ils font sens chez les professionnels. Sans cela, leur appropriation reste illusoire et la protection des personnes vulnérables des plus aléatoire, ce qui conduit à ce que Robert Castel a défini comme

⁴³⁷ JULLIARD M., TIMBART O. Violences sexuelles et atteintes aux mœurs : les décisions du parquet et de l'instruction. *Bulletin d'information statistique du Ministère de la justice*, mars 2018, n° 160 : « Les affaires de violences sexuelles traitées par les parquets en 2016 ont concerné près de 33 000 personnes mises en cause dans des affaires de viol (38 %), d'agression sexuelle (60 %) ou de harcèlement sexuel (2 %).

Plus de 7 personnes mises en cause sur 10 ont vu leur affaire classée sans suite, essentiellement pour infraction insuffisamment caractérisée ou absence d'infraction et moins de 3 sur 10 ont fait l'objet de poursuites.

Dans les affaires enregistrées comme des viols à leur arrivée au parquet, 86 % des auteurs poursuivis le sont devant le juge d'instruction, 8 % directement devant le tribunal correctionnel après requalification de l'affaire dès l'orientation et 6 % devant le juge des enfants.

Au terme d'une instruction d'une durée moyenne de 29 mois, 38 % des mis en examen pour viol ont été renvoyés devant une cour d'assises, 13 % devant un tribunal pour enfants et 15 % ont bénéficié d'un non-lieu s'agissant de la qualification de viol, mais ont été renvoyés devant un tribunal correctionnel pour une autre infraction, le plus souvent une agression sexuelle. Enfin 34 % ont bénéficié d'un non-lieu total.

Les 10 500 auteurs impliqués dans des affaires d'atteintes aux mœurs font davantage l'objet de mesures alternatives ou de compositions pénales. Le taux de poursuites le plus élevé (68 %) s'observe pour les auteurs d'infractions de proxénétisme.

« l'insécurité sociale ». Il est pour lui « nécessaire de spécifier les protections civiles qui garantissent les libertés de chacun dans l'État de droit, et les protections sociales qui “couvrent” contre les principaux risques susceptibles d'entraîner une dégradation des situations individuelles. »⁴³⁸ Mais cette différenciation n'est pas si simple, car la multitude des écrits législatifs existants et les réformes qui s'ajoutent les unes aux autres créent une nébuleuse réglementaire dans laquelle bien des professionnels se perdent : entre des fonctionnements institutionnels qui imposent certains protocoles en cas de signalements et ce qui est explicité dans le Code pénal, les écarts peuvent être considérables. Malgré l'importance de la réalité des maltraitances, nombre de résistances continuent d'être observées tant au niveau individuel qu'institutionnel (méconnaissance, banalisation, déni, préjugés, toute-puissance à régler seul la situation...) Certains intervenants, mal informés et bien souvent trop peu formés, se croient protégés par leur institution et tombent des nues lorsque des procédures pénales sont engagées à leur encontre suite à des absences de signalements ; d'autres se retranchent derrière leur secret professionnel et ne soutiennent pas des révélations de sujets vulnérables ; certains refusent de répondre en cas d'audition en mettant en avant ce même secret ; d'autres se soumettent à la décision de la majorité au sein d'une équipe de professionnels, convaincus que leur avis n'a aucun poids et que le collectif prime ; certains rédigent des signalements de personnes qu'ils n'ont jamais rencontrées sous injonction de leur supérieur ; d'autres cosignent des signalements omettant de préciser la part professionnelle qui leur revient et qui permettrait d'avoir des données essentielles à la compréhension de la situation. L'insécurité sociale semble avoir contaminé bien des institutions⁴³⁹ ce qui explique sans doute les réticences actuelles au signalement et les situations décrites comme désastreuses⁴⁴⁰ par certains professionnels.⁴⁴¹

⁴³⁸ CASTEL R., *L'insécurité sociale, République des idées*, Paris, Seuil, 2003, p. 78.

⁴³⁹ TURSZ A., *Les Oubliés. Enfants maltraités en France et par la France*, Paris, Le Seuil, 2010.

⁴⁴⁰ LABORDE F., CREOFF M., *Le massacre des innocents. Les Oubliés de la République*, Paris, Ed. Amazone, 2018.

⁴⁴¹ REPPEA, *Livre blanc sur la protection des enfants maltraités*, Paris, Ed. Amazone, 2017.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La notion de personne vulnérable est complexe et se définit en particulier par l'intrication entre deux éléments, celui d'une faiblesse particulière (aux causes multiples) et un état qui représente un risque pour son développement. Ces deux facteurs corrélés nécessitent une évaluation *in concreto* de la situation du mineur ou de la personne âgée vulnérable concernée. L'attention portée à la vulnérabilité comme risque spécifique nécessite de se dégager de la référence à la vulnérabilité ontologique pour permettre l'opérationnalité juridique de cette notion. Dès lors, la doctrine permet de concevoir la notion de personne vulnérable comme une notion fonctionnelle permettant d'assurer la protection la plus adaptée possible et la plus efficace. Sans statut juridique toujours clairement déterminé, la notion de vulnérabilité renvoie le plus souvent à l'énumération de certaines caractéristiques (l'âge, l'état de santé, la situation sociale, le niveau de dépendance...). L'évaluation, si elle se veut pragmatique n'est pas si simple, car il appartient à chaque professionnel d'identifier les facteurs qui lui paraissent relever d'une vulnérabilité sans tomber dans le biais de généraliser à tous, ce concept. L'identification de ceux-ci dépend donc de celui qui assure la protection avec tous les biais subjectifs rappelés dans cette étude.

Comprendre la notion de protection des plus vulnérables face à la maltraitance s'inscrit dans une évolution sociétale toute particulière et qui n'est pas si simple à mettre en place. Les confusions restent nombreuses entre intérêts publics et privés, mais aussi en raison d'absence de consensus sur les termes utilisés et de la juxtaposition constante de formations, de textes, d'actions et de pratiques hétérogènes. Si l'intervention publique portée par les réformes législatives, vise à protéger ceux qui sont les plus faibles et les plus en difficultés, cela ne saurait se concevoir sans que de telles mesures de protection individuelles ne s'inscrivent dans une démarche où elles servent également la société dans son ensemble. Autrement dit, fonder une protection du mineur ou majeur vulnérable uniquement sur la dimension individuelle participerait à stigmatiser encore davantage la personne à protéger et à l'exclure de la société dans laquelle elle évolue. La protection juridique des personnes vulnérables, si elle s'inscrit dans une dynamique démocratique fondée sur le principe que chaque individu a la même valeur qu'un autre⁴⁴², nécessite de la fonder en prenant en compte le fait que chaque sujet, aussi vulnérable soit-il participe à la dynamique de la société à laquelle il appartient. Il ne s'agit donc

⁴⁴² Article premier de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789.

pas tant que les lois existent, encore faut-il qu'elles soient connues, comprises, appliquées, et qu'elles permettent de prendre en compte l'intérêt des personnes à protéger pour leur permettre de se réaliser, mais aussi à notre société d'évoluer plus positivement dans le respect de chacun et dans l'attention portée à chacun.

Les difficultés des soignants à signaler font l'objet d'études fréquentes dans le cadre de mémoires de fin d'études en particulier de de thèse en médecine. C'est une réalité qui se confirme sur le terrain et les recommandations de la HAS en 2014 ne semblent pas avoir été, pour l'instant, d'une grande aide pour le repérage et les signalements qui restent des situations complexes.

Ce travail de thèse présente d'inévitables biais, mais il permet de relever un certain nombre de résultats qui apparaissent importants pour améliorer les prises en charge. Il amène d'ores et déjà à rappeler que la qualité des pratiques professionnelles ne relève pas d'un unique facteur, ni d'un seul domaine, mais qu'elle s'inscrit dans la prise en compte d'une multitude de facteurs à prendre en compte à différents niveaux en particulier la connaissance générale du sujet qu'est la maltraitance, les éléments cliniques constatés, la situation familiale, le contexte de vie la dynamique institutionnelle à l'œuvre, la loi et son application.

Face aux résultats de notre étude, la première réalisée en droit sur ce sujet, nous pensons que plusieurs perspectives pourraient être envisagées pour améliorer l'effectivité des signalements. Elles nécessitent une véritable réflexion culturelle sur les pratiques professionnelles en particulier au niveau du travail partenarial entre professionnels différents et institutions variées et une refonte du rapport de notre société à ce qu'est un être humain, en particulier un enfant et une personne âgée vulnérable.

Protéger un sujet vulnérable nécessite avant tout une évaluation rigoureuse de sa situation, ce qui ne peut être effectué sans formation, sans travail interdisciplinaire, sans supervision pour gérer ses propres résonances émotionnelles, sans connaissance des procédures et sans cadre théorique ; c'est pourtant le cas pour nombre de professionnels de terrain. Les soignants souhaitent en majorité se former même s'il ressort que c'est l'expérience du terrain et le travail entre collègues qui apparaissent les plus bénéfiques. À l'issue de cette étude, plusieurs points semblent à privilégier.

Plusieurs axes apparaissent essentiels à renforcer, tout d'abord la valorisation de l'investissement des soignants qui apparaissent globalement plein d'intentions positives, mais totalement démunis et très seuls face aux décisions à prendre et à leurs conséquences, qu'il s'agisse de menaces, de pressions voire de sanction. Sans professionnels investis il n'y a pas de

protection des victimes de maltraitance envisageable, car celles-ci ont besoin de ces intervenants pour être entendues, repérées, protégées et prises en charge.

Un autre axe serait celui de soutenir les proches protecteurs trop souvent mis à mal par le système actuel et épuisés par les innombrables démarches (physiquement, psychiquement comme financièrement). Le renforcement des structures de soutien collectif, de guidance parentale et d'aides aux aidants va dans ce sens, mais sur le terrain le manque de moyens est criant.

Le troisième axe est celui de la formation. Cette étude permet de constater combien les manquements sont majeurs à tous niveaux que ce soit en formation initiale ou continue, pour les mineurs comme pour les personnes âgées, sur les dimensions cliniques comme sur les informations juridiques. La mise en place de programme obligatoire en formation initiale pour toutes les professions concernées par ce sujet serait indispensable et n'engagerait pas des coûts spécifiques puisqu'il s'agirait de prioriser ces aspects par rapport à d'autres qui apparaissent moins essentiels ; par exemple par la réalisation d'un référentiel commun sur le développement de l'être humain à tous les âges de la vie et de la clinique du psychotraumatisme. Actuellement les formations initiales sont totalement inadaptées à la réalité du terrain, sans qu'aucun programme commun n'existe même au sein d'une même profession. Or le repérage, la prise en charge et la prévention de la maltraitance ne peuvent se faire sans savoirs à ce sujet, sans connaissances sur le savoir-être, sans formation à l'écoute, sans formation au travail pluridisciplinaire. Les experts désignés devraient obligatoirement être formés, cela est normalement prévu par la loi, mais dans la réalité ce n'est pas le cas. Et les juges devraient désigner des experts compétents dans leur domaine en particulier ne plus désigner des experts d'adulte pour des enfants, car la clinique de l'enfant est très spécifique. La mise en place de collège d'experts spécialisés pour les situations complexes éviterait des procédures qui s'enlisent et des avis rendus par des professionnels spécialisés dans d'autres domaines, qui conduisent à ne pas permettre au magistrat de prendre les mesures de protection adaptée pour le mineur comme pour la personne âgée vulnérable.

Ce point sur la formation engagerait la nécessité de favoriser les initiatives qui existent déjà au niveau local dans certains endroits, mais qui sont loin d'être généralisées faute de temps et qui permettent d'instaurer de façon régulière des d'espaces de rencontre entre magistrats, avocats, médecins agréés, responsables d'institutions d'accueil, associations, représentants de patients pour avoir des échanges concrets et constructifs sur les pratiques et les attentes des uns et des autres. Les temps de supervision sont partie intégrante de la formation des professionnels et

devraient être compris par les décideurs comme indispensables non seulement pour les victimes, mais également pour la prévention de l'épuisement professionnel des intervenants.

Un quatrième axe serait celui sûrement bien plus complexe de rendre obligatoire le signalement des soignants et de protéger les professionnels qui signalent, de légiférer⁴⁴³ sur une présomption d'absence de consentement des mineurs victimes d'agressions sexuelles⁴⁴⁴, de légiférer sur ce que doit comporter un signalement. Il faudrait aussi que des moyens adaptés pour le système judiciaire et les institutions soient accordés afin de pouvoir répondre aux exigences de la réforme de la Loi de 2007 puis de celle de 2016.

Enfin l'information des victimes elles-mêmes apparaît essentielle. Non pas en les leurrant sur des procédures par des affirmations du type « il faut porter plainte, sans cela vous ne pourrez pas vous reconstruire », mais par une information juste sur les procédures pour que cessent ces incompréhensions entre réparation judiciaire et restauration psychique qui majorent la détresse des victimes confrontées au classement de leur plainte ou à des non-lieux.

Cette étude permet de constater la bonne volonté générale des soignants, mais le fait que leurs connaissances aussi bien cliniques qu'en matière juridique sont globalement approximatives surtout pour les personnes âgées, ce qui peut conduire à des convictions erronées comme celle de croire être obligés de signaler des situations de maltraitance quand ils en ont le pouvoir et non le devoir. Cette certitude accompagne l'évolution jurisprudentielle, car les soignants, et en particulier les médecins, se voient bien davantage reprocher leur silence que leur signalement.

La complexité du soignant face à un mineur ou une personne âgée maltraité(e) reste grande et quand la question du signalement se pose cette étude permet de comprendre que les causes des résistances à l'égard du signalement sont multiples. Celle-ci nécessite une qualité de connaissances cliniques pour une juste évaluation et la possibilité de mettre celle-ci en perspectives pour savoir s'il faut, ou non, envisager de signaler la situation. Pour les soutenir et les aider face à l'enjeu que représente la décision d'un signalement, le droit devrait servir de garant, mais il reste trop peu connu. Le droit ne saurait être une accumulation de lois complexes et de plus en plus techniques. Il est dû aux sujets en particulier pour assurer leurs droits et la loi. Bien qu'il existe des textes sur la protection des mineurs et des adultes vulnérables, il

⁴⁴³ GLANDIER LESCURE N., *L'inceste en droit français contemporain*, PUAM, 2006, p. 323 s.

⁴⁴⁴ KOERING-JOULIN R., Brèves remarques sur le défaut de consentement du mineur de quinze ans victime de viols ou d'agressions sexuelles, in *Le droit pénal à l'aube du troisième millénaire*, Mélanges offerts à Jean Pradel, Cujas, 2006, p. 389.

manque réellement une uniformité de l'ensemble de ces écrits qui organiserait les signalements et la question du secret et du partage d'informations. Il semble aujourd'hui plus que nécessaire que le législateur prévoie un unique texte reprenant les dispositions sur le secret professionnel, le partage d'information et légifère l'obligation de signaler. Protéger les plus vulnérables face à la maltraitance nécessite de trouver le juste équilibre entre respect de la singularité de chacun, des droits et des libertés individuelles et garanties de l'intérêt général. Si beaucoup a été fait, il reste encore beaucoup à faire pour construire une opérationnalité de cette notion de vulnérabilité et éviter qu'elle ne soit utilisée sans discernement et sans utilité juridique réelle. Car si l'ensemble des acteurs s'accordent sur l'importance de protéger les personnes vulnérables, la concrétisation juridique de cette protection n'est pas si simple comme en témoigne la question du signalement.

L'enjeu est considérable pour parvenir à un équilibre humanisant digne d'un pays qui se doit démocratique et respectueux des droits de l'enfant et des personnes vulnérables au même titre que des droits de tout citoyen. La prise en compte de la personne vulnérable en droit reste une perspective ambitieuse dans le contexte social actuel où l'attention des personnes les unes pour les autres n'est plus réellement valorisée. Le droit pouvant être compris comme un instrument de transpositions des aspirations sociales⁴⁴⁵, il a pourtant un rôle fondamental à tenir dans l'évolution.

⁴⁴⁵ SCHELLE G., *Manuel de droit international public*, Paris, 1944.

BIBLIOGRAPHIE

§ 1 : OUVRAGES GÉNÉRAUX, TRAITES ET MANUELS

A. DROIT CIVIL ET PROCEDURE CIVILE

Droit des personnes et de la famille : Mélanges à la mémoire de Danièle Huet-Weiller : liber amicorum, Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg, coll. Maison des sciences de l'homme de Strasbourg, 1994, 563 p.

AUBERT J.-L., *Introduction au droit et thèmes fondamentaux du droit civil*, Paris, Dalloz, Sirey Université, 16^e éd., 2016, 396 p.

BATTEUR A., *Droit des personnes, des familles et des majeurs protégés*, Issy-les-Moulineaux, LGDJ-Lextenso éditions, coll. Manuel, 8^e éd., 2015, 540 p.

BELLIVIER F., *Droit des personnes*, Issy-les-Moulineaux, LGDJ-Lextenso éditions, coll. Domat droit privé, 2015, 287 p.

BRUGUIERE J.- M, GLEZE B., *Droits de la personnalité*, Paris, Ellipses, coll. Mise au point, 2015, 351 p.

BUFFELAN-LANORE Y., LARRIBEAU-TERNEYRE V., *Droit civil. Biens. Personnes. Famille*, 20^e éd., 2017, Dalloz, 1244 p.

CABRILLAC R., FRISON-ROCHE M.-A, REVET T., *Libertés et droits fondamentaux*, Paris, Dalloz, 2007, 13^e éd., 275 p.

CAPITANT H., TERRÉ F., LEQUETTE Y., *Les grands arrêts de la jurisprudence civile, Tome 1, Introduction, personnes, famille, biens, régimes matrimoniaux, successions*, Paris, Dalloz, coll. « Grands arrêts », 13^e éd., 2015, 760 p.

CARBONNIER J.,

- *Droit civil. Les personnes. Volume 1*, Paris, PUF, coll. Quadrige, 2017, 2622 p.

- *Droit civil, La famille, l'enfant, le couple*, Paris, PUF, 21^e éd., 2002, p. 85.

- *Essais sur les lois*, Paris, Eds. Defrénois, 2^e éd., 1995, p. 83.

COHET-CORDEY F. (dir.), *Vulnérabilité et droit. Le développement de la vulnérabilité et ses enjeux en droit*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 2000, 336 p.

COURBE P., GOUTTENOIRE A., *Droit de la famille*, Paris, Dalloz, Sirey, 2017, 7^e éd., 586 p.

DUPEYROUX J.-J., *L'âge en droit social*, Droit social, Dalloz, 2003, n° 12, p. 1041.

EGEA V., *Droit de la famille*, Paris, LexisNexis, 2016, 661 p.

EUDIER F., *Droit de la famille*, Paris, Dalloz, Compact droit, 2003, 288 p.

GOUBEAUX G., *Traité de droit civil. Les personnes*, Paris, LGDJ, 2017, 37^e éd., 825 p.

GOUTTENOIRE A., FULCHIRON H., *Autorité parentale, Répertoire de droit civil*, Paris, Dalloz, n° 230, 2012.

GRANET-LAMBRECHTS F., *Droit de la filiation*, Paris, Dalloz, 2009, p. 773.

GUINCHARD S., *Droit processuel : Droits fondamentaux du procès*, Paris, Dalloz, coll. Précis, 9^e éd., 2017, 1515 p.

HAUSER J., HUET-WEILLER D., *Traité de droit civil. La famille, fondation et vie de la famille*, Paris, LGDJ, coll. Fondation et vie de la famille, 2^e éd., 1993, 943 p.

LEMOULAND J., *Droit de la famille, cours magistral*, Paris, Ellipses 2014, 504 p.

LOISEAU G., *Le droit des personnes*, Paris, Ellipses, 2016, 189 p.

MURAT P., (dir.), *Droit de la famille*, Paris, Dalloz, 2016, 2129 p.

MALAURIE P., AYNÈS L., *Les personnes. La protection des mineurs et des majeurs*, Issy-les-Moulineaux, LGDJ-Lextenso éditions, coll. Droit civil, 9^e éd., 2017, 416 p.

MALAURIE P., FULVHIRON H., *Droit de la famille*, 5^e éd., 2016, 862 p.

MALINVAUD Ph., FENOUILLET D., *Droit des obligations*, Paris, LexisNexis, coll. Manuel, 2017, 638 p.

MAZEAUD H.-L.-J., CHABAS F., *Leçons de droit civil*, 9^e éd., 1986, p. 493.

MILLARD E., « Famille et droit public, Recherche sur la construction d'un objet juridique », *LGDJ*, 1995, 94 p.

MURAT P., (dir.), *Droit de la famille*, Paris, Dalloz, 2016, 2129 p.

ROUBIER P., *Droits subjectifs et situations juridiques*, Paris, Dalloz, 1963, 476 p.

TERRÉ F., FENOUILLET D., *Droit civil. La famille*, Paris, Dalloz, coll. Précis, 2011, 8^e éd., 1106 p.

TEYSSIÉ B., *Droit civil. Les personnes*, Paris, LexisNexis, coll. Manuel, 18^e éd., 2016, 645 p.

VOIRIN P., GOUBEAUX G., *Droit civil. Tome 1*, Issy-les-Moulineaux, LGDJ-Lextenso édition, coll. Manuel, 2017, 37^e éd., 826 p.

B. DROIT PENAL ET PROCEDURE PENALE

BOMBLED M., *Viol aggravé commis sur une personne particulièrement vulnérable en raison de son âge*, Paris, Dalloz, 27 septembre 2010.

BOULOC B., MATSOPOULOU H., *Droit pénal et procédure pénale*, Paris, Sirey, 21^e éd., 2018, 787 p.

BOULOC B., *Droit pénal général*, Paris, Dalloz, Précis, 25^e éd., 2017, 746 p.

CONTE P., *Droit pénal spécial*, Paris, LexisNexis, Litec, 5^e éd., 2016, 529 p.

DALLOZ M., *Circonstances aggravantes, Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*, Paris, Dalloz, 2001, n° 36, p. 5.

DAURY-FAUVEAU M., *Droit pénal spécial : Livres 2 et 3 du Code pénal infractions contre les personnes et les biens*, Paris, PUF, CEPRISCA, 2010, 534 p.

DESPORTES F., LAZERGES-COUSQUER L., *Traité de procédure pénale*, Paris, Economica, coll. Corpus, 2015, 2460 p.

DESPORTES F., LE GUNEHÉC F., *Droit pénal général*, Paris, Economica, coll. Corpus droit privé, 16^e éd., 2009, 1248 p.

DIEU F., SUHARD P., *Justice et femme battue. Enquête sur le traitement judiciaire des violences conjugales*, Paris, L'Harmattan, 2008, 136 p.

DREYER E., *Droit pénal spécial*, Paris, Ellipses, Cours magistral, 3^e éd., 2016, 738 p.

FOURNIER S., *Le nouveau Code pénal et le droit de la complicité, Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 1995, n° 11, p. 475-504.

GARRAUD R., *Traité théorique et pratique du droit pénal français*, Paris, Recueil Sirey, 5^e éd., 1913-1935, tome 1, p. 359.

GIRAULT C., *Agression sexuelle : la contrainte peut résulter du jeune âge de la victime*, Paris, Dalloz, 2006, p. 175.

GIUDICELLI-DELAGE G., LAZERGUES C., *La minorité à contresens. Enfants en danger, enfants délinquants*, Paris, Dalloz, coll. Les sens du droit : débat, 2014, 425 p.

GLANDIER LESCURE N., *L'inceste en droit français contemporain*, PUAM, 2006, p. 323 s.

GUINCHARD S., *Droit processuel : Droits fondamentaux du procès*, Paris, Dalloz, coll. Précis, 9^e éd., 2017, 1515 p.

GUINCHARD S., BUISSON J., *Procédure pénale*, Litec, Paris, 2014, 10^e éd., 1400 p.

HERZOG-EVANS M., *Droit pénal général*, Paris, Vuibert, coll. Dyna'sup droit, 2^e éd., 2009, 312 p.

LARGUIER J, *Rigueur pénale et protection de l'enfance à propos de la loi du 23 Avril 1954 relative à la répression des crimes et délits commis contre les enfants*, Paris, Dalloz, 1955, I.43.

LE GOAZIOU V, MUCCHIELLI L., *Les viols dans la chaîne pénale. Observatoire Régional de la Délinquance*, recherche du CNRS Aix/Marseille, décembre 2016.

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

<http://www.gip-recherche-justice.fr/publication/les-viols-dans-la-chaine-penale/>

LEVASSEUR G., *Coups et blessures, Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*, Paris, Dalloz, 1986, 702 p.

LEVASSEUR G., BOULOC B., *Procédure pénale*, Paris, Dalloz, 2016, 25^e éd., 1122 p.

MALABAT V.,

- *Droit pénal spécial*, Paris, Dalloz, Hypercours, 7^e éd., 2015, 617 p.
- *Infractions sexuelles, Rép. pén.*, Paris, Dalloz, 2002 (réactualisé 2017).

MAYAUD Y.,

- *Du viol à l'agression sexuelle*, Paris, Dalloz, RSC 2012, n° 1.
- « L'inceste dans... l'illégalité », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 2011, p. 830-831.

MERLE R., VITU A.,

- *Traité de droit criminel : procédure pénale*, Paris, Cujas, 5^e éd., 2001, 1180 p.
- *Traité de droit criminel : problèmes généraux de la science criminelle, droit pénal général*, Paris, Cujas, 7^e éd., 2000, 1068 p.
- *Traité de droit criminel, tome 3 : droit pénal spécial*, Paris, Cujas., 1982, n° 2135, p. 1734.

PRADEL J., *Droit pénal général*, Paris, Cujas, coll. Références, 21^e éd, 2016, 726 p.

PRADEL J., DUANTI-JUAN M., *Droit pénal spécial*, Paris, Cujas, coll. Références, 6^e éd, 2014, 788 p.

RASSAT M-L., *Droit pénal spécial*, Paris, Dalloz, précis, 7^e éd., 2014, 1300 p.

ROUJOU de BOUBEE G., BOULOC B., FRANCILLON J., MAYAUD Y., *Code pénal commenté*, Paris, Eyrolles, 1995, p. 442.

SAENKO L., *Le temps en droit pénal des affaires*, dir. B. Bouloc, 2008, spéc. n° 869.

VÉRON M., *Droit pénal spécial*, Paris, Sirey Dalloz, Sirey université, 16^e éd., 2017, 529 p.

C. DROIT DES MINEURS

Santé Publique France, Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 15 octobre 2019, n° 26-27. *La maltraitance pendant l'enfance et ses conséquences : un enjeu de santé publique.*

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-15-octobre-2019-n-26-27-la-maltraitance-pendant-l-enfance-et-ses-consequences-un-enjeu-de-sante-publique>

Centre d'études et de recherches sur les contentieux, *Le droit et les droits de l'enfant*, Paris, L'Harmattan, Champs libres, 2007, 228 p.

BARDOUIL N. (dir.), *Justice des mineurs*, Paris, Berger Levrault Sofiac, 2012, 372 p.

BEAUVALLET O. LAZARE S.-Y. (dir.), *Justice des mineurs*, Paris, Berger Levrault Sofiac, 2012, 372 p.

BENNOUNA M., *La convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant*, *Annuaire français de droit international*, XXXV, 1989, éds. du CNRS, Paris.

BONFILS Ph., GOUTTENOIRE A., *Droit des mineurs*, Paris, Dalloz, précis, 2014, 2^e éd, 1278 p.

CASEY J. (dir.), *L'enfant et sa famille*, Paris, Juris-Classeur, juris compact, 2003, 1081 p.

COLLINS T., GIRONDIN R., PIÑERO, V., ROBERGE M.-C. (dir.), *Droits de l'enfant*, Actes de la Conférence internationale, Ottawa 2007, Wilson & Lafleur, Collection Bleue, Montréal, 2008.

COSLIN P.-G., TISON B., *Les professionnels face à l'enfance en danger : lorsque la méconnaissance fait mal*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, coll. Psychologie, 2010, 206 p.

COMMAILLE J., « Les droits de l'enfant, une universalité sans évidence », in J. RUBELLIN-DEVICHI E., R. FRANCK (dir.), *L'enfant et les conventions internationales*, Lyon, PUL, 1996, p. 13.

CRÉOFF M., *Guide de la protection de l'enfance maltraitée : définitions et organisation, dispositif administratif et judiciaire, procédures éducatives et réponses pénales*, Paris, Dunod, Guides, 2003, 311 p.

DEKEUWER-DÉFOSSEZ F., *Les droits de l'enfant*, Paris, Coll. Que sais-je ?, PUF, 9^e éd, 2010, 126 p.

DUJARDIN V., *La personne mineure. La prise en charge sanitaire*, Bordeaux, Les Éditions hospitalières, coll. Essentiel, 2005, 110 p.

GIUDICELLI-DELAGE G., LAZERGES C., *La minorité à contresens. Enfants en danger, enfants délinquants*, Paris, Dalloz, coll. Les sens du droit : débat, 2014, 425 p.

GOUTTENOIRE A., GRIS C., MARTINEZ M., MAUMONT B., MURAT P., la Convention internationale des droits de l'enfant vingt après, commentaire article par article », *Dr. fam.*, 2009, n° 11, dossier 13.

GOUTTENOIRE A., SUDRE F., la Convention internationale des droits de l'enfant dans la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme, in *Le monde du droit*, Écrits rédigés en l'honneur de Jacques Foyer, Economica, 2008, p. 495 et s.

HUYETTE M., DESLOGES Ph., *Guide de la protection judiciaire de l'enfant*, Paris, Dunod, 4^e éd., 2009, 536 p.

LASBATS M., *L'enlèvement international d'enfants. Conséquences psychologiques*, Paris, Dalloz, 2013, 225 p.

LAROCHE-GISSEROT F., *Les droits de l'enfant*, Paris, Dalloz, 2^e éd., coll. Connaissance du droit, 2003, 119 p.

LAVALLÉE C., *La protection internationale des droits de l'enfant : entre idéalisme et pragmatisme*, Bruxelles, Bruylant, coll. Mondialisation et droit international, 2015, 420 p.

LEMOULAND J.-J., *La condition juridique du mineur*, Coll. Carré Droit, Paris, Eds. Litec, 2004, 128 p.

NEIRINCK C.,

- *Le droit de l'enfance après la Convention des Nations Unies*, Paris, Delmas, coll. Ce qu'il vous faut savoir, 1992, 182 p.

- *La protection de la personne de l'enfant contre ses parents*, Paris, LGDJ, coll. Bibliothèque de droit privée, 1984, 453 p.

RAYMOND G.,

- *Droit de l'enfance et de l'adolescence*, Paris, Lexisnexis Litec, coll. Pratique professionnelle, 2006, 452 p.

- *Droit de l'enfance et de l'adolescence : le droit français est-il conforme à la Convention internationale des droits de l'enfant ?*, Paris, Litec, 1995, 3^e éd, 383 p.

ROBERT Ph., *Traité de droit des mineurs : place et rôle dans l'évolution du droit français contemporain*, Paris, Cujas, 1969, 640 p.

RUBELLIN-DEVICHI J., FRANCK R., *L'enfant et les conventions internationales*, Lyon, PUL, 1996, 492 p.

SCHOTT-THIEFFRY I., *Les droits de l'enfant*, Paris, éd. De Vecchi, coll. Le Droit au quotidien, 2001, 96 p.

YOUF D., *Penser les droits de l'enfant*, Paris, PUF, Questions d'éthique, 2002, 184 p.

D. DROIT DES PERSONNES AGEES VULNERABLES

BATTEUR A., *Droit des personnes, des familles et des majeurs protégés*, Issy-les-Moulineaux, éd. LGDJ-Lextenso, coll. Manuel, 2015, 8^e éd., 540 p.

HUGONOT R., *La vieillesse maltraitée*, Paris, Dunod, 1998 (seconde éd.), 232 p.

MISLAWSKI R., Dignité, autonomie, vulnérabilité : approche juridique, in E. HIRSCH (dir.), *Traité de bioéthique I. Fondements, principes, repères*, Ramonville-Sainte-Agne, Erès, 2010, p. 262.

MONTMINY L., DROUIN C., *La violence en contexte conjugal chez les personnes âgées : une réalité particulière*. Montréal : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF), 2009.

PELLERIN J., *De la violence en institutions pour personnes âgées*, Laennec, éd. Centre Laennec, 2014/1, t. 62, p. 41-53.

E. DROIT DE LA SANTE

DEMICHEL A., *Le droit de la santé*, Bordeaux, Les Éditions hospitalières, 1998, 91 p.

FORGE J.-M., *Le droit de la santé*, Paris, PUF, coll. Que sais-je ? 8^e éd., 2012, 128 p.

GIRER M., MÉMETEAU G., *Cour de droit médical*, Paris, LEH éditions, 5^e éd., 2016, 854 p.

HOERNI B., BÉNÉZECH M., *Le secret médical : confidentialité et discrétion en médecine*, Paris, Masson, coll. Abrégés, 1996, p. 53.

JOURDAIN P., Le changement de nature de la responsabilité médicale, *RTD civ.*, 2011, p. 128.

LAUDE A., MATHIEU B., TABUTEAU D., *Droit de la santé*, Paris, PUF, coll. Thémis, 3^e éd., 2012, 728 p.

LOIRET P., La théorie du secret médical, Paris, Masson, coll. *Médecine légale et toxicologie médicale*, 1988, p. 137.

MOISSON S., Administration de la preuve et exigence du secret professionnel, *Méd. & Droit*, 1997, p. 4.

PONCHON F., *Le secret professionnel à l'hôpital et l'information du malade*, Paris, Berger-Levrault, 1998, p. 47

PY B., *Le secret professionnel*, Paris, L'Harmattan, La justice au quotidien, 2005, 136 p.

SAVATIER R., AUBRY J.-M., SAVATIER J., PEQUIGNOT H., *Traité de droit médical*, Paris, Librairies techniques, 1956, 574 p.

SICARD D., *L'éthique médicale et la bioéthique*, Paris, PUF, coll. Que sais-je ? 2017, 128 p.

F. OUVRAGES DE SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

ARIÈS Ph., *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Paris, Point, coll. Points, 2014, 316 p.

AUSLOOS G., *La compétence des familles*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 1996.

AYOUN P., ROMANO H. (dir), *Inceste : lorsque les mères ne protègent pas leur enfant*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 2013.

BALIER C., *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Paris, PUF, 1997, 256 p.

BAUBET T. & al. *Bébés et trauma*. Grenoble, La Pensée sauvage, 2003, 250 p.

BAUD J.P., *Du secret de la maison au secret de l'hôpital*, Paris, éd. Cités, 2006, n° 26, p. 15-25.

BAUER A., RISK C., SOULLEZ C., *Statistiques criminelles et enquêtes de victimation*, Paris, PUF, Coll. Que sais-je ? 2011, p. 108.

BECK U., *La société du risque, sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Aubier, 2001, 522 p.

BERGER M.,

- *Ces enfants qu'on sacrifie...au nom de la protection de l'enfance*, Paris, Dunod, coll. enfances, 2014, 190 p.

- *L'échec de la protection de l'enfance*, Paris, Dunod, 2014, 280 p.

BONELLO Y.H., *Le secret*, Paris, PUF, coll. Que sais-je ? 1998.

BONNECHERE M., *Le droit du travail*, Paris, La Découverte, 1997, 128 p.

BONNET C., *L'enfant Cassé*, Paris, Albin Michel, 2006.

BOULANGER F., *Autorité parentale et intérêt de l'enfant - Histoire, problématique, panorama comparatif et international*, Paris, Éditions L'Économiste, coll. Coup de cœur, 2008, 400 p.

BOUTANG P., *Ontologie du secret*, Paris, PUF, coll. Quadrige, 3^e éd., 2016, 523 p.

CAPELIER F., *Comprendre la protection de l'enfance. L'enfant en danger face au droit*, Paris, Dunod, 2015, 450 p.

CASTEL R.,

- *L'insécurité sociale, République des idées*, Paris, Seuil, 2003, p. 78.

- *La Gestion des risques, De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Les Éditions de Minuit, Coll. Le sens commun, 1981, 224 p.

- CASTRO D.**, *Petits silences, petits mensonges, le jardin secret de l'enfant*, Paris, Albin Michel, coll. Questions de parents, 2012, 220 p.
- CLANCY C., CHURCHILL L.-R.**, *Ethical dimensions of health policy*, Oxford, New York, Oxford University Press, 2002.
- DURAND E.**, *Violences conjugales et parentalité*, Paris, l'Harmattan, 2013, 110 p.
- EVIN C.**, *Le secret médical dans le cadre hospitalier*, Paris, Dalloz, 2009, p. 2639.
- FASSIN D., RETCHMAN R.**, *L'empire du traumatisme. Enquête sur le statut de victime*, Paris, Flammarion, 2007.
- FERENCZI S.**, (1933), Confusion de langue entre les adultes et l'enfant : le langage de la tendresse et de la passion in *Psychanalyse, Œuvres complètes, Psychanalyse IV*, Paris, Payot, 1983.
- FOUCAULT M.**, *L'herméneutique du sujet, Cours au Collège de France*, Paris Gallimard, 2001, 568 p.
- GARAPON A., SALAS D.**, *Les nouvelles sorcières de Salem, leçons d'Outreau*, Paris, Le Seuil, 2006.
- GARAPON A.**, *La justice et le mal*, Paris, Odile Jacob, 1997.
- GAUTIER P.-Y.**, *Propriété littéraire et artistique*, Paris, PUF, coll. Droit fondamental, 10^e éd., 2017, 952 p.
- GRYSON-DEJEHANSART M.-C.**, *Outreau la vérité abusée*, Paris, eds. Hugo et cie, 2009 (publié en e. book édition, revu et augmenté en 2015).
- HAYEZ J.-Y., De BECKER E.**,
- *La parole de l'enfant en souffrance*, Paris, Dunod, 2010, 220 p.
 - *L'enfant victime d'abus sexuel et son traitement*, Paris, PUF, 1999.
- HAYEZ J.-Y.**,
- *La destructivité chez l'enfant et l'adolescent*, Paris, Dunod, 2007, 2^e éd.
 - *La sexualité des enfants : 6-11 ans*, Paris, Odile Jacob, 2004, 350 p.
- HENNION S.**, *La responsabilité des travailleurs sociaux*, Rueil-Malmaison, ASH, coll. ASH professionnels, 2^e éd., 2012, 260 p.
- HUGONOT R.**, *La vieillesse maltraitée*, Paris, Dunod, 1998 (seconde éd.), 232 p.
- KAES R.**, *souffrance et psychopathologie des liens institutionnels : éléments de la pratique psychanalytique en institution*, Paris, Dunod, 2005, 218 p.
- L'ÉCUYER R.**, *Méthodologie développementale de contenu Méthode GPS et Concept de soi*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 1990, 490 p.

- LASBATS M.**, *L'enlèvement international d'enfants. Conséquences psychologiques*, Paris, Dalloz, 2013, 225 p.
- LABORDE F., CREOFF M.**, *Le Massacre des Innocents : les oubliés de la République*, Independently published, 2018, 188 p.
- L'ÉCUYER R.**, *Méthodologie développementale de contenu Méthode GPS et Concept de soi*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 1990, 490 p.
- LEBRUN P.-B.**, *Guide pratique du droit de la famille et de l'enfant en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 2011, 370 p.
- LEMOULAND J/J.**, *Droit de la famille*, Paris, Ellipses, Coll. Cours magistral, 2014, 590 p.
- LHERBIER-MALBRANQUE B.**, *La protection de l'enfant maltraité : protéger, aider, punir et collaborer*, Paris, L'Harmattan, Logiques juridiques, 2000, 331 p.
- LHULLIER J.-M.**,
- *Aide sociale à l'enfance*, Paris, Berger-Levrault, Les indispensables, 2007, 10^e éd., 306 p.
 - *La responsabilité civile, administrative et pénale dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Rennes, ENSP, 4^e éd., 2006, 463 p.
- LOIRET P.**, *La théorie du secret médical*, Paris, MASSON, coll. Médecine légale et toxicologie médicale, 1988, n° 142, 279 p.
- LOPEZ G.**, *Enfants violés et violentés. Le scandale ignoré*, coll. Paris, Dunod, coll. Enfances, 2013, 248 p.
- MANCIAUX M.** (dir.), *Enfances en danger*, Paris, Fleurus psycho-pédagogie, 2002, 773 p.
- MILLER A.**, *C'est pour ton bien*, Paris, Aubier, 1985, 379 p.
- MOQUET-ANGER M.L.** (dir.), *De l'hôpital à l'établissement public de santé*, Paris, l'Harmattan, coll. Logiques juridiques, 1998, p. 317.
- MUGNIER J.-P.**, *Les stratégies de l'indifférence*, Paris, ESF, 2002, 185 p.
- RAPHAEL C.**, *La démesure*, Paris, Babelio, 2015, 240 p.
- ROMAN D.**, *A corps défendant, La protection de l'individu contre lui-même*, Paris, Dalloz, 2007, 1290 p.
- ROMANO H.**,
- *Harcèlement en milieu scolaire, victimes, auteurs, que faire ?* Paris, Dunod, 2^e éd., 2019, 224 p.
 - *Quand la vie fait mal aux enfants*. Paris, Odile Jacob, 2018, 247 p.
 - *Accompagner en justice l'enfant victime de maltraitance ou d'accident*, Malakoff, Dunod, coll. Enfances, 2017, 298 p.
 - *L'enfant face au traumatisme*, Paris, Dunod, 2013, 192 p.

- *La maltraitance et ses conséquences chez l'enfant. Descriptions cliniques, évaluation et prise en charge*, Paris, Fabert, 2009, 170 p.
- ROMANO H., IZARD E., BERGER M. & al.**, *Danger en protection de l'enfance*, Paris, Dunod, 2016, 192 p.
- ROMANO H., CYRULNIK B.**, *Je suis victime. L'incroyable exploitation du trauma*. Savigny-sur-Orge, éd. Duval, 2015, 196 p.
- SADLIER K.**, *Violences conjugales, un défi pour la parentalité*, Paris, Dunod, 2015.
- SALAS Denis** (dir.), *Les nouvelles sorcières de Salem, leçons d'Outreau*, Paris, Le Seuil, 1997, 281 p.
- SALMON C.**, *Storytelling, La machine à raconter des histoires et à formater les esprits*, Paris, La Découverte, 2007, 252 p.
- SCHMIDT-KERHOAS V.**, *Les travailleurs sociaux et le droit pénal*, Paris, L'Harmattan, Le travail du social, 1998, 332 p.
- SELLENET C.**, *L'enfance en danger : ils n'ont rien vu ?* Paris, Belin, coll. Naître, grandir, devenir, 2005, 236 p.
- SICARD D.**, *L'éthique médicale et la bioéthique*, Paris, PUF, coll. Que sais-je ? 2017, 128 p.
- SIRONI F.**, *Bourreaux et victimes*. Paris, Odile Jacob, 1999, 299 p.
- THERY I.**, *Couple, filiation et parenté aujourd'hui, le droit face aux mutations de la famille et de la vie privée*, Paris, Odile Jacob, 1998, p.116.
- THOMAS H.**, *Les vulnérables, la démocratie contre les pauvres*, Bellecombe-en-Bauges, éd. du Croquant, Terra, 2010, p.78.
- TISSERON S.**, Intimité et extimité, *Communications*, n° 88, p. 192-194.
- TOMKIEWICZ S.**, *Aimer mal, châtier bien. Enquête sur les violences dans les institutions pour enfants et adolescents*, Paris, Seuil, 1991, p. 303.
- TREVIDIC M.**, *Terrorisme : les sept piliers de la déraison*, Paris, Le Livre de poche, 2014.
- TURSZ A., GERBOUIN-REROLLE P.**, *Enfants maltraités. Les chiffres et leur base juridique en France*, Paris, éd. Tec et doc, 2008, 220 p.
- TURSZ A.**, *Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France*, Paris, Seuil, 2010, p. 432.
- VERDIER P.**, *L'enfant en miettes*, Paris, Dunod, coll. Enfances, 4 *Harcèlement en milieu scolaire*, Paris, Dunod, 2^e éd., 2019.
éd., 2013, 192 p.
- VERSCHOOT O.**, *Du déni au crime*, Paris, éd. Imago, 2015, 166 p.

VIET V., *Les voltigeurs de la République. L'Inspection du travail en France jusqu'en 1914*, Paris, CNRS Éditions, 1994, 2 vols., 406 p.

VIGARELLO G., *Histoire du viol XVI^e-XX^e siècle*, Paris, Seuil, 1998.

G. ENCYCLOPEDIES ET LEXIQUES

ALLAND D., RIALS S. (dir.), *Dictionnaire de la culture juridique*, Paris, PUF-Lamy, coll. Quadrige, 2003, 1792 p.

CADIET L., « Procédure », in D. ALLANS., S. RIALS, *Dictionnaire de la culture juridique*, Lamy-PUF, 2003, p. 1649.

CONFERENCE DE CONSENSUS sur *Les conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir*, 7^e Conférence de consensus de la Fédération française de Psychiatrie. Novembre 2003.

CORNU G. (dir.), *Vocabulaire juridique de l'association H. CAPITANT.*, Paris, PUF, Quadrige, 11^e éd., 2016, 439 p.

GUIDE de bonnes pratiques destinées aux professionnels chargés de l'accompagnement des majeurs protégés en établissements et services sanitaires et médico-sociaux, 2013.

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

http://protection-juridique.creaihd.fr/sites/www.creainpdc.fr/files/guide_accompagnement_majeurs_proteges_esmses_arsdrjscs_npdc.pdf

GUINCHARD S., DEBARD T., *Lexique des termes juridiques*, Paris, Dalloz, coll. Lexiques, 2017, 25^e éd., 1200 p.

GUINCHARD S., DEBARD T., *Lexique des termes juridiques*, Paris, Dalloz, coll. Lexiques, 25^e éd., 2017, 1200 p.

HUYETTE M., *L'enfant et la justice en 60 questions*, Paris, Dunod, coll. Enfances, 1999, 220 p.

HUYETTE M., DESLOGES P., *Guide de la protection judiciaire de l'enfant*, Paris, Dunod, 4^e éd., 2009, 536 p.

LE BRETON D., MARCELLI D. (dir.), *Dictionnaire de l'adolescence et de la jeunesse*, Paris, PUF, Quadrige, 2010, 967 p.

LEBRUN P.-B., *Guide pratique du droit de la famille et de l'enfant en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, coll. Guides d'action sociale, 2011, 370 p.

LOPEZ G. (dir.), *Dictionnaire des sciences criminelles*, Paris, Dalloz, 2004, 1013 p.

- MANIER B.**, *Le travail des enfants dans le monde*, Paris, La Découverte, 1999, 127 p.
- MORABITO M.**, *Droit romain et réalités sociales de la sexualité servile, Dialogues d'histoire ancienne*, 1986, vol. 12, n° 1, p. 371-387.
- REY A.** (dir.),
- *Le Petit robert de la langue française*, Paris, le Robert, 2016, 2837 p.
 - *Dictionnaire historique de la langue française*, Le Robert, 2000, vol. 3, 2557 p.
- ROBERT J.-L.**, *Inspecteurs et Inspection du travail sous la III^e et IV^e République*, Paris, La documentation française et Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1998.
- ROLAND H., BOYER L.**,
- *Adages du droit français*, Litec, 4^e éd., 1999, 1021 p.
 - *Locutions latines du droit français*, Litec, 4^e éd., 1998, 566 p.
- SCELLE G.**, *Manuel de droit international public*, Paris, 1944, 343 p.
- SOCIÉTÉ FRANCOPHONE DE MEDECINE D'URGENCE**, Conférence de consensus *Maltraitance, dépistage, conduite à tenir aux urgences (en dehors des maltraitances sexuelles)*, Nantes, 3 décembre 2004.

§ 2 : OUVRAGES SPECIALISES ET THESES

- ABRAVANEL-JOLLY S.**, *La protection du secret en droit des personnes et de la famille*, Paris, Defrénois, coll. Doctorat & Notariat, tome 10, 2006, 326 p.
- ALBIGÈS C.**, *L'autorité parentale et ses juges*, Paris, Litec, coll. Carré droit, 2004, 170 p.
- ANGELINO I.**, *L'enfant, la famille, la maltraitance*, Paris, Dunod, coll. Enfances, 2^e éd., 2002, 256 p.
- ANGEVIN H.**, *La pratique de la Cour d'assises : traité-formulaire*, Paris, LexisNexis, coll. Droit & Professionnels : Procédures, 2016, 6^e éd., 608 p.
- ANTONOWICZ G.** (dir.), *L'Administrateur ad hoc*, Ramonville-Sainte-Agne, Erès, coll. Fondation pour l'enfance 2002, 120 p.
- ARNAUDIN C.**, *La notion de secret en droit des personnes et de la famille*, 1999, 489 p.
- ATTIAS D., KHAÏAT L.** (dir.), *Le parcours judiciaire de l'enfant victime*, Ramonville-Sainte-Agne, Erès, coll. 1000 et +, 2015, 273 p.
- AUDET J., KATZ J.-F.**, *Précis de victimologie générale*, Paris, Dunod, coll. psychothérapies, 2006, 2^e éd., 522 p.
- BEAUVALLET O., LAZARE S.** (dir.), *Justice des mineurs*, Paris, Berger Levrault Sofiac, 2012, 372 p.

- BECOURT D.**, *Image et vie privée*, Paris, L'Harmattan, 2004, 348 p.
- BERTRAND A.**, *Droit à la vie privée et droit à l'image*, Paris, Litec, 1999, 225 p.
- BETAILLOLE-GONTHIER F.**, *La capacité naturelle*, Thèse dactyl., Bordeaux, 1999, 458 p.
- BONELLO Y-H.**, *Le secret*, Paris, PUF, Que sais-je ?, 1998, 128 p.
- BONGRAIN M.**,
- *Le « tiers » : protecteur de l'enfant victime ?*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 2004, 150 p.
 - *Le travailleur social et l'enfant maltraité : enjeux d'un face à face*, Paris, l'Harmattan, coll. Logiques juridiques, 1994, 152 p.
 - *La loi au secours de l'enfant maltraité ?*, Vanves, Centre Technique National d'études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations, PUF, 1987, 163 p.
- BRANCHE R., VIRGILI F.**, *Viols en temps de guerre*, Paris, Payot, 2011, 270 p.
- BRUGUIERE J-M., GLEIZE B.**, *Droits de la personnalité*, Paris, Ellipses, coll. Mise au point, 2015, 351 p.
- CAPELIER F.**, *Comprendre la protection de l'enfance. L'enfant en danger face au droit*, Paris, Dunod, coll. Guides santé social, 2015, 450 p.
- CARRASCO-DAËRON M.**, *La dissimulation en droit pénal*, Bayonne, Institut universitaire de Varenne, collection des thèses, n° 131, 2016, 724 p.
- CARRASCO-DAERON M.**, *La dissimulation en droit pénal*, Bayonne, Institut universitaire de Varenne, Bayonne, Thèse de droit et Science politique, Présentée et soutenue le 19 juin 2015.
- CHAILLOU P.**, *Guide du droit de la famille et de l'enfant*, Paris, Dunod, 2^e éd., 2003, 348 p.
- COSLIN P., TISON B.**, *Les professionnels face à l'enfance en danger : lorsque la méconnaissance fait mal*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, coll. Psychologie, 2010, 206 p.
- COUTURIER M.**, *Pour une analyse fonctionnelle du secret professionnel*, Thèse de droit privé, direction A. PROTHAIS, Lille 2, Présentée et soutenue en 2004, p. 233.
- DAMIEN A.**, *Le secret nécessaire*, Malakoff, Desclée de Brouwer, coll. Micromégas, 1989, 138 p.
- DE FORGES J.-M., SEUVIC J.-F.**, *L'hospitalisé*, Paris, Berger-Levrault, coll. L'administration nouvelle, 1983, 2^e éd., 263 p.
- DEKEUWER-DÉFOSSEZ F., CHOAIN C.**, *L'autorité parentale en question*, Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, coll. Droit des personnes et de la famille, 2003, 237 p.

- DELAPORTE-CARRE C.**, *L'articulation des institutions de protection de la personne de l'enfant contre ses parents*, Paris, Dalloz, coll. Nouvelle bibliothèque de thèse, 2008, 360 p.
- DELFOSSÉ-CICILE M.-L.**, *Le lien parental*, Paris, LGDJ, coll. Droit privé, 2003, 634 p.
- DEMICHEL A.**, *Le secret médical*, Bordeaux, Les études hospitalières, 2001, 110 p.
- DESMOND L.**, *Enfance en danger : les freins aux signalements et aux informations préoccupantes, étude chez quinze psychiatres exerçant en Aquitaine*, Thèse de médecine, direction A. TCHAMGOUE, Bordeaux, Présentée et soutenue en septembre 2016, 108 p.
- DOCQUIR B.**, *Le droit de la vie privée*, Bruxelles, Larcier, 2008, 354 p.
- DUJARDIN V.**, *La personne mineure, la prise en charge sanitaire*, Bordeaux, Les Études Hospitalières, coll. Essentiel, 2005, 110 p.
- DUMAS-LAVENAC S.**, *L'acte sur le corps dans l'intérêt médical d'autrui*, Thèse de doctorat en droit, Rennes 1, Présentée et soutenue le 11 juin 2012.
- DUTHEIL-WAROLIN L.**, *La notion de vulnérabilité de la personne physique en droit privé*, Thèse de doctorat en droit et de sciences économiques, Université de Limoges, Présentée et soutenue le 1^{er} octobre 2004.
- DUVAL-ARNOULD D. et M.**,
 - *Droits et santé de l'enfant*, Paris, Masson, coll. Droit médical pratique, 2002, 244 p.
 - *Le corps de l'enfant : sous le regard du droit*, Paris, LGDJ, coll. Bibliothèque de droit privé, 1994, 331 p.
- EL HANAOUI-ATIF H.**, *Le signalement des maltraitances à enfants par les médecins généralistes*, Thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine de Grenoble, Présentée et soutenue le 11 juin 2012.
- ENSELLEM C.**, *Naître sans mère ? Accouchement sous X et filiation*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, coll. Le sens social, 2004, 308 p.
- FEUILLET-LIGER B.** (dir.),
 - *Adolescent et acte médical, regards croisés. Approche internationale et pluridisciplinaire*, Bruxelles, Bruylant, coll. Droit, bioéthique et société, 2011, 352 p.
 - *Procréation médicalement assistée et anonymat. Panorama international*, Bruxelles, Bruylant, coll. Droit, bioéthique et société, 2008, 318 p.
- FLORIOT R., COMBALDIEU R.**, *Le secret professionnel*, Paris, Flammarion, 1973, 300 p.
- FRANCOZ-TERMINAL L.**, *La capacité de l'enfant dans les droits français, anglais et écossais*, Berne, Stämpfli, coll. Droit européen de la famille, 2008, 557 p.
- FRISON-ROCHE M.-A.**, *Secrets professionnels*, Paris, Autrement, coll. Essai, 1999, 255 p.

FULCHIRON H., SOSSON J., *Parenté, filiation, origines. Le droit et l'engendrement à plusieurs*, Bruxelles, Bruylant, 2013, 365 p.

GIL-ROSADO M-P., *Les libertés de l'esprit de l'enfant dans les rapports familiaux*, Paris, Defrénois, Doctorat & Notariat, Tome 22, 2006, 363 p.

GIUDICELLI-DELAGE G., LAZERGUES C., *La minorité à contresens : enfants en danger, enfants délinquants*, Paris, Dalloz, coll. Les sens du droit : débat, 2014, 425 p.

GRAND E., HERVE C., MOUTEL G., *Les éléments du corps humain, la personne et la médecine*, Paris, L'Harmattan, coll. L'éthique en mouvement, 2006, 231 p.

GRECO C., *Repérage et prise en charge de la maltraitance faite aux enfants par les internes en médecine générale*, Thèse de doctorat en médecine, Université Paris XI, Présentée et soutenue le 8 janvier 2013.

GRILHOT-BESNARD M.-O.,

- *Secret professionnel et travail social : garantir le respect des droits des usagers*, Montrouge, ESF, coll. Actions sociales, 2016, 176 p.

- *Le secret professionnel. Droit, déontologie et pratiques*, Issy-Les-Moulineaux, ESF, coll. Mémentos du travail social, 2013, 143 p.

GRUBERT C., *Atteintes sexuelles sur enfants mineurs*, Paris, Association des Psychiatres du secteur infanto-juvénile, 2001, Tome 2, 149 p.

GUTMANN D., *Le sentiment d'identité. Étude de droit des personnes et de la famille*, Paris, LGDJ, coll. Bibliothèque de droit privé, 2000, 520 p.

HAUKSSON-TRESH N., *Le corps de l'enfant*, Thèse Dact., Strasbourg, 1996, 513 p.

HOERNI B., BENEZECH M., *Le secret médical : confidentialité et discrétion en médecine*, Paris, Masson, coll. Abrégés, 1996, 112 p. 118.

IPPOLITO M.-M., *Image, droit d'auteur et respect de la vie privée*, Paris, L'Harmattan, 2006, 206 p.

JEREZ C., *Le juge des enfants : entre assistance, répression et rééducation*, Paris, Sofiac, 2001, 648 p.

JESTAZ Ph., *L'urgence et les principes classiques de droit civil*, Paris, LGDJ, coll. Bibliothèque de droit privé, tome 87, 1968, 331 p.

JOUANNET P., *Procréation, médecine et don*, Paris, Lavoisier, coll. L'homme dans tous ses états, 2e éd., 2016, 337 p.

KAYSER P., *La protection de la vie privée par le droit : protection du secret de la vie privée*, Paris, Economica, Presses universitaires d'Aix-Marseille, 3^e éd., 1995, 605 p.

KHAIAT L., MARCHAL C., *Enfance dangereuse, enfance en danger ? L'appréhension des écarts de conduite de l'enfant et de l'adolescent*, Ramonville-Sainte-Agne, Erès, enfances & parentalité, 2007, 272 p.

LAMBERT P., *Le secret professionnel*, Bruxelles, Bruylant, 2^e éd., 2005, 369 p.

LEMAIRE F., OUTIN H., RAMEIX S., *Nouveaux droits des patients, Journée d'éthique médicale Maurice Rapin*, Médecine-Sciences Flammarion, 2002, 71 p.

LEMOULAND J.-J. (dir.), *La condition juridique du mineur. Aspects internes et internationaux. Questions d'actualité*, Paris, Litec, coll. Juris Classeur, 2004, 135 p.

LESOURD S., PETITOT F., *Protéger l'enfant en danger : une pratique des conflits*, Ramonville-Sainte-Agne, Erès, Les recherches du Grape, 1994, 224 p.

MARGAINE C., *La capacité pénale*, Thèse dactyl., Bordeaux, 2011, 539 p.

MARTIN R., *Déontologie de l'avocat*, Paris, LexisNexis, coll. Droit & professionnels, 11^e éd., 2013, 300 p.

MATHIEU G., ROMMELAERE C., *Le secret professionnel. Petit guide à l'usage du personnel hospitalier*, Namur, Les éditions namuroises, 2012, 66 p.

MAURY L., *Le développement de l'enfant*, Paris, PUF, coll. Que sais-je ?, 2008, 128 p.

NEIRINCK C.,

- *La famille que je veux, quand je veux ? : Évolution du droit de la famille*, Ramonville-Sainte-Agne, Erès, 2003, 200 p.
- *La protection de l'enfant contre ses parents*, Paris, LGDJ, coll. Bibliothèque de droit privé, 1984, 453 p.

NEIRINCK C., *La protection de la personne de l'enfant contre ses parents*, Paris, LGDJ, coll. Bibliothèque de droit privée, 1984, 453 p.

PEDRON P., *Droit et pratiques éducatives de la Protection judiciaire de la jeunesse : mineurs en danger, mineurs délinquants*, Paris, Gualino, Fac universités manuel, 2008, 2^e éd, 810 p.

PEDROT Ph. (dir.), *Ethique, droit et dignité de la personne : Mélanges Christian Bolze*, Paris, Economica, 1999, 427 p.

PERRIN J., *Les agressions et atteintes sexuelles en droit pénal français - contribution à l'étude des incriminations et de leur régime*, Thèse de doctorat en droit et sciences politiques, présentée et soutenue le 19 décembre 2012 à l'Université Montpellier I.

PORTES L., *A la recherche d'une éthique médicale*, Paris, PUF Masson, 1954, 212 p.

QUENESSON C., *Mineur et secret*, Thèse de doctorat en droit, spécialité droit privé et sciences criminelles, Université de Bordeaux, présentée et soutenue le 11 décembre 2017.

RENUCCI J.-F., *Droit européen des droits de l'homme. Droits et libertés fondamentaux garantis par la CEDH*, Paris, éd. LGDJ Lextenso, coll. Manuel, 2017, 7^e éd., 552 p.

ROSENCZVEIG J.-P., VERDIER P., *L'enfant délinquant et la justice*, Paris, éd. ASH, coll. ASH professionnels, 2016, 357 p.

ROSENCZVEIG J.-P., VERDIER P., DAADOUCHE C., *Le secret professionnel en travail social et médico-social*, Paris, Dunod, coll. Santé sociale, 2016, 180 p.

SAENKO L., *Le temps en droit pénal des affaires*, Thèse de doctorat en droit, dir. B. BOULOC, Paris I, Présentée et soutenue le 2 décembre 2008.

SELLES L.,

- *Le secret professionnel à l'hôpital*, Paris, Ed. MB Formations, coll. Droit, Mode d'emploi, 2003, 96 p.

- *Le secret professionnel et le signalement*, Paris, MB Édition, coll. Droit Mode d'emploi, n°17, 2003, 80 p.

SERRE D., *Les coulisses de l'État social : enquête sur les signalements d'enfants en danger*, Paris, Raisons d'agir, Cours et travaux, 2009, 310 p.

SICARD D., *L'éthique médicale et la bioéthique*, Paris, PUF, coll. Que sais-je ?, 2017, 128 p.

SOUTOUL J.-H., *Le médecin face à l'assistance à personne en danger et à l'urgence : jurisprudence française sur la non-assistance du médecin, droit médical international, l'organisation des secours d'urgence*, Paris, Maloine, 1991, 317 p.

STEFANI G., LEVASSEUR G. & al., *Criminologie et science pénitentiaire*, 2^e éd., Paris, Dalloz, 1970, n° 53, p. 52.

SUDRE F.,

- *Les grands arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme*, Paris, PUF, coll. Thémis droit, 8^e éd., 2017, 967 p.

- *Droit européen et international des droits de l'homme*, Paris, PUF, coll. Droit fondamental, 13^e éd., 2016, 1006 p.

TARDIEU A., « Étude médico-légale sur les sévices et les mauvais traitements exercés sur les enfants », *Ann. hyg. publ. med. Leg.*, 1860, n° 13, p. 361-398

TÉREL J., *Les figures de la maternité*, Thèse dactyl., Bordeaux, 2016, 754 p.

VERDIER P., DUBOC M., *Retrouver ses origines : l'accès au dossier des enfants abandonnés*, Paris, Dunod, coll. Enfances, 2^e éd., 2002, 234 p.

VERDIER P., EYMENIER M., *La réforme de la protection de l'enfance*, Paris, Berger-Levrault, 2^e éd., 2012, 202 p.

VERDIER P., MARGIOTTA N., *Le droit à la connaissance de son origine : un droit de l'homme, Pour en finir avec l'accouchement sous X et le secret de la filiation*, Paris, éd. Jeunesse et droit, 2002, 104 p.

VERDIER P., NOE F.,

- *L'aide sociale à l'enfance*, Paris, Dunod, coll. Guides de l'action sociale, 2013, 437 p.

- *Guide de l'aide sociale à l'enfance*, Paris, Dunod, coll. Guides d'action sociale, 6^e éd., 2008, 525 p.

VERDIER P., ROSENCZVEIG J.-P., *L'enfant en danger et la justice, 2015 : l'assistance éducative en 100 questions-réponses*, Rueil-malmaison, Wolters Kluwer, coll. ASH professionnels, 2015, 319 p.

VIGOUROUX C., *Déontologie des fonctions publiques*, Paris, Dalloz, coll. Dalloz Référence, 2^e éd., 2012, 732 p.

VIVIANA S. et WINCKLER M., *Les droits du patient*, Paris, Fleurus, coll. Soigner, 2007, 396 p.

ZORN-MACREZ C., PY B., LAMBERTERIE I., *Données de santé et secret partagé : pour un droit de la personne à la protection de ses données de santé partagées*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, coll. Santé, qualité de vie et handicap, 2010, 502 p.

§ 3 : ARTICLES ET CHRONIQUES

ALFANRADI E., « Secret professionnel de l'assistante sociale et témoignage en justice », *RDSS*, 1978, p. 100.

ALT-MAES F.,

- « Esquisse et poursuite d'une dépenalisation du droit médical », *JCP G.*, 2004, I, 184, n° 6.

- « Les deux faces de l'information médicale : vers un nouvel équilibre des relations médecin-malade après la loi du 4 mars 2002 ? », *Gaz. Pal.*, 2003, n° 350, p. 3.

- « Un exemple de dépenalisation : la liberté de conscience accordée aux personnes tenues au secret professionnel », *RSC*, 1998, p. 301.

- « Le discernement et la parole du mineur en justice », *JCP G.*, 1996, I, 3913.

ALT-MAES F., LEREBOURS B., « Le secret médical à l'occasion des signalements », *RGDM*, 2012, n°43, p. 29.

AMBROISE-CASTEROT C., « Les infractions parentales », *D.* 2013, p. 1846.

ARDEEF I., « Le droit pour une mineure d'accoucher sous X », *JCP*, 1997. II. 22759.

AUBIN E., « Procédure d'adoption : responsabilité du département en raison du manquement à l'obligation de discrétion professionnelle ou le risque de ne pas se taire », *AJ. Collectivités territoriales*, 2013, p. 140.

AUBRY A., « Difficultés dans les relations de soin avec un mineur. Les réponses du procureur de la République », *Médecine et droit*, 2011, n° 111, p. 226.

AUDREN F., HALPERIN Jean-J.-L., « La science juridique entre politique et sciences humaines (XIX^{ème}-XX^{ème} siècles) », *Revue d'histoire des sciences humaines*, 2001, n° 4, p. 3-7.

AUTEM D., « La communication entre le juge aux affaires familiales, le juge des enfants et le juge des tutelles », *LPA*, 2010, n° 121, p. 4.

AUTESSERRE M.,

- « Le casier judiciaire des mineurs modifié par les lois Perben du 9 septembre 2002 et du 9 mars 2004 », *JDJ*, 2005, vol. 242, n° 2, p. 25.

- « À quoi sert le casier judiciaire des mineurs », *RSC*, 2003, p. 309.

AVENA-ROBARDET V., « Publication de la loi relative à la protection de l'enfance », *D. Actualité*, 17 mars 2016.

AYOUN P.,

- « Vivre après le chaos incestueux (pas seulement survivre) », *Neur. psy. enf. ado.*, 2008, vol. 56, n° 4-5, p. 269-273.

- « Entre reconnaissance et accueil. Enfants victimes de sévices », *Revue de psychanalyse*, 1992, n° 5, p. 95-105.

BACACHE M., « L'obligation d'information du médecin », *Médecine & droit*, 2005, n° 70, p. 3.

BACACHE-GIBEILI M., « Le secret médical partagé », *Gaz. Pal.*, 2008, n° 365, p. 44.

BAIRD K., KRACEN, A.-C., « Vicarious traumatization and secondary traumatic stress : A research synthesis ». *Counselling Psychology Quarterly*, 2006, 19(2), 181-188.

BAILACHE M., BENBELAID-CAZENAVE S. DELCROIX Chantal, GOUTTENOIRE A., HIQUET J., LE BOURGEOIS-DEHAIL K., PILLET P., *Programme de @learning : le médecin acteur de la protection de l'enfance en Gironde, mai 2017*,

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

<https://umfcs.u-bordeaux.fr/documents/formations/formations-en-ligne/le-medecin-acteur-de-la-protection-de-l-enfance-en-gironde/flyer-soiree-presentation.pdf>

BALSSA N. (dir.), « Intérêt de la présence et du rôle d'un psychiatre au sein d'un réseau d'écoute de la maltraitance des personnes âgées », *Gérontologie*, 1999, 110, p. 8-9.

- BARBIER G.**, « La pratique bordelaise de l'audition de l'enfant », *AJ fam.*, 2012, p. 498.
- BARRAU Patrick, HORDERN François**, « Histoire du droit du travail par les textes, tome 1, De la Révolution à la 1^{ère} Guerre Mondiale », *Cahiers de l'Institut régional du Travail*, n° 8, 3^e trimestre 1999, p. 232.
- BATTEUR A.**, « L'interdit de l'inceste, principe fondateur du droit de la famille », *Revue trimestrielle de droit civil*, 2000, p. 759 et s.
- BAUDOIN J.-M.** « Le juge est-il obligé de persécuter les parents dont il protège l'enfant ? » *Lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2001/2, n° 44, p. 73-78.
- BEDI G., GODDARD C.**, « Intimate partner violence: What are the impacts on children ? » *Australian Psychologist*, 2007, 42(1), p. 66-77.
- BEGLE A.** (dir.), « Predicting child abuse potential : an empirical investigation of two theoretical frameworks », *Child Adolesc Psychol.*, 2010, 39 (2), p. 208-219.
- BEIGNIER B.**, « De l'enfant roi » au « parent roi ? » *Dr. Fam.*, 2012, repère 1.
- BELINGA O.**, « Brisez le silence avant qu'il ne vous brise ! » *AJ Fam.*, 2010, p. 520.
- BELLAÏCHE M., JUNG C., REY-SALMON C.**, « Agressions et mutilations sexuelles ». In C. REY-SALMON, C. ADAMSBAUM (dir.), *Maltraitance chez l'enfant*, Paris, Lavoisier éditeurs, 2013, p. 94-108.
- BENEJAT-GUERLIN M.**, « Que reste-t-il de la protection pénale du secret médical ? » *AJ pén.*, 2017, p. 368.
- BENAROUS X., CONSOLI A., RAFFIN M., COHEN D.**, « Abus maltraitance et négligences (1) : épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2014, n° 62, p. 299.
- BENEJAT-GUERLIN M.**, Que reste-t-il de la protection pénale du secret médical ? *AJ pén.*, 2017, p. 368.
- BENETEAU M.**, « Le secret professionnel, un rempart pour l'intime ou un secret de Polichinelle ? » in *L'intime au travail, Empan* 2010/1, n° 77, p. 31.
- BENILLOUCHE M.**, « Secret médical et dénonciation en matière pénale : un régime juridique à repenser... », *RDS*, n° 43, p. 504.
- BERDEAUX-GACOGNE F.**, « La discrète reconnaissance du 'parent social' », *AJ fam.*, 2013, p. 346.
- BERGOIGNAN-ESPER C.**, « La confidentialité des informations de santé peut-elle tenir face à la protection d'autres intérêts légitimes ? Le respect du secret médical dans la législation de notre pays : réalité ou illusion ? », *D.*, 2008, p. 1918.

BERLEAUD C., « Condamnation d'un médecin pour omission d'empêcher la maltraitance de personnes âgées », *La Gazette du Palais*, Lextenso-Edition, 2013, n° 311.

BERNHEIM-DESVAUX S., « La relation de soin », », *Médecine et droit* 2011, n° 111, p. 221.

BESSON S., « La vulnérabilité et la structure des droits de l'homme, L'exemple de la jurisprudence de la Cour européenne », in L. BURGORGUE-LARSEN (dir.), *La vulnérabilité saisie par les Juges en Europe*, Paris, éd. Pedone, Collection Les Cahiers européens, 214 p.

BERNIGAUD S.,

- « Du signalement à la prise en charge des mineurs en danger : statut quo ou clarification du dispositif fonctionnel de protection de l'enfance ? », *RDSS*, 2007, p. 9.

- « Les enjeux de la réforme de la protection de l'enfance », *Dr. fam.*, 2007, étude 23.

- « La conciliation des impératifs judiciaires et du travail social à la lumière du Code pénal », *RDSS*, 1995, p. 362.

BERTO K.-A., RENEE B., BROISSOIE N., « Intimate partner in later life : an analysis of national news reports », *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 2003, 25(3), p. 230-241.

BIOY X., « La Cour européenne des droits de l'homme et l'assistance médicale à la procréation. Jusqu'ou ne pas aller trop loin ? », in *Mélanges en l'honneur du professeur Claire NEIRINCK*, Paris, LexisNexis, 2015, p. 429.

BLANCHARD B., « Droit à l'assistance d'un avocat pour le bénéficiaire de l'aide juridictionnelle et le mineur poursuivi », *D.*, 2002, p. 852.

BLOCH L., « Dossier santé et protection de l'enfant : Protection de l'enfance et secret professionnel », *AJ fam.*, 2015, p. 269.

BLONDET M., « Le secret professionnel », in M. PATIN *La Chambre criminelle et sa jurisprudence. Recueil d'études en mémoires*, Paris, Cujas, 1965, p. 199.

BLOT M., « La difficile combinaison des textes sur le secret médical et le signalement de la maltraitance », *Médecine et droit*, 1994, n° 7, p. 100.

BOLZE C.,

- « Le refus d'informer : une sanction exceptionnelle en procédure pénale », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 1982, n° 2, p. 311-329.

- « Les secrets paradoxaux », in *Le secret*, Paris, PUF, coll. Que sais-je ?, 1998, p. 86.

BONFILS Ph.,

- « Mineur victime », *JCl. pén. code*, Synthèse 120, 2017.

- « Non-dénonciation de crime », *JCl. pén. code*, art. 434-1 et 434-2, fasc. 20, 2016.

- « Omission de témoigner en faveur d'un innocent », *JCl. pén. code*, art. 434-11, fasc. 20, 2014.

- « L'évolution de la protection pénale de l'enfant victime », *Dr. fam.*, 2014, p. 10.

- « Non-dénonciation de mauvais traitements à un mineur de quinze ans ou à une personne vulnérable », *JCl. pén. code*, art. 434-3, fasc. 20, 2011.

- « La loi n° 2010-121 du 8 février 2010 tendant à inscrire l'inceste commis sur les mineurs dans le Code pénal et à améliorer la détection et la prise en charge des victimes d'actes incestueux », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 2010, p. 462.

- « Entrave aux mesures d'assistance, omission de porter secours » : *JCl. pén. code*, art. 223-5 à 223-7-1, fasc. 20, 2007.

- « Non-information de disparition de mineur de quinze ans », *JCl. pén. code*, art. 434-4-1, fasc. 20, 2007.

- « Présentation de la loi n°2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance », *RJPF*, 2004, p. 26.

BONFILS Ph., GALLARDO E.,

- « Secret des correspondances », *Rép. pén. Dalloz*, 2016.

- « Concours d'infractions » : *Rép. pén. Dalloz*, 2015.

BONFILS Ph., GOUTTENOIRE A.,

- « Droit des mineurs », *D.*, 2017, p. 1727.

- « Droit des mineurs », *D.*, 2016, p. 1966.

- « Droit des mineurs », *D.*, 2015, p. 1919.

- « Droit des mineurs », *D.*, 2014, p. 1787.

- « Droit des mineurs », *D.*, 2013, p. 2013.

- « Droit des mineurs », *D.*, 2012, p. 2267.

- « Droit des mineurs », *D.*, 2011, p. 1995.

- « Droits de l'enfant », *D.*, 2010, p. 1904.

BONNET A., « Les infractions familiales et leur constitutionnalité », *AJ fam.*, 2012, p. 603-606.

BONNET C., « Responding to child maltreatment : French physicians under fire », *The Lancet*, Feb. 21, 2009, vol. 373, n° 9664, p. 630.

BONNEFOY A., « La répression des crimes et délits commis contre les enfants », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 1951, n° 4, p. 601-618.

BONIN-GUILLAUME S., « Maltraitance, intérêt d'une approche criminologique », *Gérontologie*, 1999, 110, p. 6-7.

BONOMI A.-E., ANDERSON ML., REID RJ. & al., « Intimate partner violence in older women », *The Gerontologist*, 2007, 47(1), p. 34-41.

BOULOC B.,

- Abus de confiance, *RTD com.*, Paris, Dalloz, 2015, p. 764.
- Démarchage à domicile. Domaine d'application, *RTD com.*, Paris, Dalloz, 2005, p. 620.
- Protection des consommateurs. Abus de faiblesse, *RTD com.*, Paris, Dalloz, 2005, p. 620.

BOURGEOIS M., BOUNEDJOURN A., « Les impacts de la loi pour une République numérique », *JCP E*, 2016. 1683.

BOURRAT-GUEGUEN A., « Atteintes à l'enfant : la maltraitance à enfant », in P. MURAT, *Droit de la famille*, Paris, Dalloz, 7 **AUBUSSON DE CARVALAY B.** (dir.), *Les statistiques de la délinquance, in France, portrait social*, Paris, La Documentation française, p. 150. éd., 2016, p. 1985, n° 612 s.

- « Administrateur *ad hoc* du mineur : reddition sans condition de la Cour de cassation », *Dr. fam.*, 2006, étude n° 28.

BROUCHOT J., « La loi du 13 avril 1954 relative à la répression des crimes et délits contre les enfants », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 1955, n° 1, p. 1-17.

BUFFETEAU P., « La parole et le silence des travailleurs sociaux », *Médecine & droit* 1995, n° 14, p. 4.

BUI-XIANS O., « Les secrets de l'administration », *Revue de droit public*, 2012, n° 4, p. 1119.

BURGORGUE-LARSEN L. (dir.), La vulnérabilité saisie par les Juges en Europe, *Cahiers Européens*, 2014, n° 7, p.11-16.

BYK C., « La levée de l'anonymat du don de gamètes. Une mesure modeste et équilibrée », *JCP*, 2010. 1135.

CALLAHAN D., « The vulnerability of the human condition », In P.KEMP, J. RENDTORFF, N. MATTSSON JOHANSEN (dir.), *Bioethics and biolaw, volume II : Four ethical principles*, Copenhagen, Rhodos International Science and Art Publishers and Centre for Ethics and Law in Nature and Society, 2000, p. 115-122.

CAIRE A-C., « L'ultime condamnation de la France par la Cour européenne des droits de l'homme en matière de filiation des enfants issus d'une gestation pour autrui ? », *D.*, 2017, p. 1229.

CAPELIER F., « Réforme de la protection de l'enfance- Présentation générale », *AJ fam.*, 2016, p. 195.

CAPPELLARI A., « L'anonymat, les juges et la loi », *RGDM*, 2013, n°47, p. 29.

CARAYON L., *Interruption volontaire de grossesse et contraception : quel accès à une liberté génésique ?*, in HENNETTE-VAUCHEZ S., PICHARD S. et ROMAN D. (dir.), *La loi et le genre, Études critiques de droit français*, CNRS éditions, 2014, p. 107-126, spéc. p. 121.

- CARIO R.**, « La justice restaurative : vers un nouveau modèle de Justice pénale ? » *AJ pénal*, 2007, p. 373.
- CARRIÈRE C.**, « La levée du secret médical : pandore au royaume de la vérité judiciaire », *RDS*, 2008, n° 21, p. 9.
- CARTIER E.**, « Histoire et droit : rivalité ou complémentarité ? » *Revue française de droit constitutionnel*, 2006, n° 3, p. 509–534.
- CASAGRANDE T.**, « L'accès direct au dossier médical : principes juridiques et réalités pratiques », *Médecine & droit*, 2005, p. 50.
- CASTAGNEDE J.**, « Le Ministère public et le mineur : au-delà de la répression et de la prévention : la protection et la socialisation », in R. NERAC.CROISIER, J. CASTAGNEDE, *La protection judiciaire du mineur en danger. Aspects de Droit Interne et de Droits Européens, collection sciences criminelles*, Paris, L'Harmattan, 2000, p. 105.
- CASTELLA C.**, « L'échange d'informations entre le juge des enfants et le juge aux affaires familiales », *AJ fam.*, 2013, 475.
- CAZAUX C.**, « Aspects juridiques du signalement », *Empan* 2/2006, n° 62, p. 12.
- CEDILE G.**, « Le signalement par le psychologue est-il compatible avec le respect du secret professionnel ? », *AJ pén.*, 2011, 579.
- CERMOLACCE A.**, « Les contrats du mineur », *Dr. fam.*, 2006, n° 6, Étude 27.
- CHABAS F.**, « L'information en matière pédiatrique », *Gaz. Pal.* 6 mai 2004, n° 127, p. 20.
- CHALLE B.**, « Action publique. Prescription », *JCl. pr. pén.*, code, art. 7 à 9, fasc. 20, 2017.
- CHALON G.**,
- « L'article 40 du Code de procédure pénale à l'épreuve du statut général de la fonction publique », *AJ Fonctions publiques*, 2004/1, p. 27.
 - « Le fonctionnaire et l'article 40 du Code de procédure pénale : nature et portée de l'obligation de dénoncer », *AJ Fonctions publiques*, 2003/6, p. 31.
- CHAMBRY F.**, « Pourquoi il faut défendre l'autonomie professionnelle, et jusqu'où, » in B. MAS F. PIERRU & al. (dir.), *L'hôpital en réanimation*, Paris, Éditions du Croquant, 2011, p. 107-111.
- CHAMBRY J.**, « Regard d'un psychiatre sur le processus psychique de la radicalisation », *Rhizome*, 2016, n° 59, p. 74-77
- CHAPMAN A., CARBONETTI B.**, « Human rights protections for vulnerable and disadvantaged groups : the contributions of the UN Committee on economic social and cultural rights », *Human Rights Quarterly*, vol. 33, n° 3, août 2011, p. 725.

CHAPON-CROZET N., « De la maltraitance à la bienveillance institutionnelle », *EMPAN*, 2006,2, n° 62, p. 122-126.

CHAPONNAIS M., « Le signalement : parcours et obstacles », *Empan* 2006/2, n° 62, p. 34.

CHEYNET DE BEAUPRE A., « Signalement et situation de maltraitance par les professionnels de santé : loi du 5 novembre 2015 », *Revue juridique personne et famille*, 2015, n°12, p. 37.

CHOMIENNE C., GUERY C., « Secret, révélation, abstention ou les limites de la liberté de conscience du professionnel dans le nouveau Code pénal », *D.*, 1995, p. 85.

COINCON Y., « Les enjeux du secret dans la prise en charge des enfants victimes », *Psychothérapies* 3/2002, vol. 22, p. 153.

COLLIN E., « La loi relative à l'information de l'administration par l'autorité judiciaire et à la protection des mineurs : regard pratique un an après », *JCP*, 2017, n° 23, p. 21.

CONTAMINE-RAYNAUD M., « Le secret de la vie privée », in Y. LOUSSOUARN, P. LAGARDE, (dir.), *L'information en droit privé, travaux de la conférence d'agrégation*, Paris, LGDJ, Bibliothèque de droit privé, 1978, p. 401.

CONTE Ph., « La loi sur la prévention de la délinquance (loi n°2007-297 du 5 mars 2007) : présentation des dispositions de droit pénal », *Dr. pén.*, n° 5, mai 2007, Étude 7.

CONTIS M., « La nature du secret médical », *Médecine & droit* 2000, p. 22.

CORMIER M., « La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, introduction », *RDSS*, 2002, p. 641.

CORNU G., « L'âge civil », in., *Mélanges en l'honneur de Paul ROUBIER*, Librairie Dalloz & Sirey, 1961, T.1, p. 9.

CORPART-OULERICH I., « Le secret des origines », *RDSS*, 1994, p. 1.

COSTE F.-L., *Le sexe, la loi pénale et le juge ou évolutions d'un principe séparateur instituant l'altérité*, Paris, Dalloz, 1997, p. 179 et s.

COURBE P., GOUTTENOIRE A., *Droit de la famille* [en ligne], 2017, 7^e éd., Paris, Sirey, 572 p.

COURTIN Ch., « La prescription des infractions contre les mineurs », *AJ pén.*, 2016. 299.

COUTURIER M., « Secret médical et protection des personnes atteintes de troubles psychiques », *RDSS* 2009, p. 277.

COUVRAT P., « Livre II : Les infractions contre les personnes dans le nouveau Code pénal », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 1993, n° 3, p. 469-480.

CREBASSA M., « L'audition de l'enfant par le juge aux affaires familiales et le juge des enfants », *AJ fam.*, 2009, 328.

CRETIN Th., « La preuve impossible ? De la difficulté d'administrer la preuve des infractions dont sont victimes les mineurs : attentats à la pudeur, violences et mauvais traitements », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, mars 1992, n° 1, p. 53-58.

DANIS M., PATRICK D., « Health policy, vulnerability, and vulnerable populations », In M. DANIS, C. CLANCY, L.-R. CHURCHILL *Ethical dimensions of health police*, Oxford, New York, Oxford University Press, 2002, p. 310-334.

DARCY G., Débat : le processus de décentralisation, *AJDA*, 1992, p. 6.

DARSONVILLE A.,

- « Brèves remarques sur le projet de loi contre les violences sexistes et sexuelles », *AJ pénal*, 2017, 532.

- « *Viol, Rép. Pén* », Paris, Dalloz, juin 2011 réactualisé 2016.

- « Le surinvestissement législatif en matière d'infractions sexuelles », in J. DANET, *Justice pénale, le tournant*, Paris, Gallimard, 2006, p. 76.

DECOCQ A., « L'avenir funèbre de l'action publique », in *L'avenir du droit. Mélanges en hommage à François Terré*, Paris, Dalloz, 1999, p. 781.

DEFOORT C., « Regard critique sur le régime pénal applicable aux infractions de nature sexuelle commises contre les mineurs », *Revue pénitentiaire de droit pénal*, n° 4, décembre 2006, p. 763-798.

DEISS A., « Le juge des enfants et la santé des mineurs », *JCP*, 1983. I. 3125.

DEKEUWER-DÉFOSSEZ F.,

- « L'autorité parentale à l'épreuve de la loi Kouchner », *RGDM*, 2004, n° 12, p. 99.

- « Condamnation pour omission de porter secours des professionnels de l'aide sociale à l'enfance qui ne dénoncent pas le viol dont a été victime un enfant par un autre mineur. Inopposabilité au juge des enfants du secret professionnel dans ce cas », *D.*, 1998, p. 305.

DEKEUWER-DÉFOSSEZ F., POULIQUEN E. (dir.), « L'autonomie du mineur », in *Lamy droit des personnes et de la famille*, 2013, n° 472.

DEKEUWER-DÉFOSSEZ F., VAUVILLÉ F., « Droits de l'homme et droit de l'enfant », *D.*, 1988, I, p. 137.

DEKEUWER-DÉFOSSEZ F. et WAXIN A., « La parole ou le silence des professionnels de l'enfance en cas de maltraitance », *D.*, 1992, p. 70.

DELAISI DE PARSEVAL G.,

- « Origines ou histoire ? Plutôt tenter de se construire une identité narrative », *AJ fam.*, 2003, p. 94.

- « Secret et anonymat dans l'assistance médicale à la procréation avec donneur de gamètes », *Médecine & droit*, 1998, n° 30, p. 23.

- « Statut civil de l'enfant et l'accouchement sous X : lettre ouverte aux parlementaires », *JDJ*, 1993, p. 5.

DELMAS-MARTY M., « À propos du secret professionnel », *D.*, 1982, Chron. p. 267.

DELORS G., « Le consentement des mineurs victimes d'infractions sexuelles », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, décembre 2011, n° 4, p. 817-824.

DELOTTE J., MOLINARD C., TRASTOUR C., BONGAIN A., « Délivrance de la contraception d'urgence aux mineures dans les pharmacies françaises », *Gynécologie, Obstétrique, Fertilité* 2008, vol. 36, n° 1, p. 63.

DELPRAT L., « La loi du 2 janvier 2004 relative à la protection de l'enfance et le secret médical », *Gaz. Pal.* 2004, n° 64, p.11.

DESPREZ F., « Preuve et conviction du juge en matière d'agressions sexuelles », in *Archives de politique criminelle*, 2012, 1 n° 34, p. 47.

DESLOGES Ph., « Le juge des enfants en cas d'abus sexuel dans la sphère familiales », *AJ fam.*, 2007. 180.

DE TOUZALIN H., « Le refus de consentement à un traitement par les parents d'un enfant mineur en danger de mort », *JCP*, 1974. I. 672

DETRAZ S., « L'inceste : l'inconnu du droit positif », *Gazette du palais*, 4 mars 2010, n° 63, p. 10.

DISSAUX N., « On ne badine pas avec l'intérêt de l'enfant ! », *Dr. Fam.*, 2014. 93.

DONG X., « Medical implications of elder abuse and neglect », *Clin Geriatr Med.*, 2005, 21, p. 293-313.

DOTTORI S., LESUEUR D., « La place des parents dans la protection de l'enfance, contribution à une meilleure adéquation entre les pratiques et le droit », *Les cahiers de l'ODAS*, Juin 2010.

DREIFUSS-NETTER F., « Feu la responsabilité civile contractuelle du médecin ? » *RCA*, 2002, n° 10, Chron. 17.

DURAND E.,

- « Violences conjugales et parentalité, Protéger la mère, c'est protéger l'enfant », *AJ fam.*, 2013, 276.

- « La vie de l'enfant après la séparation des parents (conflit et violence) », *AJ fam.*, 2010, 18.

DUQUESNE J.-L., « Comment et à qui, mais surtout pourquoi et quoi signaler », in signaler, prévenir, réprimer, *Empan* 2006/2, Erès, n° 62, p. 76.

DUVAL-ARNOULD D., « Minorité et interruption volontaire de grossesse », *D.*, 1999, p. 471.

ECHAPPE O., « Le secret professionnel de l'ecclésiastique », *D.*, 2001. 2606.

ECRÉMENT D., « Le secret médical partagé, secret social partagé : une possibilité ou une obligation ? », *Vie sociale*, 2007, n° 3, p. 123.

EGLIN M., « Secret partagé en protection de l'enfance : Le point sur leur régime juridique depuis les deux lois du 5 mars 2007 », *Enfances & Psy*, 2008/2, n° 39, p. 65.

EUDIER F.,

- « Réforme de l'admission en qualité de pupille de l'État », *AJ fam.*, 2013, p. 462.
- « Le suivi des enfants en danger par la transmission des informations », *RJPF*, 2012, n° 5, p. 25.
- « Un nouveau décret organise la transmission, sous forme anonyme, des informations relatives à un mineur en danger », *RJPF*, 2011, n° 6, p. 33

EUDIER F., CHAMBONCEL-SALIGUE P., « Réforme de la protection de l'enfance : le défi de la coopération », *RJPF*, 2007

EUDIER F., GERBAY N., « Jugement », *Rép. pr. civ. Dalloz*, 2016

EUDIER F., GOUTTENOIRE A., « La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. Une réforme « impressionniste », *JCP G* 2016, n° 16, doct. 479

HYDLE I., « Violence invisible contre les personnes âgées », *Gérontologie et société*, 1990, n° 54, p. 25.

FELITI V.-J. & al., FELITI Vincent J. & al., Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 14, Issue 4, p. 245-258.

Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults, *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 14, Issue 4, p. 245-258.

FENOUILLET D., Le mandat de protection future ou la double illusion, *Répertoire-Deffrénois*, 2009, n° 31, p. 142

FERCOT C., « Circoncision pour motifs religieux : le prépuce de la discorde », *Lettre Actualités Droits-Libertés*, CREDOF, 13 juillet 2012.

FERMAUD L., « L'intérêt de l'enfant, critère d'intervention des personnes publiques en matière de protection des mineurs », *RDSS*, 2011, p. 1136

FERRARI P., « Les droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations ». Commentaire général de la loi n°2000-321 du 12 avril 2000 », *AJDA*, 2000, p. 471.

FILIPPI M.-S., « Suppression du compte Facebook ouvert au nom du mineur », *JCP G.*, 2014. 1091.

FILLETTE L., « L'obligation de porter secours à la personne en péril » *JCP G.*, 1995, I, 3868.

FINKELHOR D., KORBIN J., « Victimization in a nonclinical adult sample », *Child abuse and neglect*, 1988, vol 13, p. 3.

FISHER Bonnie S., REGAN, Sandra L., The extent and frequency of abuse in the lives of older women and their relationships with health outcomes, *The Gerontologist*, 2006, 46(2), p. 200-209.

FLAHERTY E.-G., SEGE R.-D., GRIFFITH J. , PRICE L.-L., & al., From suspicion of physical child abuse to reporting : primary care clinician decision-making, *Pediatrics*, 2008, 122, p. 611-619.

FLAHERTY E.-G., SEGE R.-D., PRICE L.-L., & al., Pediatrician characteristics associated with child abuse identification and reporting : results from a national survey of pediatricians, *Child Maltreatment*, 2006, vol. 11, n° 4, p. 361-369.

FLAHERTY E.-G., SEGE R.-D., Barriers to physician identification and reporting of child abuse, *Pediatric Annals*, 2005, 34(5), p. 349-356.

FLAHERTY E.-G., SEGE R.-D. & al. Assessment of suspicion of abuse in the primary care setting, *Ambulatory Pediatrics*, 2002, 2, p. 120-126.

FORTIER V., LEBEL-GRENIER S. (dir.), Les sentiments et le droit, Rencontres juridiques Montpellier-Sherbrooke (juin 2011), Sherbrooke, éd. *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, 2012.

FRANCOZ-TERMINAL L., « Le nouveau régime de l'audition en justice de l'enfant concerné par une procédure judiciaire », *Dr. fam.*, 2009, Étude 30.

FRISON-ROCHE M.-A. (dir.), « Secret et profession », in M.-A. FRISON-ROCHE, *Secrets professionnels*, Paris, éd. Autrement, coll. Essais, 1999, p. 13.

FULCHIRON H., GOUTTENOIRE A., « Autorité parentale », *Rép. dr. civ. Dalloz*, 2015.

GABEL M., « Famille et signalement : approche historique », *Empan*, 20016, n° 62, p. 23-27.

GABRIEL A., « Le consentement de l'enfant aux actes médicaux, une autonomie chimérique ? », *Gaz. Pal* 2009, n° 328, p. 25.

GALLMEISTER I., « Le principe de coparentalité », *AJ fam.*, 2009, 148.

GARDE-LEBRETON S.,
 - « La représentation de l'enfant victime », *Dr. fam.*, 2006, Étude 33.
 - « L'accès au droit des mineurs : l'exemple du Barreau de Lyon », *AJ fam.*, 2005, 380.

GASTEAU M., « Les mensonges de Florence Aubenas », Article sur le site sur *Village de la Justice*, 2015. <http://www.village-justice.com/articles/MEPRISE-Les-mensonges-Florence,19584.html>

GATTO C., « L'enfant face aux violences conjugales », *AJ fam.*, 2013. 271.

GAUMONT-PRAT H.,

- « Accès aux origines, anonymat et secret de la filiation : commentaire de l'avis n° 90 du CCNE du 26 janvier 2006 », *Médecine & droit*, 2006, n° 78, p. 88.

- « Le principe de l'anonymat dans l'assistance médicale à la procréation et la révision des lois de bioéthique », *Dr. fam.*, 2001, Chron. 2.

- « Le droit à la vérité est-il un droit à la connaissance de ses origines ? », *Dr. fam.*, 1999, Chron. 17.

GAYET J.-C., « Le coût des enquêtes sociales, des expertises et l'impact sur leur qualité », *AJ fam.*, 2013, 471

GEBLER L.,

- « Le juge des enfants et la santé du mineur » in Dossier santé et protection de l'enfant : Protection de l'enfance et secret professionnel, *AJ fam.*, 2015, 315.

- « Les points 'rencontre' », *AJ fam.*, 2013, 171.

- « La place de l'investigation dans le processus de décision en matière familiale : approche comparée des procédures familiales », *AJ fam.*, 2013, 468.

- « L'enfant et ses juges. Approche transversale des procédures familiales », *AJ fam.*, 2007, 390.

GEBLER L., SALVAGE-GEREST P., SANNIER A., « Réforme de la protection de l'enfant », *AJ fam.*, 2016, p. 199.

GENDREL M., « Attentats aux mœurs entre membres d'une même famille », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 1964, p. 32-53.

GHICA-LEMARCHAND C., « La responsabilité pénale de la violation du secret professionnel », *RDSS* 2015, p. 419.

GIACOPELLI M., JOSEPH-RATINEAU Y., « Témoin », *Rép. pr. pén. Dalloz*, 2017.

GILARD-PIOC S., COTTENET J., FRANCOIS-PURSELL I., QUANTIN C., « Estimation de la prévalence des enfants de moins d'un an, hospitalisés en France pour maltraitance physique sur la période 2007-2014 », *BEH*, 15 octobre 2019, n° 26-27, p. 526-532.

GILBERT R., et al., « Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries », *Lancet*, 2009, 373, (9657), p. 68-81.

GIUDICELLI-DELAGE G., « La responsabilité pénale des travailleurs sociaux au regard du nouveau Code pénal », *RDSS*, 1993, p. 708.

GLOWACZ F., et VANNESTE C., (dir.), « Violences conjugales et justice pénale », dossier de la revue *Champ pénal*, 2017, Vol. XIV.

GORZA M., LEON C., LASBEUR L., & al. « État de santé mentale des personnes déclarant des antécédents de violences sexuelles avant l'âge de 15 ans – résultats du Baromètre de Santé publique France 2017 », *BEH*, 15 octobre 2019, n° 26-27, p 540-547.

GOSSELIN P., « La responsabilité des personnels de l'éducation nationale accompagnant des mineures dans des démarches relatives à une contraception d'urgence ou à une intervention volontaire de grossesse », *Lettre d'information juridique* 2008, n° 128, p. 36.

GOSSET C., « Saisie et secret professionnel », *Médecine & droit* 2002, n° 57, p. 9.

GOUTTENOIRE A.,

- « Châtiments corporels : la France doit-elle légiférer ? » [en ligne], *La lettre juridique-Lexbase*, 19 mars 2015, n° 605. Disponible au format PDF en ligne :

<http://www.presentation.lexbase.fr/sites/default/files/publications/n6456bun.pdf>

« Mineur », *Rép. pr. civ. Dalloz*, 2017.

- « La responsabilité du parent qui ne respecte pas les droits de l'autre », *Lexbase Hebdo, éd. Privée*, n° 495 du 26 juillet 2012, n° N3143BTZ.

- « La répression de l'inceste sur mineur », *Médecine & enfance*, 2011, vol. 31, n° 10, p. 431.

- « La protection de l'enfant victime d'inceste par la révélation des faits », *Médecine & enfance* 2011, vol. 31, n° 10, p. 429.

- « Le statut juridique de l'enfant », *Lamy droit civil*, 2011, suppl. n° 87, p. 36.

- « La prise en compte des violences dans le cadre de l'autorité parentale », *AJ fam.*, 2010, 518.

- « Les décisions des parents séparés relatives à l'enfant », *AJ fam.*, 2010, 12.

- « Le domaine de l'article 3-1 de la CIDE : la mise en oeuvre du principe de primauté de l'intérêt supérieur de l'enfant », *LPA*, 2010, n° 2010, p. 24.

- « Le consentement de la femme qui accouche sous X doit être libre et éclairé », *Lexbase* N4397BEL, 2008, n°297.

- « La loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance : à la recherche de nouveaux équilibres », *D.*, 2007. Chron. 1090.

- « Les modes de participation de l'enfant aux procédures judiciaires », *Dr. fam.*, 2006, Étude n° 29.

- « L'enfant dans les procédures judiciaires : un statut en devenir », *AJ fam.*, 2003, p. 368.

- « La réforme imparfaite de la procédure d'assistance éducative », *Dr. fam.*, 2002, Chron. 14.

- « La consécration de la coparentalité par la loi du 4 mars 2002 », *Dr. fam.*, 2002. Chron. 24

GOUTTENOIRE A., GRIS C., MARTINEZ M., MAUMONT B., MURAT P., « La Convention internationale des droits de l'enfant 20 ans après, commentaire article par article », *Dr. fam.*, 2009, comm. n° 25.

GOUTTENOIRE A., GUÉRIN M.-C.,

- « Enfance », *Rép. dr. pén. Dalloz*, 2016.

- « Abandon d'enfant ou de personne hors d'état de se protéger », *Rép. pén. Dalloz*, 2015.

- « Atteintes à l'autorité parentale (Non-représentation de l'enfant-Soustraction de mineur) », *Rép. pén. Dalloz*, 2015.

GOUTTENOIRE A., MURAT P.,

- « La CIDE vingt ans après. Commentaire article par article », *Dr. fam.*, 2009, Études 20.

- « L'intervention d'un tiers dans la vie de l'enfant », *Dr. fam.*, 2003, Chron. 1.

GRANET-LAMBRECHTS F., HILT P., « La parole de l'enfant dans les procédures familiales en Europe », *AJ. fam.*, 2006, p. 456.

GRANET-LAMBRECHTS F., STRICKLER Y., « Droit pour le mineur capable de discernement à être entendu en justice », *JCP*, éd. G. 2005, II, n° 10081.

GRILHOT-BESNARD M.-O., « Le secret professionnel. Droit, déontologie et pratiques, » Issy-Les-Moulineaux, ESF, coll. *Mémentos du travail social*, 2013, 143 p.

GROSSHOLZ C., « La circoncision infantile en cause. À propos de la décision du tribunal de Cologne du 7 mai 2012 », *Revue internationale de droit pénal*, 2012, 3-4, vo. 83, p. 303-517.

GUERY C.,

- « Le défaut de protection de l'enfant par le professionnel », *D.*, 2001, p. 3293.

- « La prescription des infractions contre les mineurs : un nouvel état de lieux », *D.*, 1999, Chron. 38.

- « L'inceste : étude de droit pénal comparé », Paris, Dalloz, 1998, *Chron.*, p. 47-52.

GUESSOUS I, & al. « High prevalence of forgoing healthcare for economic reasons in Switzerland : a population-based study in a region with universal health insurance coverage », *Prev Med.*, 2012, 55, p. 5261-5277.

GUEVEL D., « La famille incestueuse », *Gazette du palais*, 16 octobre 2004, n° 290, p. 2-14.

GUILLET-MAY F., THIEBAUGEORGES O., « Le médecin face aux agressions sexuelles et au viol », *Médecine & droit* 2006, n° 76, p. 35.

GUNN V., HICKSON G.B., COOPER W., « Factors affecting pediatricians reporting of suspected child maltreatment », *Ambulatory Pediatrics*, 2005, n° 5, p. 96-101.

GUYOT F., Politiques pénales, *AJ. Fam.*, 2003, n° 12, p. 407-410.

HAMMARBERG T., « Le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant : ce qu'il signifie pour les adultes », *JDJ*, n° 303, mars 2011, p. 10.

HAUSER J.,

- « Une théorie générale de la protection du sujet vulnérable ? » *Revue Lamy Droit civil*, 2011, n° 83, p. 69.

- « Vulnérable ou protégéable, deux notions à ne pas confondre », *RTD Civ.*, Paris, Dalloz, 2010, p. 761.

- « La protection par l'incapacité des personnes âgées dépendantes », *RDSS*, Paris, Dalloz, 1992, p. 467.

HAYAT J.-M., FRICERO N., « La réforme de l'audition de l'enfant en justice : un subtil équilibre entre l'intérêt supérieur de l'enfant et l'équité du procès », *RJPF*, 2009-10, p. 10.

HELIE S. & al., « Effets à court et à long terme de la maltraitance infantile sur le développement de la personne », *BEH*, 15 octobre 2019, n° 26-27, p.520-524.

HENNION-JACQUET P., « Le paradigme de la nécessité médicale », *RDSS*, 2007, p. 1038.

HENNION-MOREAU S.,

- « Droit disciplinaire. Licenciement délictueux. Représentant du personnel. (CE, 12 avril 1995, Héniau c/ La Fondation « Les orphelins d'Auteuil », requête n°133800) », *RDSS*, 1995, p. 819.

- « Secret professionnel. Obligation de dénonciation. Non-assistance à personne en danger Relaxé. Nouveau code pénal » (T. corr. Le Mans, 29 octobre 1993), *RDSS*, 1994, p. 135

- « Du secret dans l'exercice de la profession des travailleurs sociaux », *RDSS*, 1991, p. 183.

HENNION S., BESNARD E., « Les conditions du partage en matière de prévention de la délinquance », *RDSS*, 2015, p. 409.

HERZOG-EVANS M., « Châtiments corporels : vers la fin d'une exception culturelle ? », *AJ fam.*, 2005, p. 212.

HILGER G., « L'incertaine clarification de la procédure de signalement de maltraitances de mineurs par les professionnels de santé, à propos de la loi n° 2015-1402 », *RGDM*, 2016, n°58, p. 277.

HILT P.,

- « Les enfants artistes de moins de seize ans : un emploi sous haute surveillance », *AJ fam.*, 2006, 136.

- « L'intérêt supérieur de l'enfant, clef de voûte de la protection européenne des relations parents-enfants », *AJ fam.*, 2004, p. 384.

CERF-HOLLENDER A., « L'évolution du champ des immunités familiales en matière pénale », *LPA* 2017, n° 179, p. 56.

HOUSSIN D., « Le secret médical dans les nouvelles pratiques et les nouveaux champs de la médecine », *D.*, 2009, p. 2619.

HUYETTE M., « Accès au dossier ou copie du dossier ? L'assistance éducative hors du droit », *D.*, 2007, p. 552.

HYDLE I., « Violence invisible contre les personnes âgées », *Gérontologie et société*, 1991, n° 54, p. 25.

JONAS C., « Protéger ou trahir ? Réflexion d'un praticien sur les contradictions entre assistance à autrui et secret professionnel », in, *Mélanges en l'honneur de Jean-Henri Soutoul*, Bordeaux, Les Études hospitalières, 2000, p. 133.

JULLIARD M., TIMBART O., « Violences sexuelles et atteintes aux mœurs : les décisions du parquet et de l'instruction », *Bulletin d'information statistique du Ministère de la justice*, mars 2018, n° 160.

JUNIER H., « L'ordre des psychologues : à l'ordre du jour ? » *Le cercle psy*, 2013, n° 2, p.1-2.

JUSTON J., « Les enfants peuvent-ils faire la loi ou dire leurs besoins ? », *AJ fam.*, 2009, 320

KAHN-BENSAUDE I., FAROUDJA J.-M., *Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins*, 2011, n° 15.

KAMKAR C., « Concilier secret professionnel et non-assistance à personne en danger », *Droit, déontologie & soin*, 2004, n° 4, p. 205.

KEMPE CH, SILVERMAN F.-N, & al. « The battered child syndrome », *JAMA*, 1962, 181(1), p. 17-24.

KESSLER G., « Le droit de ne pas être droit », *AJ fam.*, 2017, p. 292.

KIMMEL-ALCOVER A., « L'autorité parentale à l'épreuve de la santé des mineurs : chronique d'un déclin annoncé », *RDSS*, 2005, p. 265.

KOERING-JOULIN R., « Brèves remarques sur le défaut de consentement du mineur de quinze ans victime de viols ou d'agressions sexuelles », in *Le droit pénal à l'aube du troisième millénaire, Mélanges offerts à Jean Pradel*, Paris, Cujas, 2006, p. 389.

KOMPE-TCHAMGOUE A., « Les freins à la révélation de la situation de danger par le professionnel », *Enfances & Psy*, n° 61, p. 151-153.

KOTTOW M.-H., « The vulnerable and the susceptible », *Bioethics*, 2000, 17 (5-6), p. 460-471.

LABORDE J.-P., « Nouveaux droits, nouvelles libertés, nouvelles vulnérabilités ? Quelques exemples notamment en droit international privé », In E. PAILLET, P. RICHARD (dir), *Effectivité des droits et vulnérabilité de la personne*, Colloque Université du Sud Toulon Var, 22-23 novembre 2012, CERC, Toulon, Bruylant, 2014, p. 207-217.

LACASSAGNE A., « La peine de mort et criminalité », *Archives de l'anthropologie criminelle*, 1908, tome XXIII, p. 57-74.

LACHS MARK S., PILLEMER K

- « Abuse and neglect of elderly persons », *The New England Journal of Medicine*, 332 (7), p. 437-443.

- « Elder abuse », *The Lancet*, 2004, 364, p.1263-1272.

LACHS M., WILLIAMS CS, O'BRIEN S, PILLEMER KA, CHARLSON ME., « The mortality of elder mistreatment », *JAMA*, 1998, 280 (5), p. 428-432.

LAFORE R.,

- « Travail social et secret professionnel, un révélateur de l'évolution des modèles professionnels », *RDSS*, 2010, p. 938.

- « Les montages institutionnels de la protection de l'enfance : entre justice et administration », *RDSS*, 2007, p. 15.

LA MESTA M., LEBORGNE J., BARBE E., « Communication de pièces entre le juge aux affaires familiales, le juge des enfants et le juge des tutelles. Présentation du décret n° 2009-398 du 10 avril 2009 », *AJ fam.*, 2009, p. 216.

LAMEYRE X., Du régime pénal spécial appliqué, en France, aux auteurs d'infractions sexuelles, *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, n° 3, juillet-septembre 2002, p. 547 et s.

LAPÉROU-SCHENEIDER B., PHILIPPE C., « Parents, enfants et maltraitance », *AJ fam.*, 2013, p. 570.

LARRIBAU-TERNEYRE V., « Quand le décret du 10 avril 2009 organise la circulation de l'information entre le juge des enfants, le juge aux affaires familiales et le juge des tutelles », *Dr. fam.*, 2009, n° 5, repère 5.

LAVIELLE B., LE MONNIER P.,

- « Polichinelle et son secret : pour en finir avec l'article 11 du Code de procédure pénale », *AJ pén.*, 2009, n° 4, p. 153.

- « Le secret professionnel : quelles évolutions ? », *AJ pén.*, 2009, n°3, p. 153.

LASEK-DURIEZ A., LEAUTE-LABREZE C., « Signes cutanés des sévices à enfants (à l'exclusion des sévices sexuels) », *Annales de dermatologie et de vénéréologie*, 2009, 136, p. 838-844.

LE BOURSICOT M-C., « Du secret absolu au secret relatif », *AJ fam.*, 2003, p. 86.

LECONTE-VOLPERT M., LEGENDRE P., ROY J., « Signaler, est-ce protéger », *Empan* 2006/2, n° 62, p. 105.

LECUYER H., « Audition des enfants : le Juge invité à combler les insuffisances de la loi », *Dr.fam.* 2001, comm. 45.

LE GOAZIOU V., *Le viol, aspect sociologique d'un crime*, Paris, La documentation française, coll. Perspectives de la justice, 2011.

LELIEVRE N., « Maltraitance de la personne âgée, savoir la dénoncer pour mieux la prévenir », *Soins Gérontologie*, décembre 2004, n° 50, p. 35-37.

LE MAGUERESSE C.,

- « La (dis)qualification pénale des ‘violences sexuelles’ commises par les hommes à l’encontre de femmes », in S. HENNETTE-VAUCHEZ, M. PICHARD, D. ROMAN, *Le Genre et la loi*, Recherche CNRS, 2016, p. 223-240.

- Viol et consentement en droit pénal français. Réflexions à partir du droit pénal canadien, *Archives de politique criminelle*, 2012, 1, n° 34, p. 223- 240.

LEMOULAND J.-J.,

- « Absence de responsabilité pour violation du secret médical d'un médecin qui délivre un certificat en vue de l'ouverture d'un régime de protection », *D.*, 2004, p. 1853.

- « L'assistance du mineur, une voie possible entre l'autonomie et la représentation », *RTD civ.* 1997, p. 1.

LEPAGE A.,

- « Droit pénal et conscience », *Dr. pén.*, 1999, Étude n° 1, p. 4.

- « Réflexions sur l'inscription de l'inceste dans le Code pénal par la loi du 8 février 2010 », *La semaine juridique édition générale*, 22 mars 2010, n° 12, Étude 335, p. 609-617.

LEROYER A.-M., Commentaire de la loi du 4 avril 2006, *Revue trimestrielle de droit civil*, 2006, p. 402.

LE RUN J.-L., « Mouvements affectifs et signalement », *Enfance & Psy* 2003/3, n° 23, p. 37.

LETURMY L.,

- « La maltraitance en droit pénal », *RDSS* 2006, p. 981.

- « De l'utilisation des travaux préparatoires pour l'interprétation du nouveau Code pénal, » *Revue Juridique du Centre-Ouest*, n° 14, juillet 1994, p. 24, in J.

LEVASSEUR G.,

- « Non-assistance à personne en péril et manquement à une obligation de dénoncer », *RSC*, 1994, p. 332.

- « Secret professionnel : incrimination, preuves, obligation de dénoncer », *RSC*, 1990, p. 73.

- « Infractions contre les personnes » ; *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, avril-juin 1987, n° 2, p. 425-433

LHULLIER J.-M.,

- « Information préoccupante et signalement : la mise en œuvre des textes issus la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance », *RDSS*, 2010, p. 947

- « Les éléments constitutifs de l'incrimination pénale d'un responsable d'un foyer de l'enfance pour non-assistance à personne en danger », *RDSS*, 2003, p. 128.

- « L'évolution du droit des responsabilités civiles et administratives à l'égard des travailleurs sociaux », *RDSS*, 1993, p. 693.

LITROWNIK A & al., « Exposure to family violence in young at-risk children : a longitudinal look at the effects of victimization and witnessed physical and psychological aggression. », *Journal of Family Violence*, 2003, 18(1), 59-73.

LORVELLEC S.,

- « La maltraitance en question : l'exemple français », *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*, 1998, n° 4, p. 423-435.

- « Le juge et l'inceste, réflexions à partir d'une étude de dossiers judiciaires », *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*, 1990, vol. 43, n° 1, p. 59-82.

MACRON A., « Loi de modernisation de notre système de santé et partage d'informations de données de santé : consécration du secret partagé tous azimuts », *RDS*, 2016, n°74, p. 919.

MAILLARD N., « La vulnérabilité, une nouvelle catégorie morale », Genève, Labor et fides, coll. *Le champ éthique* 2011, n° 56, p.18.

MAISONDIER J., « Dans les méandres du secret professionnel », *Les Cahiers de l'actif*, n° 346-347, p. 155.

MAISONDIEUR J.-M., Fin de vie : démence ou suicide ? *Gérontologie et Société*, 1999, n° 90, p. 84.

MALLEVAEY B., « La parole de l'enfant en justice », *Recherches familiales* 2012/I, n° 9, p. 224.

MALAURIE Ph.,

- « La Cour européenne des droits de l'homme et le droit de connaître ses origines. L'affaire *Odièvre* », *JCP*, 2003. I. 120.

- « Le secret et le droit. Une petite anthologie littéraire », in *Mélanges Christian Mouly*, Paris, Litec, 1998, p. 103.

MALBEC J.-C., *Missions du médecin coordonnateur*, 2019, disponible à : www.ehpad.org.

MALLON I., LE BIHAN-YOUIYOU B., « Médicalisation de la vieillesse : un juste équilibre ? Entretien avec Nicolas FOUREUR », décembre 2013, *Retraite et société*, 2014, 1, n° 67, p.159-168.

MANANGA F., « Juridique-Sanitaire, social et médico-social – Le secret professionnel après la « loi Santé », *Juris. Associations* 2016, n° 545, p. 34.

MANAOUIL C., BENILLOUCHE M., « L'accès aux informations médicales par les autorités judiciaires », *Médecine & droit* 2012, n° 113 p. 49.

MANCIAUX M., « De la maltraitance à la bientraitance », *Actualité et dossier en santé publique*, Juin 2000, 31, p. 63-66.

MARGUENAUD J.6P., *CEDH et droit privé. L'influence de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme sur le droit privé français*, Paris, La documentation française, 2001.

MARMOT M., *The status syndrome : how social standing affects our health and longevity*, London : Bloomsbury Publishings, 2004, 311 p.

MARTIN-LASSEZ J., « L'intérêt supérieur de l'enfant et la famille. États généraux du droit de la famille », *Dr. fam.*, 2007, Étude 4.

MASSIP J., « Quelques remarques à propos de l'audition de l'enfant en justice », *Dr. fam.*, 2010, Étude 22.

MATSOPOULOU H., « Quelques réflexions sur la place des statistiques dans la politique pénale », in B. BOULOC, H. MATSOPOULOU, *Droit pénal et procédure pénale*, 21^e éd., 2018, Paris, Sirey, p. 237-238.

MAUREL O., « Les conséquences des châtiments corporels infligés dans le cadre de l'éducation », *AJ. fam.*, 2005, p. 224-225.

MAYAUD Y.,

- « La condamnation de l'évêque de Bayeux pour non-dénonciation, ou le tribut payé à César... », *D.*, 2001, p. 3454.

- « Des mauvais traitements sur mineurs de quinze ans, et de leurs retombées, en termes de secours et de dénonciation, sur les professionnels de la santé et de l'assistance », *RSC*, 1998, p.

- « Les qualifications relatives aux atteintes sexuelles », *Actualité juridique pénal*, janvier 2004, n° 1, p. 9-13.

- « Les violences non-intentionnelles après la loi du 10 juillet 2000 », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 2001 p. 156-163.

MAYER D.,

« La pudeur du droit face à l'inceste », Paris, Dalloz, 1988, 27^e cahier, *Chron.*, p. 213-215.

« Le nouvel éclairage donné au viol par la réforme du 23 décembre 1980 », Paris, *Recueil Dalloz*, 1981, n° 31, p. 283-285.

« Droit pénal, Travaux de l'Association Henri Capitant, 1981, n° spécial *La protection de l'enfant, journées égyptiennes* 1979, tome XXX, p. 273-289

MÉLIS-MAAS S., « Premiers regards sur la loi réformant la protection de l'enfance », *Dr. fam.*, n° 4, avril 2007, alerte 35.

MOISDON-CHATAIGNER S., « Le partage du secret entre professionnels de la protection de l'enfance », *RDSS*, 2015, p. 403.

MONTANIER J.-C., « Les actes de la vie courante en matière d'incapacité », *JCP*, 1982, I, 3076.

MORACCHINI-ZEIDENBERG S., « L'acte personnel de la personne vulnérable », *RTD civ.*, 2012, p. 21.

MORLET-HAÏDARA L., « Le nouveau cadre légal de l'équipe de soins et du partage des données du patient », *RDSS*, 2016, p. 1103.

MONTAS A., ROUSSEL G., La pénalisation explicite de l'inceste, nommer l'innommable, *Archives de politique criminelle*, 2010, n° 32, p. 289-308.

MORACCHINI-ZEIDENBERG S.,

- « L'autorité parentale et les tiers », *Dr. fam.*, 2010, Étude 7.

- « La personne vulnérable et son enfant », *Dr. fam.*, 2012, Étude 17.

MOUCHENICK Y., « Engagements adolescents. Numéro Identités meurtries, affiliations meurtrières », *Soins*, 2016, 302, p. 1-2.

MOUSSERON P., « Les immunités familiales », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 1998, p. 291.

NASTORG L., « L'administrateur *ad hoc* et la parole de l'enfant dans la procédure pénale : la pratique d'un administrateur *ad hoc* », *AJ pén.*, 2014, p. 16.

NEIRINCK C.,

- « Absence de discernement d'un mineur, procédure d'assistance éducative et choix de son avocat », *Dr. fam.*, n° 2, février 2012, comm. 30.

- « Liberté d'expression contre droit à la vie privée de l'enfant : la liberté d'informer ne justifie pas tout ! », *Dr. fam.*, 2012, comm. 134.

- « L'ambiguïté des visites médiatisées », *Dr. fam.*, 2012, Étude 18.

- « L'enfant, être vulnérable », *RDSS*, 2007, p. 5.

- « Signalement : maltraitance ? », *Empan*, 2006/2, n° 62, p. 28.

- « Une fausse avancée », *JDJ*, 2004/2, n° 232, p. 13.

- « Signaler n'est pas prouver », in *L'enfant, l'adulte, la loi : l'ère de soupçon ?* Ramonville-Saint-Agne, Erès, 2001, p. 85.

- « La dualité de régime de l'administrateur *ad hoc* », *JCP*, 2000. I. 228.

- « Le dispositif légal de protection de l'enfant maltraité : réflexions autour de la loi du 10 juillet 1989 », *LPA*, 1997, n° 29, p. 8.

- « De Charybde en Scylla : l'administrateur *ad hoc* du mineur », *JCP*, 1991. I. 3496.

NICOLAU G., « Victimes d'infractions sexuelles, objets de désir ...mais sujets de droit », *Justice*, décembre 2004, n° 181, p. 9-11.

NIVOSE L.-M., *Des atteintes aux mœurs et à la pudeur aux agressions sexuelles*, Droit pénal, 1995, Chron. n° 27.

NOEL J., SOULE M., « L'enfant « cas social », in S. LÉBOVICI, DIATKINE R, SOULE M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Quadrige, 2004, p. 2337-2364.

PAGET L.-M., GILARD-PIOC S., QUANTIN C., COTTENET J., BELTZER N. « Les enfants victimes de traumatismes crâniens infligés par secouement hospitalisés: analyse exploratoire des données du PMSI », *BEH*, 15 octobre 2019, n° 26-27, p. 533-540.

PEISAH C., SORINMADE O.A., & al., Decisional capacity: toward an inclusionary approach », *Int Psychogeriatr.*, 2013, 25, p. 1571.

PELTIER V.,

- « Révélation d'une information à caractère secret. Conditions d'existence de l'infraction. Pénalités », *JCl. pén. Code*, art. 226-13 et 226-14, 2016, fasc. 20.

- « Révélation d'une information à caractère secret. Justification de la révélation », *JCl. pén. Code*, art.226-13 et 226-14, 2015, fasc.30.

- « Le secret des correspondances », *PUAM*, 1999, 732 p.

PENIN F., « Dépistage et prévention de la maltraitance des personnes âgées », *Soins Gérontologie*, 2012, 17, n° 95, p. 14-15.

PERMINGEAT J.-M., « Les compétences ponctuellement concurrentes du juge des enfants et du juge aux affaires familiales », *AJ fam.*, 2013, 280.

PERRIER J.-B., « L'information de l'Administration par l'autorité judiciaire et la protection des mineurs. Loi n°2016-457 du 14 avril 2016 », *Dr. pén.*, 2016, n° 5, Étude 10.

PETITOT F., « Obligés de dire, obligés de taire, le secret partagé », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence* 1/2009, n° 75, p. 77.

PICHARD M., « L'effectivité de la Convention internationale des droits de l'enfant : question(s) de méthode(s) », *LPA*, 2010, n° 200, p. 7.

PICOT M.,

- « L'avocat de l'enfant », *Dr. fam.*, 2006, n° 7, Étude 37.

- « La participation de l'enfant victime au procès pénal », *AJ fam.*, 2003, p. 373.

PLANTEVIN B., « Les règles de prescription protectrices des mineurs », *Gaz. Pal.* 2015, n°137, p. 8.

PILLEMER K., FINKELHOR D., « The prevalence of elder abus : a random sample survez », *The gerontological Society of America*, 1988, 8, (1), p. 51-57.

PLAMONDON L., « Violence en context d'intimité familial des personnes âgées », *Gérontologie et société*, 2007, 122. cit., p. 168.

PLOTON L., « Pertinence du refus manifesté par les personnes âgées démentes », *in Vieillesse démographique et droit, vers un droit de la vieillesse ?* Paris, Dalloz, 1999, p. 15.

POOLE C., RIETSCHLIN J., « Intimate partner victimization among adults aged 60 and older: an analysis of the 1999 and 2004 General Social Survey », *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 2012, 24(2), 120-137.

POMART-NOMDÉDÉO C., « Droit pénal et droit de la famille », les liaisons dangereuses, *Droit de la famille*, septembre 2010, n° 9, Étude 20.

PONTE C., « L'accès au dossier du patient mineur hospitalisé « Soins pédiatrie-puériculture n° 242, juin 2008, p. 43.

PONTIER J.M.,

- Le droit administratif et la complexité, *AJDA*, 2000, p. 187.
- La simplification, illusion dangereuse, *AJDA*, 2005, p. 345.

PORCHY M.-P., « L'administrateur *ad hoc* en matière pénale », *D.*, 2004, Chron. 2732.

PORTELLIS., « Crimes et délits de famille : l'état du droit », *Cahiers de la sécurité intérieure*, 1997, n° 28, p. 75-99.

POUMARÈDE J., « De l'enfant-objet à l'enfant sujet de droits : une tardive évolution », *in, Le statut du mineur : plus de droits, plus de protections*, Actes du colloque organisé par la Cour de cassation le 10 juin 2011, *LPA* ; 2012, n° 50.

POUSSON-PETIT J., « Le droit à l'anonymat », *in Mélanges dédiés à Louis BOYER*, Toulouse, Presses de l'université des services sociales de Toulouse, 1996, p. 595.

PROTHAIS A., « La dénonciation d'un viol dont est victime un enfant mineur », *D.* 1992, p. 70.

PROUST B., « Le secret lors d'une expertise médicale en général », *RGDM*, 2012, n°43, p. 56.

PY B.,

- « Secret professionnel », *Rép.dr.pén. Dalloz*, 2017.
- « Liberté, identité, maternité : autonomie de la femme enceinte quant aux informations sur son accouchement », *RDS*, 2016, n° 72, p. 588.

- « Nécessité fait loi : le secours à personne en péril prime sur les règles d'organisation administrative », *RDS*, 2016, n° 70, p. 221.
 - « Loi du 5 novembre 2015, secret professionnel et signalement de maltraitance : encore une réformette », *RDS* n° 69, 2016, p. 103.
 - « Urgence médicale, état de nécessité, et personne en péril », *AJ pén.*, 2012, p. 384.
 - « Le secret professionnel et le signalement de la maltraitance sexuelle. L'option de conscience : un choix éthique », *Arch. pol. Crim.*, 2012/1, n° 34, p. 71.
 - « Un médecin sentant la mort prochaine... de l'obligation de porter secours au laisser mourir », in *Mélanges en l'honneur du professeur Gilles Goubeaux*, Paris, Dalloz, LGDJ, 2009, p. 463.
 - « Le secret professionnel : une obligation de se taire », *Juris. associations*, 2008, n° 386, p. 12.
 - « Secret professionnel, le syndrome des assignats », *AJ pén.*, 2004, p. 133.
 - « Le médecin et la protection de la santé des enfants, Urgence et décision médicale », in CASEY J. (dir.), *L'enfant et sa famille*, Juriscompact, 2003, n° 072-28, p. 830.
- RAPOPORT D.**, « De la reconnaissance de la « maltraitance à l'émergence de la « bientraitance », in F. De SINGLY (dir.) *Enfants, adultes, vers une égalité de statuts ?* Paris, Universalis, 2004, 194 p.
- RASSAT M.-L.**, « Inceste et droit pénal », *La semaine juridique*, 1974, I. Chron., 2614.
- RAYMONT G.**,
- « Assistance éducative », *Rép. dr. civ.*, Dalloz, 2017.
 - « La Convention des Nations unies sur les droits de l'enfant », *JCP*, 1990. I. 3451.
- REBUT D.**,
- « Entrave aux mesures d'assistance », *Rép. pén. Dalloz*, 2003, actualisation 2017.
 - « Non-assistance à personne en danger et prescription de l'action publique », *D.*, 1998, p. 399.
- REVERT M.**, « Le juge administratif et le procureur. Contribution à l'étude du champ d'application de l'article 40, alinéa 2 du Code de procédure pénale », *AJDA*, 2003, p. 369.
- REY-SALMON C.**, « Secret médical et personnes vulnérables : le cas du mineur », *D.* 2009, p. 2651.
- RESNICK P.-J.**, « Murder of the newborn : a psychiatric review of neonaticide », *American Journal of Psychiatry*, 1970, vol. 126, n° 10, p. 1414-1420.
- RIAL-SEBBAG E.**, « Vulnérabilité, enfant et recherche médicale », *Médecine et droit* 2011, n°111, p. 231.
- RICŒUR P.**,
- « Autonomie et vulnérabilité », in A. GARAPON *La justice et le mal*, Paris, Odile Jacob, 1997.

- « La prise de décision judiciaire et médicale. Le juste et l'éthique médicale, *Méd. & Droit*, 1999, p. 1. »

RIHAL H.,

- « La violation du secret professionnel par l'aide sociale à l'enfance, un nouveau cas de présomption de faute », *AJDA* 2013. 362

- « Du nouveau sur l'accueil et la protection de l'enfance, commentaire de la loi 2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance », *RDSS*, 2004, p. 433.

ROBERTSON G. B., « Les approches juridiques canadiennes face aux mauvais traitements et à la négligence à l'endroit des aînés », in *Mauvais traitements auprès des personnes âgées : stratégies de changement*, Maclean M. J. (dir.), Pub. Association canadienne de gérontologie, éd. Saint-Martin, Montréal, 1995, p.83.

ROBINE M., « Le secret professionnel du ministre du culte », *D.*, 1982, chr. 221.

ROCA C., « Secret de la confession, secret professionnel et atteintes sexuelles sur mineur », *LPA* 2001, n° 69, p. 10.

ROCHE DOMINGUEZ C., « Le secret médical chez les patients mineurs », *JDJ*, n° 313, mars 2012, p. 25.

ROCHE J., « Violences envers les personnes âgées », *Rev. Prat.*, 2004, 54 (7), p. 742-749.

ROGER P., « Le dossier médical dans les établissements de santé », *Médecine & droit* 2000, n°40, p. 10.

ROMANO H.,

- « Être soignant en contexte terroriste ». Dossier pour la revue *Soins*, 2017, n° 817.

- « Expressions du jeu traumatique », *Annales Médico-Psychologiques*, 2008, 166, p. 702-710.

- « Être un adulte transitionnel ou comment permettre à l'enfant de se dégager de l'impact du trauma, *Revue Dialogue*, 2010, n° 189, p. 121-130.

ROSENCZVEIG J.-P.,

- « La loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant », *JDJ* 2016, n° 353.

- « Les signalements et le secret professionnel », in L. KHAÏAT., *Enfance dangereuse, enfance en danger ?* Ramonville-Sainte-Agne, Erès, 2007, p. 129.

- « Une rénovation de la protection de l'enfance au service des enfants », *AJ fam.*, 2007, p. 57.

ROUGÉ-MAILLART C.,

- « Médecine et vulnérabilité : la relation de soin », *Médecine et droit* 2011, n° 11, p. 217.

- « Le mineur dans la relation de soin. Introduction », *Médecine et droit* 2011, n° 11, p. 218.

ROUGÉ-MAILLART C., SOUSSET N., PENNEAU M., « Influence de la loi du 4 mars 2002 sur la jurisprudence récente en matière d'information du patient », *Médecine & droit*, 2006, n° 77, p. 64.

RUDE-ANTOINE E., « Le droit du patient mineur », *JDJ*, n° 313, mars 2012, p. 19.

SAINT-PAU J.-C., « Jouissance des droits civils, Droit au respect de la vie privée, Régime, Atteinte légitime à la vie privée ». *JCl. civil code*, art. 9, 2016, fasc. 15.

SALVAGE Ph., « Le consentement en droit pénal », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 1991, p. 697-716.

SALVAGE-GEREST P.,
- « Minorité », *JCl. civ. code*, 2016, synthèse 170.
- « Le juge aux affaires familiales (de l'homme-orchestre du divorce à l'homme-orchestre de l'autorité parentale) », *Dr. fam.*, 2003. Chron. 12.

SARCELET D., « L'application de la Convention internationale des droits de l'enfant en droit interne », *RLDC* 2011, supplément n° 87, p. 17.

SAUVAGET D. et SKRZYPEK C., « Secret partagé et préservation de l'intime », *Empan* 2010/1, n°77, p. 58.

SCHOM A.-C., JAMET L., OUI A., « Maltraitance intrafamiliale envers les enfants : définitions d'une notion équivoque », *BEH*, 15 octobre 2019, n° 26-27, p. 514-519.

SCHWARTZ R., « La jurisprudence du Conseil d'État et les droits de l'enfant », *JDJ*, n° 296, juin 2010, p. 37.

SERRE D., « La judiciarisation en actes. Le signalement d'enfant en danger », actes de la recherche en sciences sociales 2001/1-2, n° 136-137, p. 70.

SEUVIC J.-F., « Secret professionnel : article 226-13 et 226-14 du Code pénal », *RSC*, 2004, p. 389.

SICARD D., « Quelles limites au secret médical partagé », *D.*, 2009, p. 2634.

SITTIG J.-S., UITERWAAL C.-S., MOONS K.-G., et al. « Child abuse inventory at emergency rooms », in CHAIN E.-R. rationale and design. *BMC Pediatr.*, 2011, n° 18, p. 11-91.

SORDINO M.-C. (dir.), « L'anticipation de la répression : innovation ou régression ? » Colloque, UMR 5815 « Dynamiques du Droit », Université de Montpellier, 17 juin 2016, publication octobre 2016.

SOULET M.-H., « La vulnérabilité, une ressource à manier avec prudence », in L. BURGORGUE-LARSEN (éd.), *La vulnérabilité saisie par les juges en Europe*, Paris, éd. Pedone, 2014, p. 7-27.

SOUTOUL J.-H., « Le délit de non-assistance à personne en danger : une épée de Damoclès permanente pour le médecin ! », *Médecine & droit* 1993, n° 1, p. 16.

SPITERI P., « L'infraction formelle », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 1966, p. 497-520.

STARLING S., HEISLER K.-W., PAULSON J.F., YOUMANS E., «Child abuse training and knowledge : a national survey of emergency medicine, family medicine, and pediatric residents and program directors», *Pediatrics*, 2009, n° 123, p. 595-602.

SURREL H., « Le juge des droits de l'homme », *Dr. fam.*, 2006, Etude n° 36.

TABUTEAU D., « Le secret médical et l'évolution du système de santé », *D.*, 2009, p. 2629.

TAILLEFAIT A., « Fonction publique de l'État- Obligations des agents publics », *J.Cl. Adm. Fasc.*, 183, 2015.

TAQUET A., « Un enfant maltraité est un enfant dont on bafoue les droits, la santé et le développement », in Santé Publique France, *BEH*, 2019, n° 26-27, p. 512-514.

TÉREL J., « Le rétablissement de l'autorisation de sortie de territoire des mineurs », *Hebdo éd. Privée* n°680 du 15 décembre 2016, n° lexbase N5770BWM.

Thomas P., Hazif C., Pradère C. & Darrieux P. (1996), « Dépendance affective de la personne âgée et abus de faiblesse », *Gaz. Pal.*, 1996, 2, p. 805.

TISSERON S., « Intimité et extimité », *Communications*, n° 88, p. 192-194.

TOUBON J., La défense des droits des personnes âgées : des citoyens comme les autres. Entretien avec Maryvonne LYAZID, réalisé le 10 juin 2014 par Marie MERCAT-BRUNS, *Retraite et société*, 2014, 2, n° 68, p. 143-150.

TOUILLER M., « Étude sur l'injonction de soins », publiée par l'Association régionale de criminologie du Languedoc Roussillon, 2013, 46 p.

TOURET DE COUCY F., « Enfance délinquante », *Rép. dr. pén. Dalloz*, 2017.

TOURETTE F., « L'urgence dans le droit de l'aide sociale, où le serpent qui se mord la queue par nécessité », *RDSS* 2007, p. 386.

VASSALLO B., « La Convention des droits de l'enfant à la Cour de cassation », *JDJ*, n° 296, juin 2010, p. 25.

VERDIER P.,

- « Secret professionnel et partage des informations », *JDJ*, 2007/9, n° 269, p.8.
- « Le choix de l'avocat de l'enfant dans les procédures d'assistance éducative », *JDJ*, 2007/5, n° 265, p. 34.

VERDIER P., DAADOUCHE C., « Loi du 14 mars 2016 : des avancées en demi-teinte pour le dispositif de protection de l'enfance », *JDJ*, 2016, n° 353.

VERDIER P., DOURGON L., « Secret professionnel et travail d'équipe », *JDJ*, 1999, n° 188, p. 38.

VERSPIEREN P., « Malade et médecin, partenaires », *Études* 2005, n° 1, p. 27.

VIDAL J., « Le signalement de la maltraitance est une obligation morale et légale », *RDS*, 2011, n° 42, p. 440.

VIRIOT-BARRIAL D., *Commentaire de la loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises sur les mineurs*, Paris, Dalloz, 2006, Chron., p. 2350 et s.

WARNER-ROGERS J.E., HANSEN D.J., SPIETH L.E., « The influence of case and professional variables on identification and reporting of physical abuse : a study with medical students », *Child Abuse & Neglect*, vol. 20, n° 9, p. 851-866.

ZAGURY Daniel SENON Jean-Louis, « L'expertise psychiatrique pénale en France, un système à la dérive », *L'information psychiatrique*, 2014/8, vol. 90, p. 627-629.

ZEANAH C.-H., SHEERINGA M., «Evaluation of post-traumatic symptomatology in infants and young children exposed to violence», in J.-D OSOFSKY J.D., E. FENICHEL, *Islands of safety. Assessing and treating young victims of violence*, Washington, Zero to Three/National Center for Infants, Toddlers.

§ 4 : RAPPORTS

ALFANDARI A., DEKEUWER-DÉFOSSEZ F., MONÉGER F., VERDIER P., VERKINDT P.-Y., (groupe de travail présidé par), *Affirmer et promouvoir les droits de l'enfant : Rapport du secrétaire d'État à la famille, aux personnes âgées et aux rapatriés*, La Documentation française, 1993.

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTE (ANAES), *Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier du patient : réglementation et recommandations*, Juin 2003.

ASSEMBLEE NATIONALE, *Rapport sur l'action sociale du régime général de sécurité sociale et l'action sociale des collectivités territoriales*, groupe de travail présidé par CARRILLON-COUVREUR M., 2007, n° 3739, p. 19.

ASSEMBLEE NATIONALE, *Rapport sur Lutte contre les violences faites aux femmes*, groupe de travail présidé par GEOFFROY Y., 7 juillet 2009, n° 1799 ? p. 155

BLOCHE P., (groupe de travail présidé par), *Rapport Assemblée nationale n°2832 réalisé au nom de la mission d'information sur la famille et les droits des enfants*, 25 janvier 2006.

BRESSAND M., CHRIQUI-REINECKE M., SCHMITT M., *Promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé*. Rapport de la mission ministérielle, 2011.

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_bientraitance_dans_les_etablissements_de_sante.pdf

CONSEIL DE L'EUROPE,

- Lignes directrices du Conseil de l'Europe sur les stratégies nationales intégrées de protection des enfants contre la violence, 2009.

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur : <http://www.coe.int/fr/web/children/integrated-strategies>

- Rapport pour le Conseil de l'Europe sur *La protection des adultes et enfants handicapés contre les abus*, sous la direction d'Hilary BROWN, janvier 2002.

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

<https://www.senat.fr/rap/r02-339-1/r02-339-17.html>

- Rapport sur les *Violences contre les personnes âgées au sein de la famille*, 1987.

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/maltraitance-des-personnes-vulnerables/article/orientations-prioritaires-de-la-politique-nationale>

CONSEIL D'ÉTAT, *Avis consultatif sur le statut et la protection de l'enfant*, Les études du Conseil d'État, La documentation française, 1991.

CONSEIL D'ÉTAT, Rapport public, *La transparence et le secret dans la vie politique et administrative*, La Documentation française, 1995.

CONSEIL D'ÉTAT, Rapport public, *Réflexions sur la laïcité*, groupe de travail présidé par BELLIVATD E., 2004.

CONSEIL D'ÉTAT, *Avis consultatif sur le projet de loi renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes commises contre les mineurs et les majeurs*, 15 mars 2017.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, *Le praticien face aux violences sexuelles, recommandation pour la pratique clinique*, Document réalisé en 2000, actualisé en 2010 et validé par la Chancellerie, le Ministère de l'Intérieur et le Ministère de la Défense.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, *Les sévices à enfant, Conduite à tenir pour le médecin traitant*, 2000.

CONSEIL NATIONAL POUR L'ACCES AUX ORIGINES PERSONNELLES (CNAOP),

- *Rapport d'activité 2018*, 20 juin 2019, disponible sur le site internet du CNAOP.

- *Les demandes d'accès aux origines personnelles émanant de personnes mineures : l'âge du discernement*, 31 mars 2010.

COUR DE CASSATION, rapport annuel 2009 de la Cour de cassation sur les *personnes vulnérables dans la jurisprudence de la Cour de cassation*, Paris, La documentation française, avril 2010.

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

https://www.courdecassation.fr/publications_26/rapport_annuel_36/rapport_2009_3408/

COUR DES COMPTES, Rapport public thématique - *La protection de l'enfance*, 2009.

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

<https://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-protection-de-l-enfance>

COURTIAL D., Les besoins de sécurité liés au vieillissement de la population. *Vieillir partout en sécurité*, l'affaire de tous, mai 2010.

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000089/index.shtml>

DEFENSEUR des DROITS, protection juridique des majeurs vulnérables, septembre 2016.

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

<https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/publications/rapports/rapports-thematiques/protection-juridique-des-majeurs-vulnerables>

DEFENSEUR des DROITS, Avis du Défenseur des droits du 30 novembre 2017 n° 17-13 du 30 novembre 2017.

DEKEUWER-DÉFOSSEZ F., (groupe de travail présidé par), *Rénover le droit de la famille : propositions pour un droit adapté aux réalités et aux aspirations de notre temps*. Rapport au garde des Sceaux, La Documentation française, Collection des rapports officiels, Septembre 1999,

FABIUS L. (groupe de travail présidé par), *Droits de l'enfant, de nouveaux à conquérir*, Rapport de la commission d'enquête parlementaire sur les droits de l'enfant en France, Assemblée nationale, n°871, 1998, La Documentation française.

FAVARD J., (groupe de travail présidé par), *Dispositif de protection des majeurs*, rapport du groupe de travail interministériel, mai 2010.

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

<http://protection-juridique.creaihd.fr/content/groupe-de-travail-interminist%C3%A9riel-sur-le-dispositif-de-protection-des-majeurs>

GUINCHARD S. (groupe de travail présidé par.) *L'ambition raisonnée d'une justice apaisée.* Rapport au garde des Sceaux, La Documentation française, 2008.

GOUTTENOIRE A. (groupe de travail présidé par), *Quarante propositions pour adapter la protection de l'enfance et l'adoption aux réalités d'aujourd'hui*, avril 2014.

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

<https://www.onpe.gouv.fr/actualite/40-propositions-pour-adapter-protection-lenfance-et-ladoption>

DE RICHEMONT H. *Projet de loi, adopté par l'assemblée nationale, après déclaration d'urgence, portant réforme de la protection juridique des majeurs*, rapport au nom de la Commission des lois du Sénat, n° 212, février 2007.

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

<https://www.senat.fr/rap/106-212/106-2121.pdf>

FAVARD J. *Dispositif de protection des majeurs*, rapport interministériel, mai 2000.

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000686.pdf>

HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), *Rapport d'activité 2014*, p. 22 et fiche mémo « *Maltraitance des enfants : repérage et conduite à tenir* », octobre 2014.

HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), *Rapport sur la maltraitance ordinaire dans les établissements de santé*, groupe de travail présidé par COMPAGNON C., GHADI V., 2010.

HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), *Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement*,

Juillet 2017. [Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-09/fs_1_bebe_secoue.pdf.

HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), *Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur*, mai 2011.

HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), Rapport d'élaboration, *Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir*.

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf.

HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), *Rapport sur le repérage et le signalement de l'inceste par les médecins*, 2011.

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/maltraitance_sexuelle_recommandations_2011-06-30_11-12-0_519.pdf

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE – HCSP, Rapport coordonné par SAMBUC R. sur *Violences et santé*, France, 2004.

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/044000405/index.shtml>

HCE, *Avis pour une juste condamnation sociétale et judiciaire du viol et autres agressions sexuelles*, 5 octobre 2016. [Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

<http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/violences-de-genre/travaux-du-hce/article/avis-pour-une-juste-condamnation>

HOUILLON P., (groupe de travail présidé par), *Rapport fait au nom de la Commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République sur le projet de loi adopté par le Sénat (n°3338), relatif à la prévention de la délinquance*, Assemblée nationale, n° 3436, novembre 2006.

IGAENR-IGSJ, *Rapport conjoint des inspections générales relatif aux propositions pour une amélioration de la communication des informations entre la Justice et l'Éducation nationale*, juillet 2015. Consultable sur internet : <http://www.education.gouv.fr>.

INED, Document de travail n° 229, *Enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles*, janvier 2017, p. 35.

INSEE-ONDRP Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales ; *Enquête de victimation : cadre de vie et sécurité (CVS) 2010-2015*.

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

<https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-cadre-de-vie-et-securite-2017>

INSERM-CERMES, Rapport suite à *l'étude auprès des parquets. Quelles données recueillir pour améliorer les pratiques professionnelles face aux morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an ?*, TURSZ A., GERBOUIN-REROLLE P., ROMANO H., 2005.

ISPCAN - International society for the prevention of Child abuse and neglect,

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

<https://www.ispcan.org/resource-files/french-training-tools/>

KOSKAS A. (dir.), Rapport de la mission sur la maltraitance financière à l'égard des personnes âgées dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux,

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rapports/r0847.asp>

LAGRANGE H., LHOMOND B.(dir.), *Les comportements sexuels des jeunes de 15 à 18 ans : enquête*, éd. Agence nationale de recherche sur le sida, La Documentation française, avril 1995.

MARTIN-BLACHAIS M.-P. (dir.), Rapport pour la Ministre de l'enfance et des droits des femmes, sur la *démarche de consensus sur les besoins de l'enfant en protection de l'enfance*, 28 février 2017.

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

<http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/famille-enfance/article/rapport-demarche-de-consensus-sur-les-besoins-fondamentaux-de-l-enfant-en-danger>

MERCIER M. (dir.), Rapport au nom de Commission des lois du sénat n° 289, sur *protéger les mineurs victimes d'infractions sexuelles*, 7 février 2018.

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

<https://www.senat.fr/rap/r17-289/r17-289.html>

MGEN, Rapport sur *Le traumatisme vicariant : Étude sur une population de chefs d'établissement*, Recherche dirigée par HOREINSTEIN J.-M, 2002.

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

<https://www.fondation-maif.fr/up/pj/rapport-final-traumatisme-vicariant.pdf>

NATIONS UNIES, Assemblée générale, Résolution 54/263 annexant le « *Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant, concernant l'implication d'enfants dans les conflits armés* » du 25 mai 2000.

NAVES P., CATHALA B., DEPARIS J.-M., *Accueil provisoire et placement d'enfants et d'adolescents : des décisions qui mettent à l'épreuve le système français de protection de l'enfance et de la famille, inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des services judiciaires*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère de la Justice juin 2000.

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/004001642/index.shtml>, mars 2018

NOGRIX Ph., Rapport pour le Ministère de la Famille et de l'Enfance, *La protection de l'enfance : sur l'amélioration de la procédure de signalement de l'enfance en danger*, avril 2005.

ODAS, rapport *Sur la création d'un Observatoire de la protection de l'enfance*, sous la direction de CARESCHE C., PANDRAUD R., Paris, La Documentation française, Coll. des Rapports officiels, Janvier 2002, p. 13/

OMS, *La maltraitance des enfants*. [consulté le 10 mai 2019]. Disponible sur :

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/>.

ONED - OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'ENFANCE EN DANGER, *Neuvième rapport au gouvernement et au parlement*, Paris, La documentation française, 2014.

ONPE, Rapport de BRACHET S. et CLEMENT C. pour l'association Jean Coxtet sur la *maltraitance, entre représentations sociales et pratiques professionnels*, 2006.

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/fs_26_brachet_clment.pdf

PILLET F., (groupe de travail présidé par), *Proposition de loi renforçant la protection des victimes et la prévention et la répression des violences faites aux femmes*, Rapport u nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale, n° 564, 17 juin 2010.

RICHEMONT H., Rapport au nom de la Commission des lois du Sénat, n° 212, *sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, après déclaration d'urgence, portant réforme de la protection juridique des majeurs*, février 2007.

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

<https://www.senat.fr/rap/106-212/106-2121.pdf>

ROBERTO B., *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*, 2016, OMS.

RUFFIN M., (groupe de travail présidé par), *Protection de la jeunesse et délinquance juvénile*, Rapport remis au Premier Ministre, La Documentation. Française. 1996/

RUFOT M., JOYEUX H., Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, *Santé, adolescence et familles*, Rapport préparatoire à la Conférence de la famille 2004.

THERY I., LEROYER A-M., *Filiation, origines, parentalité. Le droit face aux nouvelles valeurs de responsabilité générationnelle : rapport remis à la ministre déléguée chargée de la Famille, Ministère des Affaires sociales et de la Santé*, Paris, Odile Jacob, 2014.

TOUBON J., AVENARD G., *Rapport du Défenseur des droits au Comité des droits de l'enfant des Nations-Unies*, 27 février 2015.

TRILLAT B., *L'accouchement anonyme ou secret : les enjeux d'une reconnaissance par le droit civil*, Journée autour de l'enfant, 6 mai 1993, Centre de droit de la famille Lyon, Université Jean Moulin, Actes du Colloque.

UZAN M., *Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescents*, décembre 1998.

VIOUT J.-O. (groupe de travail présidé par), Rapport sur les *enseignements du traitement judiciaire de l'affaire dite "d'Outreau"*, Ministère de la Justice, février 2005.

[Consulté le 27 mai 2019]. Disponible sur :

<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000099/index.shtml>

§ 5 : NOTES, OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS

AFROUKH M.,

- Note sous CEDH, 19 juin 2012, *Kurier Zeitungsverlag und Druckerei GmbH c/ Autriche et Krone Verlag GmbH c/ Autriche*, JCP G., 2012, 836.

- Note sous CE, 16 mars 2011, n° 334289, D., 2011.

AGOSTINI E.,

- Note sous CA Paris, 1^{er} février 1989, D., 1990, p. 48.

- Note sous TGI, 4 mars 1987 et CA Paris, 26 mars 1987, JCP, 1987. II. 20904.

BEIGNIER B.,

- Obs. sous Cass., 1^{re} civ., 14 décembre 1999, n° 97-15.756, D., 2000, p. 372.

- Obs. sous CA Paris, 24 février 1998, D., 1998, p. 225.

BERNIGAUD S., CA Angers, 12 juillet 1994, RDSS, 1995, 362.

BONFILS PH., Obs. sous Cass., crim., 5 décembre 2007, n° 07-80.068, D., 2008, p. 1861.

BONFILS Ph., GOUTTENOIRE A.,

- Obs. sous CE, 9 décembre 2015, n° 386817, D., 2016, 1966.

- Obs. sous CE, 7 mai 2014, n° 359065, D., 2014, 1789.

BONNEAU J., Note sous CA Angers, 12 juillet 1994, *Gaz. Pal.*, 16-18 octobre 1994.

BOULOC B., Obs. sous Cass., crim., 12 janvier 2000, RSC, 2000, p. 813.

BOUZAT P., Note sous Cass., crim., 2 mars 1961, D., 1962, 121.

CARON C., Note sous Cass., 3^e civ., 25 février 2004, D., 2004, p. 1634.

CHENEDE F., Obs. sous Cons. const., 16 mai 2012, *AJ fam.*, 2012, 406.

CONTE Ph., Note sous Cass., crim., 30 octobre 1985, JCP G., 1987. II. 20727.

CRÉPEY E., Concl. sous CE, avis 13 juin 2013, n° 362981, RFDA, 2013, p. 1051.

DAMIEN A., Note sous TGI Caen, 4 septembre 2001, *Gaz. Pal.*, 2001, n° 312, p. 47.

DEKEUWER-DÉFOSSEZ F., Obs. sous Cass., crim., 8 octobre 1997, n° 94-84.801, D. 1998, 305.

DEKEUWER-DÉFOSSEZ F., WAXIN A., Note sous Cass., crim., 24 janvier 1995, n° 93-81.631, D., 1996, 334.

DE MONTECLER M.-C., Obs. sous CE, 26 avril 2017, n° 394651, D., 2017, 987.

DIONISI-PEYRUSSE A., Obs. sous CE, 12 novembre 2015, n°372121, *AJ fam.*, 2015, 639.

DOUCHY-OUDOT M., Obs. sous Cass, 1^{re} civ., 31 mars 2016, n° 15-13.147, *D.* 2017, 470.

DREYER E.,

- Obs. sous Cass., 1^{re} civ., 9 avril 2014, n° 12-29.588, *D.*, 2015, 342.

- Obs. sous Cass., 1^{re} civ., 20 mars 2014, n° 13-16.829, *D.*, 2015, 342.

DUVERT C.,

- Note sous Cass., 1^{re} civ., 6 mars 2001, n° 99-10.928, *D.*, 2002, 248.

- Note sous CA Paris, 29 septembre 2000, RG n° 99-08304, *D.*, 2001, 1585.

EUDIER F.,

- Obs. sous CA Versailles, 11 septembre 2003, RG n° 02/03372, *RJPF*, 2003, n° 12, p. 20.

- Obs. sous CE, 16 mars 2011, n° 334289, *RJPF*, 2011, n° 9, p. 38.

FAVIER Y., Note sous Cass., 1^{re} civ., 23 février 1999, n° 97-15.098 et n° 97-20.514, *JCP G.*, 2001, I, 293, n° 6.

FILIPPI M-S., Obs. sous CA Aix-en-Provence, 2 septembre 2014, RG n° 13/19371, *JCP G.*, 2014, 43.

FULCHIRON H., Obs. sous CA Versailles, 10 octobre 2016, RG n° 15/07061, *Dr. fam.*, 2017, Repère 1

GARÉ T.,

- Obs. sous CA Angers, 26 janvier 2011, RG n°10/01339, *D.*, 2011, 1053.

- Obs. sous CA Paris, 4 octobre 1990, *D.*, 199, 286.

GIUDICELLI. À., Cass., 1^{re} civ., 30 janvier 2001, n° 98-14.368, *RSC* 2001, p. 613.

GOUTTENOIRE A.,

- Obs. sous CEDH, 16 décembre 1999, *T et V c/ Royaume-Uni*, *Dr. fam. comm.*, n° 46.

- Obs. sous CE, 17 octobre 2012, n°348440, *Lexbase Hebdo éd. privée*, nov. 2012, n° 507.

- Obs. sous Cass., 1^{re} civ., 15 mars 2017, n° 16-24.055, *La Lettre juridique*, 2017, n° 695.

- Obs. sous Cass., 1^{re} civ., 20 octobre 2010, *D.*, 2011. *Pan.* 1995.

- Obs. sous Cass., 1^{re} civ., 8 novembre 2005, *Dr. fam.*, 2006, comm., n° 28.

- Obs. sous Cass., 1^{re} civ., 25 octobre 2005, n°03-14.404, *Dr. fam.*, 2006, n° 77.

- Obs. sous Cass., 1^{re} civ., 23 février 1999, n° 97-15.098 et 97-20.514 : *Dr fam.*, 1999, n° 146.

- Obs. sous Cass., Avis, 1er mars 2004, n° 00-40.001, *Dr. fam.*, 2004, comm. 142.

- Obs. sous Cass., 1^{re} civ., 21 novembre 1995, *D.*, 1996, 420.

- Obs. sous CA Nîmes, 20 juin 2012, RG n° 10/02716, *Lexbase Hebdo, éd. Privée*, n° N3143BTL.

GOUTTENOIRE A., SUDRE F.,

- Obs. sous CEDH, 13 février 2013, *Odièvre c/ France*, *JCP*, 2003. II. 10049.

- Obs. sous CEDH, 16 juin 2011, *Pascaud c/ France*, *D.*, 2012, 1432.
- Obs. sous Cons. const., 30 septembre 2011, n° 2011-173, *D.*, 2012, 1432.
- GRANET F.**, obs. sous Cass., 1^{re} civ., 6 avril 2004, n° 03-19.026, *D.*, 2005, Pan. 1748.
- GRIDEL J.-P.**, obs. sous Cass., 1^{re} civ., 20 février 2001, n° 00-81.870, *D.*, 2001, p. 1199.
- GUYON-RENARD I.**, chnon. sur Cass, 1^{re} civ., 31 mars 2016, n° 15-13.147, *D.*, 2016, 1881.
- HAUSER J.**,
 - Obs. sous, CEDH, 13 février 2013, *Odièvre c/ France*, *RTD civ.*, 2003, 276.
 - Obs. CE, 12 novembre 2015, n° 372121, *RTD civ.*, 2016, 334.
 - Obs. sous Cass, 1^{re} civ., 31 mars 2016, n°15-13.147, *RTD civ.*, 2016, 319.
 - Obs. sous Cass., 1^{re} civ., 23 septembre 2015, n° 14-23.724, *RTD civ.*, 2015, p. 861.
 - Obs. sous Cass., 1^{re} civ., 22 octobre 2014, n° 13-24.945, *RTD civ.*, 2015, 117.
 - Obs. sous Cass., 1^{re} civ., 4 novembre 2010, n° 09-15.302, *RTD civ.*, 2011, 116.
 - Obs. sous Cass., 1^{re} civ., 8 juillet 2009, n° 08-20.153, *RTD civ.*, 2009, 710.
 - Obs. sous Cass., 1^{re} civ., 14 juin 2007, n° 06-13.601, *RTD civ.*, 2007, 753.
 - Obs. sous Cass., 1^{re} civ., 27 février 2007, n° 06-14.273, *RTD civ.*, 2007, 327.
 - Obs. sous Cass., 1^{re} civ., 25 octobre 2005, n° 03-14.404, *RTD civ.*, 2006, 103.
 - Obs. sous Cass., 1^{re} civ., 6 avril 2004, n° 03-19.026, *RTD civ.*, 2004, 242.
 - Obs. sous Cass., 1^{re} civ., 22 février 2000, n° 98-12.338, *RTD civ.*, 2000, 558.
 - Obs. sous Cass., 1^{re} civ., 12 décembre 2000, n° 98-21.311, *RTD civ.*, 2001, 329.
 - Obs. sous Cass., 1^{re} civ., 24 octobre 2000, n° 98-14.386, *RTD civ.*, 2001, 126.
 - Obs. sous Cass., 1^{re} civ., 23 février 1999, n° 97-15.098 et n° 97-20.514, *RTD civ.*, 1999, p. 601.
 - Obs. sous Cass., 1^{re} civ., 5 janvier 1999, n°96-19.759, *RTD civ.*, 1999, 814.
 - Obs. sous Cass., 1^{re} civ., 6 octobre 1998, n°96-13.600, *D.*, 1999, 62.
 - Obs. sous Cass., 1^{re} civ., 5 novembre 1996, n°94-14.798, *RTD civ.*, 1997, p. 632.
 - Obs. sous Cass., 1^{re} civ., 4 janvier 1995, *RTD civ.*, 1999, 347.
 - Obs. sous Cass., 2^e civ., 22 mai 1996, *RTD civ.*, 1996, 582.
 - Obs. sous Cass., 2^e civ., 20 novembre 1996, *RTD civ.*, 1997, 112.
 - Obs. sous Cass., 3^e civ., 25 février 2004, *RTD civ.*, 2004, p. 482.
 - Obs. sous Cass., avis, 1er mars 2004, n°00-40.001, *RTD civ.*, 2004, 498.
 - Obs. sous CA Orléans, 14 mars 2011, RG n°09/03895, *RTD civ.*, 2012, 91.
 - Obs. sous CA Angers, 26 janvier 2011, RG n°10/01339, *RTD civ.*, 2011, 236.
 - Obs. sous CA Bordeaux, 27 août 2009, *D.*, 2009, 214.
 - Note sous CA Paris, 14 février 2002, *RTD civ.*, 2002, p. 487.

- Obs. sous CA Paris, 25 avril 2000, *RTD civ.*, 2000, p. 802.

- Obs. sous CA Grenoble, 23 février 1993, *RTD civ.*, 1993, p. 809.

- Obs. sous TA Montreuil, 14 juin 2012, n° 1009924, *RTD civ.*, 2012, 520.

HENNETTE-VAUCHEZ S., note sous TA Paris, 21 septembre 2012, n° 1121183, *ADJA*, 2012. 2115.

HUGUENEY L., Obs. sous Cass., crim., 27 décembre 1960, *RSC.*, 1961, p. 345.

HUYETTE M.,

- Obs. sous Cass., 1^{re} civ., 6 juillet 2005, n° 04-05.011, *D.*, 2005. 2795.

- Cass., avis, 1^{er} mars 2004, n°00-40.001, *D.*, 2004, 1627.

JOURDAIN P., Obs. sous Cass., 1^{re} civ., 5 novembre 1996, n°9 4-14.798, *JCP G.*, 1997. I. 4025.

LAMBERT-GARREL L.,

- Obs. sous Cons. const., 27 juillet 1994, n° 9 4-343/344, *RDS* 2012, n° 49, p. 620.

- Obs. sous CE, 12 novembre 2015, n° 372121, *RDS* 2016, n° 70, p. 233.

LE BOURSICOT M.-C., Obs. sous CEDH, 25 septembre 2012, *Godelli c/ Italie*, n° 33783/09, *RLDC*, 2013, n° 100, p. 35.

LEPAGE A.,

- Comm. sous Cass., crim., 5 septembre 2012, n° 12-90.045, *Communication Commerce électronique*, n° 11, novembre 2012, p.127.

- Note sous Cass., 1^{re} civ., 10 mai 2005, n° 02-14.730, *D.*, 2005. Pan. 2643.

- Note sous Cass., 1^{re} civ., 15 février 2005, n°03-18.302, *D.*, 2005, p. 2644.

- Obs. sous Cass., 2^e civ., 8 juillet 2004, n°03-13.260, *D.* 2005. Pan. 2644.

- Note sous CA Pau, 22 janvier 2001, *D.*, 2002, *Somm.* 2375.

LE ROY M., Note sous CE, 11 février 1972, n° 76799, *D.*, 1972, 426.

LEVASSEUR G.,

- Obs. sous Cass., crim., 17 novembre 1993, *RSC*, 1994, p. 333.

- Obs. sous Cass., crim., 31 mars 1992, n° 92-80.186, *RSC*, 1994. 332.

- Obs. sous Cass., crim., 22 mars 1989, *RSC*, 1989, p. 143.

- Obs. sous CA Pau, 22 janvier 2001, RG n° 99/00051, *D.*, 2002, *Somm.* 2375.

- Note sous CA Lyon, 1^{er} avril 1988, *RSC*, 1990, p. 74.

- T. corr Bordeaux, 27 avril 1977, *RSC*, 1978, 104.

LINDON R.,

- Note sous TGI Paris, 2 juin 1976, *D.*, 1976, 364.

- Note sous Cass., 1^{er} civ., 18 mai 1972, n° 70-13.377, *JCP G.*, 1972. II. 17209.

LOISEAU G.,

- Note sous Cass., 1^{er} civ., 1^{er} juillet 2010, n° 09-15.479, *JCP G.*, 2010. 942.
- Note sous Cass., 1^{er} civ., 7 février 2006, n° 04-10.941, *JCP G.*, 2006, II, 10041.
- Obs. sous Cass., 2^e civ., 4 novembre 2004, n° 03-15.397, *Droit et patrimoine*, 2005, n° 134, p. 130.

MALAURIE Ph., Obs. sous CEDH, 13 février 2013, *Odièvre c/ France*, n° 42326/98, *JCP* 2003. I. 120.

MARGUÉNAUD J.-P.,

- Obs. sous CEDH, 15 janvier 2009, *Reklos et Davourlis c/ Grèce*, *RTD civ.*, 2009, p. 283.
- Obs. sous CEDH, 5 mai 2009, *Menendez Garcia c/ Espagne*, *RTD civ.*, 2009, p. 743.
- Obs. sous CEDH, 10 janvier 2008, *Kearns c/ France*, *RTD civ.*, 2008, p. 252.
- Obs. sous CEDH, 24 juin 2004, *Von Hannover c/ Allemagne*, *RTD civ.* 2004. p. 802.

MARGUÉNAUD J.-P., RÉMY-CORLAY P., obs sous CEDH, 13 juillet 2006, *Jäggi c/ Suisse*, *RTD civ.*, 2006, p. 727.

MARINO L., Obs. sous Cons. const., 18 janvier 1995, n° 94-352, *D.*, 2000, p. 265.

MARON A.,

- Note sous Cass., crim., 15 mai 2000, *Dr. pén.*, 2002, comm. 102.
- Obs. sous Cass., crim., 24 juin 1998, *Dr. pén.*, 1999, comm. n°15.
- Obs. sous CAA Lyon, 18 janvier 2005, RG n° 02LY01374, *Dr. pén.*, 2005, comm. 51.

MASSIP J.,

- Note sous Cass., 1^{er} civ., 22 mai 2002, n° 00-16.305, *Defrénois*, 2002, p. 1477.
- Obs. sous Cass., 1^{er} civ., 16 avril 1991, *Defrénois* 1991, art. 35088, p. 952.
- Obs. sous TGI Angers, 26 avril 2010, RG n° 10/00171, *LPA* 2010, n° 230, p. 9.

MAYAUD Y.,

- Chron. sous Cass., crim., 27 février 2001, n° 00-84.532, *D.*, 2001, p. 3454.
- Obs. sous Cass. crim., 27 novembre 1996, n° 96-83.924, *RSC*, 1997, p. 379.

MIRKOVIC A.,

- Note sous CEDH, 3 novembre 2011, *S. H et a. c/ Autriche*, *AJF.*, 2011. p. 608.
- Note sous Cass., 1^{er} civ., 19 janvier 2012, n° 11-40.089, *Gaz. Pal.*, 22 juin 2012, n° 174, p. 12.

MONÉGER F.,

- Obs sous Cass., 1^{er} civ., 6 avril 2004, n° 03-19.026, *RDSS*, 2004, p. 691.
- Note sous TA Grenoble, 29 mars 2001, *RDSS*, 2001, p. 588.

MOUTOUH H., Obs. sous T. corr. Caen, 4 septembre 2001, *D.*, 2000, chr. 431.

MURAT P.,

- Obs. CE, 25 octobre 2007, *Dr. fam.*, 2008, comm. n° 6.
- Obs. sous CE, 3 juillet 1996, n° 140872, *Dr. fam.*, 1997, comm. n° 9.
- Obs. sous Cass., 1^{er} civ., 17 octobre 2007, n° 07-11.449, *Dr. fam.*, 2007, comm. n° 204.
- Obs. sous Cass., 1^{er} civ., 13 mars 2007, n° 06-12.655, *Dr. fam.*, 2007, comm. n° 125.
- Obs. sous Cass., 1^{er} civ., 7 avril 2006, n° 05-11.285, *Dr. fam.*, 2006, comm. n° 124.
- Obs., sous Cass., 1^{er} civ., 6 avril 2004, n° 03-19.026, *Dr. fam.*, 2004, comm. n° 120.
- Note sous CA Grenoble, 9 juillet 2004, *Dr. fam.*, 2004, comm. n° 141.
- Note sous CA Agen, 14 décembre 1995, RG n°051701, *Dr. fam.*, 1996, comm. n° 5.

NEIRINCK C.,

- Obs. sous CEDH, 10 janvier 2008, *Kearns c/ France*, *RDSS* 2008, 353.
- Obs. sous Cons. const., 16 mai 2012, n° 2012-248, *Dr. fam.*, 2012, n° 7, p. 25.
- Obs. sous Cons. const., 27 juillet 1994, n° 94-343/344, *Dr. fam.*, 2012. 120.
- Obs. sous Cass., 1^{er} civ., 1^{er} juin 2011, *Dr. fam.*, 2011, n° 127.
- Obs. sous Cass., 1^{er} civ., 8 juillet 2009, n° 08-20.153, *RDS*, 2010, 735.
- Obs. sous Cass., 1^{er} civ., 27 juillet 1994, n° 94-343/344, *Dr. fam.*, 2012, 120.
- Obs. sous CA Rennes 25 novembre 2014, RG n° 14/04384, *Dr. fam.*, 2015, comm. 8.
- Obs. sous CA Lyon, 14 octobre 2014, RG n° 13/04353, *Dr. fam.*, 2015, comm. 7.
- Obs. sous CA Douai, 8 janvier 2013, RG n° 12/03506, *Dr. fam.*, 2013, comm. 69.
- Obs. sous CA Metz, 22 janvier 2013, RG n° 11/04085, *Dr. fam.*, 2013, comm. 54.
- Note sous CA Orléans, 14 mars 2011, RG n° 09/03895, *Dr. fam.*, 2011, comm. 171.
- Note sous TGI Nantes, 24 avril 2014, RG n°14/00325, *Dr. fam.*, 2014, comm. 100.

NERSON R., Obs. sous Cass., 2^e civ., 16 mai 1973, n° 72-11.861, *RTD civ.*, 1974. 139.

NIETO A., Obs. sous CE, 17 juin 2015, n° 385924, *RDS*, n° 68, 2015, p. 830.

PENNEAU J.,

- Obs. sous Cass., 2^e civ., 22 novembre 2007, n° 06-18.251, *D.* 2008, Pan. 510.
- Note sous Cass., crim., 8 avril 1998, n° 97-83.656, *D.* 1999. 381.
- Note sous Cass., crim., 20 septembre 1995, *D.* 1996, 296.

PICHERAL C., CEDH, 3 novembre 2011, *S. H et a. c/ Autriche*, *JCP G.*, 2011, 1291.

PIERON J., Note sous Cass., crim., 2 mars 1955, *JCP*, 1955. II. 8760,

PRADEL J., Obs. sous Cass., crim., 30 octobre 1989, *D.*, 1990, somm. 221.

PY B., Obs. sous CA Aix en-Provence, 8 octobre 2015, *RDS*, 2016, n°69, p. 98.

RASSAT M.-L., Note sous Cass., crim., 11 décembre 1968, *JCP*, 1969. II. 15898.

RAVANAS J.,

- Note sous Cass., 1^{er} civ., 9 juillet 2003, n° 00-20.289, *JCP G.*, 2003, II, 10139.
- Note sous Cass. 1^{er} civ., 12 décembre 2000, n° 98-21.311, n°322, *D.* 2001, 2064.
- Note sous Cass., 1^{er} civ., 25 février 1997, *JCP G.*, 1997, II, 22873.
- Note sous Cass., 1^{er} civ., 5 novembre 1996, n° 94-14.798, *JCP G.*, 1997, II, 22805.
- Note sous CA Paris, 17 décembre 1991, *D.* 1993, 366.

RAYMOND G., Obs. sous CA Nancy, 3 décembre 1982, *JCP G.*, 1983. II. 20081.

RAYNAUD P., Obs. sous CA Paris, 9 décembre 1967, *RDSS* 1968, 56.

RENUCCI J F., Obs. sous CEDH, 24 août 1993, *Nortier c/ Pays-Pas*, *D.* ,1995, 105.

RIVIÈRE V., Note sous CE, 17 novembre 2006, n° 270863, *RDS* n° 16, p. 245.

ROBERT J., Obs. sous Cass., crim., 16 mai 2006, n° 05-86.860, *Dr. pén.*, 2006. comm. 121.

ROBERT P.,

- Note sous Cass., crim., 19 mars 1969, *JCP G.*, 1978. II. 16327.
- Note sous Cass., crim., 8 novembre 1967, *D.*,1968, 195.

SUDRE F.,

- Obs. sous CEDH, 2 décembre 2008, *K. U. c/ Finlande*, *JCP*, 2009, I. 104, n° 8.
- Obs. sous CEDH, 10 janvier 2008, *Kearns c/ France*, *JCP*, 2008, I. 167, n° 15.
- Obs. sous CEDH, 24 septembre 2002, *M.G c/ Royaume-Uni*, *JCP*, 2002. I. 109, n° 17.
- Obs. sous CEDH, 10 mai 2001, *TP et KM c/ Royaume-Uni*, *JCP*, 2002, I. 342.
- Obs sous CEDH, 13 juillet 2000, *Scozzari et Giunta c/ Italie*, *JCP*, 2001, I. 291.
- Obs. sous CEDH, 24 février 1995, *Mac Michael c/ Royaume-Uni*, *JCP*, 1996, I. 3910.

ROUJOU DE BOUBÉE F.,

- Obs. sous Cass., crim., 27 février 2001, n° 00-84.532, *D.*, 2002, p. 1803.
- Obs. sous TGI Caen, 4 septembre 2001, *D.* ,2001. IR 2721.

ROUJOU DE BOUBÉE F., GARRÉ T. et al., Pan. sous Cass., crim., 23 octobre 2013, n° 12-80.793, *D.* 2014. 2423

SALVAGE-GEREST P., Obs. sous CE, 17 octobre 2012, n° 348440, *AJ fam.*,2012. 616.

VERHEYDE T., Note sous Cass., 1^{re} civ., 24 février 1993, n° 91-13.587, *D.* 1993, 614.

VÉRON M.,

- Obs. sous Cass., crim., 28 avril 2011, n° 11-80.617, *Dr. pén.*, 2011. 105.
- Obs. sous Cass., crim., 7 avril 2009, n° 09-80.655, *Dr. pén.*, 2009, comm. 91.
- Obs. sous Cass., crim., 6 septembre 2006, n° 05-97.274, *Dr. pén.*, 2006, n° 149.
- Obs. sous Cass., crim, 12 janvier 2000, n° 99-80.534, *Dr. pén.*, 2000, comm. n° 71.
- Obs. sous Cass., crim., 14 octobre 1998, n° 97-84.730, *Dr. pén.*, 1999, comm. 40.

VIOUJAS V., CA Marseille, 25 juin 2009, *RDSS*, 2009, n° 6, p. 1155.

VIGANOTTI E., Obs. sous CEDH, 14 février 2012, A.M.M. c/ Roumanie, *AJ fam.*, 2012, p. 228.

XEMARD C., Obs. sous TA Montreuil, 14 juin 2012, *AJ fam.*, 2012, 408.

YERNAULT D., Obs. sous CEDH, 7 juillet 1989, Gaskin c/ Royaume-Uni, *RTDH*, 1996, n° 26, p. 205.

ANNEXES

Section 1 - Contenu de la rédaction d'un signalement

Dans la première section de ces annexes sont abordés différents rappels pratiques sur les signalements. Envisager un signalement nécessite d'avoir de multiples repères qui seront rappelés dans cette partie d'annexes, à savoir comment rédiger un signalement d'un mineur ou d'une personne âgée maltraitée, comment évaluer une situation de crise suicidaire nécessitant un signalement pour protéger la personne d'un passage à l'acte. Dans une visée didactique cette partie d'annexe comprend également une grille d'analyse d'une situation de danger et un exemple de programme de cours de @learning⁴⁴⁶.

La seconde section est consacrée quant à elle, au questionnaire et aux résultats quantitatifs de la recherche sous présentation de différents tableaux pour chacune des questions posées.

A – REDACTION D'UN SIGNALEMENT JUDICIAIRE D'UN MINEUR

Un certain nombre d'Ordres professionnels, dont celui des médecins, ont mis en ligne des modèles de signalement judiciaire, mais le législateur n'a dans aucun texte, précisé le contenu de celui-ci.

Sur la forme : le signalement doit être rédigé sur du papier à en-tête actualisé, daté, signé avec le nom du signataire et sa fonction. Il peut être manuscrit, mais de plus en plus de professionnels le font dactylographier. Le destinataire doit être précisément indiqué (un signalement est envoyé au procureur de la République et non au Tribunal de grande Instance comme une IP est adressée au Président du Conseil départemental via la CRIP et non avec un intitulé où ne figure que « CRIP »).

- Le signalement reprend en les citant entre guillemets les mots de l'enfant ou de l'adulte vulnérable, s'il a révélé ou dit des choses qui ont alerté les professionnels. Il ne s'agit pas de faire des reformulations même si, certaines fois, les expressions sont rudes.

⁴⁴⁶ BAILACHE M., BENBELAID-CAZENAVE S., DELCROIX C., GOUTTENOIRE A., HIQUET J., LE BOURGEOIS-DEHAIL K., PILLET P., *Programme de @learning : le médecin acteur de la protection de l'enfance en Gironde, mai 2017*,
<https://umfcs.u-bordeaux.fr/documents/formations/formations-en-ligne/le-medecin-acteur-de-la-protection-de-l-enfance-en-gironde/flyer-soiree-presentation.pdf>

- Aucune accusation n'a à être portée et le conditionnel est de rigueur, par exemple « le père a agressé violemment l'enfant » est une allégation qui pourrait se retourner contre le signalant qui n'était pas présent au moment des faits ; d'où la prudence a rédigé par exemple « selon les propos de l'enfant son père l'aurait agressé violemment ».
- Tout comme est important l'usage d'expressions permettant d'inscrire la temporalité, par exemple « aujourd'hui je constate... » ou « les éléments à ma connaissance ce jour... ».
- Aucun professionnel autre qu'un médecin n'a le droit de faire un diagnostic or il est très fréquent de lire des écrits de psychologues, d'éducateurs, d'assistants-sociaux affirmant de façon assurée que l'enfant présente tel ou tel trouble.
- Cet écrit doit être court et n'est pas une anamnèse. Si les enquêteurs ont besoin de précisions, ils les demanderont. Quand plusieurs professionnels d'un même service participent au signalement il est fondamental que chacun fasse sa part d'écriture et d'en finir avec ces « signalements gloubi-boulba (dixit un Procureur) où tout le monde co-signe un écrit et au final des informations essentielles ne sont pas transmises ». le médecin fait sa page de signalement, le psychologue aussi, l'assistant social la sienne, etc. Et le responsable rédige la feuille de garde avec les renseignements administratifs essentiels.

Sur le fond : Le document le plus complet est sans doute celui de la Haute-Autorité de Santé dans sa fiche mémo sur le repérage et la conduite à tenir dans les situations de maltraitance à enfant donne des repères, mais encore une fois, aucun cadre légal n'est imposé. La HAS donne, pour la rédaction sur le fond, comme repères différents facteurs sur la situation, l'anamnèse, et les troubles présentés qui peuvent être repris par les professionnels, avec en particulier certains points que ne peuvent renseignés que les médecins⁴⁴⁷ :

« Les éléments qui doivent faire penser à une maltraitance d'un enfant :

1° - La situation ´ Les situations associées à un risque de maltraitance sont en particulier :
chez l'enfant :

- la prématurité

⁴⁴⁷https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201411/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf

- des troubles du développement et/ou du comportement
- le handicap

chez les parents

- tout événement qui peut rendre difficile l'attachement précoce avec le nouveau-né (séparation néonatale, dépression du post-partum, deuil périnatal, abandon familial, etc.)

- des antécédents personnels de violences subies dans l'enfance
- des violences conjugales
- des addictions
- l'isolement social et surtout moral
- des troubles psychopathologiques.

L'absence d'identification d'un ou plusieurs facteurs de risque ne doit pas faire éliminer le diagnostic de maltraitance.

2° - L'anamnèse

Une maltraitance est à évoquer :

chez le nourrisson : en cas de pleurs rapportés comme inconsolables par les parents qui se disent nerveusement épuisés

à tout âge d'un enfant devant :

- des faits de maltraitance d'un enfant, ou d'un adolescent, révélés par lui-même, par un parent ou par un tiers
- une lésion pour laquelle : il y a une incohérence entre la lésion observée et l'âge, le niveau de développement de l'enfant, le mécanisme invoqué, l'explication qui est donnée change selon le moment ou la personne interrogée
- un retard de recours aux soins
- des plaintes somatiques récurrentes sans étiologie claire (douleurs abdominales, céphalées)
- des antécédents d'accidents domestiques répétés
- une ou plusieurs tentatives de suicide
- des fugues et conduites à risque
- une chute des résultats scolaires voire une déscolarisation
- des faits de maltraitance dans la fratrie

3° - Repérage des signes physiques

Ecchymoses évocatrices d'une maltraitance quand :

- ecchymoses chez un enfant qui ne se déplace pas tout seul (à 4 pattes puis marche)
- ecchymoses sur des parties concaves du corps (oreilles, joues, cou, etc.) et sur des zones cutanées non habituellement exposés, comme les faces internes des bras et des cuisses
- ecchymoses multiples, d'âge différent
- ecchymoses de grande taille
- ecchymoses reproduisant l'empreinte d'un objet ou d'une main
- ecchymoses en l'absence de traumatisme retrouvé, quelle que soit leur localisation.

Brûlures évocatrices d'une maltraitance quand :

- brûlures à bord net, pouvant résulter d'une immersion (traces dites « en gants », « en chaussettes » dues au fait que l'enfant est maintenu dans de l'eau trop chaude par exemple)
- brûlures par contact reproduisant la forme de l'agent en cause (appareil ménager, cigarette)
- brûlures qui atteignent les plis
- brûlures siégeant sur des zones habituellement protégées par les vêtements (fesses, périnée)
- lésions d'abrasion (pouvant mimer des brûlures) des poignets et des chevilles (contention par liens).

Morsures évocatrices d'une maltraitance quand une trace de morsure apparaît comme une marque circulaire ou ovale de 2 à 5 cm, faite de deux arcs concaves opposés, avec ou sans ecchymose centrale associée.

Fractures évocatrices d'une maltraitance :

- chez un nourrisson : toute fracture est suspecte en dehors d'un traumatisme à très forte énergie (accident de la voie publique, chute de grande hauteur)
- à tout âge : les fractures multiples d'âge différent, et les fractures présentant des caractéristiques particulières à l'imagerie.

Lésions viscérales évocatrices d'une maltraitance quand elles se manifestent par des nausées, vomissements, abdomen chirurgical, signes d'hémorragie interne (notamment pâleur) sans cause cohérente et explication plausible. Toute constatation d'examen

clinique en faveur d'une lésion d'organe plein (foie et pancréas notamment) ou de viscères creux dont les circonstances de survenue ne sont pas claires, ou avec un mécanisme de survenue allégué incompatible avec la gravité de la lésion, doit faire évoquer une maltraitance.

4° - Repérage des signes de négligences graves

Ils peuvent porter sur l'alimentation, le rythme du sommeil, l'hygiène, les soins médicaux, l'éducation, la sécurité au domicile ou en dehors. Les négligences lourdes ont des conséquences graves sur le développement physique et psychologique de l'enfant (dénutrition, hypotrophie staturo-pondérale, nanisme psychosocial). La négligence peut être à l'origine de dommages physiques par surveillance inadéquate, voire entraîner le décès de l'enfant.

5° - Repérage des signes de maltraitance psychologique

chez le nourrisson : elles se traduisent par des troubles des interactions précoces, troubles du comportement liés à un défaut de l'attachement
à tout âge de l'enfant : discontinuité des interactions, humiliations répétées, insultes, exigences excessives, emprise, injonctions paradoxales.

6° - Repérage des troubles comportementaux

- toute modification du comportement habituel de l'enfant dans tous ses lieux de vie (à la maison, avec les pairs, à l'école, dans ses activités extrascolaires), pour laquelle il n'existe pas d'explication claire
- un comportement d'enfant craintif, replié sur lui-même, présentant un évitement du regard
- des troubles du sommeil, des cauchemars
- des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie)
- un comportement d'opposition, une agressivité, ou au contraire une recherche de contact ou d'affection sans discernement, une gentillesse excessive avec les étrangers y compris avec les professionnels de santé
- une labilité et une imprévisibilité du comportement et/ou de l'état émotionnel.

7° - Repérage des signes comportement de l'entourage vis-à-vis de l'enfant

- parent ou adulte intrusif s'imposant à la consultation médicale, parlant à la place de l'enfant
- indifférence notoire de l'adulte (absence de regard, de geste, de parole)
- parent ou adulte ayant une proximité corporelle exagérée ou inadaptée avec l'enfant ;
- parents ou adultes qui refusent les vaccinations obligatoires ou appliquent des régimes alimentaires sources de carences, malgré des avis médicaux répétés

8° - Repérage des signes comportement de l'entourage vis-à-vis des intervenants

- minimisation, banalisation ou contestation des symptômes ou des dires de l'enfant
- dénigrement ou accusation de l'enfant
- refus des investigations médicales ainsi que de tout suivi social sans raison valable
- attitude d'hyper recours aux soins
- attitude agressive ou sur la défensive envers les professionnels de santé.

Ce qui est à rechercher et comment :

À l'examen clinique : Il s'agit d'un examen clinique complet de l'enfant dévêtu comprenant :

- la mesure des paramètres de croissance (périmètre crânien, taille, poids) et leur report sur les courbes ; l'évaluation de son développement psychomoteur et de ses capacités
- un examen cutané rigoureux, à la recherche de traces de violence sur l'ensemble du corps
- un examen des muqueuses notamment de la cavité buccale à la recherche de lésions dentaires et muqueuses
- une palpation généralisée à la recherche de signes de fractures, d'hémorragie interne par atteinte viscérale (défense abdominale, douleur, masse...)
- une observation du comportement de l'enfant et de son entourage durant l'examen clinique.

Au cours de l'entretien avec l'entourage de l'enfant : Il est recommandé de s'entretenir avec la famille ou l'entourage, en posant des questions ouvertes, sans porter de jugement.

L'objectif est de recueillir des informations concernant :

- les antécédents médicaux personnels et familiaux
- les événements de vie qui ont pu affecter l'enfant
- le comportement habituel de l'enfant,
- l'environnement dans lequel il vit
- l'environnement familial (nombre d'enfants, y compris les ½ frères et sœurs ; stabilité du couple, règles éducatives ; conflits ; violences conjugales ; antécédents de maltraitance dans l'enfance des parents)
- la relation parent-enfant (favorable, hostile ou indifférente)

Lors de l'entretien, il faut garder à l'esprit que l'accompagnateur (parent ou adulte de l'entourage) peut être l'auteur présumé ou un témoin passif.

Au cours de l'entretien avec l'enfant, il est recommandé d'avoir un entretien seul avec l'enfant dès que son âge le permet et avec son accord, et de :

- débiter l'entretien par des questions d'ordre général (relatives à l'école, à ses conditions de vie à la maison, ses loisirs, ses relations avec sa famille, ses copains)
- laisser l'enfant s'exprimer spontanément, en évitant de reformuler ou d'interpréter ses propos, en respectant les silences et en privilégiant les questions ouvertes, en lui montrant qu'on croit sa parole.

L'objectif est de préciser l'origine des lésions observées, de rechercher d'éventuelles discordances entre les lésions observées et les explications données

À l'imagerie réalisée en milieu hospitalier, sur les radios, certaines caractéristiques des fractures sont évocatrices de maltraitance :

chez un nourrisson (radiographie du squelette complet) :

- fractures des côtes notamment des arcs moyens et postérieurs (bébé serré fortement ou secoué)
- fractures des extrémités (orteils, doigts : par torsion)

à tout âge :

- fractures métaphysaires : petits arrachements osseux provoqués par des gestes de traction et de torsion

- fractures complexes du crâne (avec d'éventuels dégâts cérébraux)
- décollements épiphysaires (humérus distal et proximal, fémur)
- réactions périostées (par torsion)
- fractures diaphysaires des os longs par coup direct (transverse) ou par torsion (oblique ou spiroïde)

La HAS rappelle l'importance de notifier dans le dossier de l'enfant et son carnet de santé « Toutes les données recueillies au cours de l'examen clinique. » Si ce document permet aux professionnels d'avoir une trame, il omet des éléments fondamentaux au niveau clinique (troubles post-traumatiques) et au niveau de l'expressivité des troubles (évaluation temporelle des manifestations). Et aucun élément pratique n'est donné sur la façon dont réaliser cette évaluation.

B – REDACTION D'UN SIGNALEMENT JUDICIAIRE D'UNE PERSONNE AGÉE VULNERABLE

Aucun texte officiel ne reprend spécifiquement les éléments nécessaires au signalement d'une personne âgée maltraitée. Si l'on reprend les recommandations concernant les mineurs, la majorité peut servir de base à l'évaluation puis à la rédaction du signalement.

Sur la forme : les mêmes consignes s'appliquent que pour le signalement d'un mineur. À savoir la rédaction sur un papier à en-tête actualisé, daté, signé avec le nom du signataire et sa fonction. Le destinataire doit aussi être précisé.

- Le signalement reprend en les citant entre guillemets les mots de la personne âgée vulnérable ou des personnes à l'origine du signalement.
- Aucune accusation ne doit être portée et le conditionnel est de rigueur afin d'éviter des signalements qui deviennent des réquisitoires.
- Les expressions témoignant de la temporalité sont autant plus importantes que la personne âgée maltraitée est souvent confuse et totalement perdue dans ses repères spatio-temporels
- tout comme pour les mineurs, aucun professionnel autre qu'un médecin n'a le droit de faire un diagnostic
- Le signalement doit être court, factuel et là aussi quand les enquêteurs ont besoin de précisions, ils les demandent. Il est tout aussi important que pour les enfants que chaque professionnel rédige son propre écrit et apporte aux enquêteurs les éléments importants pour comprendre le contexte (par exemple si la personne âgée a des prothèses auditives il faut le signaler pour éviter une audition sans appareillage ; si elle présente des troubles cognitifs, il est important de le préciser, etc.)

Sur le fond : la Haute-Autorité de Santé n'a pas (à l'heure de l'édition de ce manuscrit) proposé l'équivalent pour les personnes âgées à ce qu'elle a publié pour le signalement des mineurs maltraités. Sur le fond, la plupart des repères sur les différents facteurs à repérer restent valables (contexte, sur la situation, l'anamnèse) et peuvent être des supports pour l'évaluation.

Les éléments qui doivent faire penser à une maltraitance sur une personne âgée :

1° - La situation ´ Les situations associées à un risque de maltraitance sont en particulier :

chez la personne âgée :

- sa dépendance
- des troubles dans l'élocution, la compréhension, la représentation au monde extérieur, les repérages dans le temps
- le handicap
- la maladie grave et les hospitalisations fréquentes
- la dépendance à des traitements médicamenteux
- l'abus d'alcool ou de substance
- tout événement traumatique antérieur ayant pu fragiliser sa confiance en elle et la rendre plus vulnérable aux situations d'emprise
- le fait d'être une femme semble exposer particulièrement la personne âgée surtout lorsqu'elles se retrouvent subitement seules.

chez les proches

- des violences conjugales
- des addictions (alcool, drogues, jeux)
- l'isolement social et surtout moral
- des troubles psychopathologiques
- des difficultés financières.

L'absence d'identification d'un ou plusieurs facteurs de risque ne doit pas faire éliminer le diagnostic de maltraitance.

2° - L'anamnèse

Une maltraitance est à évoquer devant :

- des faits de maltraitance révélés par la personne âgée, par un parent ou par un tiers
- une lésion pour laquelle : il y a une incohérence entre la lésion observée et les explications données (attention à toutes les justifications sur les « chutes »)
- un retard de recours aux soins par les proches
- des plaintes somatiques récurrentes sans étiologie claire (douleurs abdominales, céphalées, malaises, idées morbides, perte de poids inexplicquée)
- des états de déshydratation récurrents

- des antécédents d'accidents domestiques répétés
- une ou plusieurs tentatives de suicide
- des tentatives de quitter le domicile conjugal ou l'institution
- des conduites à risque (prises de toxique, conduites dangereuses, refus de prise d'un traitement)
- des réactions anxieuses dans certains contextes voire des attaques de panique
- activités inhabituelles ou inappropriées (par exemple personne qui se cogne sans raison et subitement, ou comportement masturbatoire compulsif avec des objets).
- une perte des relations sociales et des activités antérieures
- des faits de maltraitance antérieurs ou actuels connus dans la famille
- un comportement confus sans raison physiologique, mais le constat après analyse sanguine d'une sur-médication intentionnelle par un proche (ou des proches)
- une négligence avérée au nouveau de l'hygiène, des soins, de l'alimentation, de la vêtue (habits totalement inadaptés au temps, sales et plus qu'usagés), de l'aménagement du domicile (chauffage coupé, meuble revendus...)

La personne âgée est aussi considérée en danger quand elle exprime des idées suicidaires.

3° - Repérage des signes physiques

Ecchymoses évocatrices d'une maltraitance quand :

- ecchymoses ou fracture chez une personne âgée aliée et qui ne se déplace plus
- ecchymoses sur des parties concaves du corps (oreilles, joues, cou, etc.) et sur des zones cutanées non habituellement exposés, comme les faces internes des bras et des cuisses
- ecchymoses multiples d'âge différent
- ecchymoses de grande taille
- ecchymoses reproduisant l'empreinte d'un objet ou d'une main
- ecchymoses aux organes génitaux, sur la zone anale ou à l'intérieur des cuisses
- ecchymoses en l'absence de traumatisme retrouvé, quelle que soit leur localisation.

Brûlures évocatrices d'une maltraitance quand :

- brûlures à bord net, pouvant résulter d'une immersion (traces dites « en gants, en chaussettes »)

- brûlures par contact reproduisant la forme de l'agent en cause (appareil ménager, cigarette)
- brûlures qui atteignent les plis
- brûlures siégeant sur des zones habituellement protégées par les vêtements (fesses, périnée)
- lésions d'abrasion (pouvant ressembler à des brûlures) des poignets et des chevilles (liées à des contentions violentes par des liens qui ne sauraient être justifiés par le fait que la personne âgée ne tient plus debout et a besoin d'être maintenue. Dans ces cas-là il existe des manières de la maintenir sans violence et sans faire de traces).

Morsures évocatrices d'une maltraitance quand une trace de morsure apparaît comme une marque circulaire ou ovale de 2 à 5 cm, faite de deux arcs concaves opposés, avec ou sans ecchymose centrale associée.

Blessures inexplicables : traces de griffures sur le corps, saignements de l'anus ou des organes génitaux

Lésions viscérales évocatrices d'une maltraitance quand elles se manifestent par des nausées, vomissements, abdomen chirurgical, signes d'hémorragie interne (notamment pâleur) sans cause cohérente et explication plausible. Toute constatation d'examen clinique en faveur d'une lésion d'organe plein (foie et pancréas notamment) ou de viscères creux dont les circonstances de survenue ne sont pas claires, ou avec un mécanisme de survenue allégué incompatible avec la gravité de la lésion, doit faire évoquer une maltraitance. Attention chez la personne âgée à ne pas banaliser ce type de lésions sous prétexte de problèmes de constipation par exemple. Ceux-ci entraînent des traces totalement différentes que dans les cas d'introduction d'objets.

4° - Repérage des signes de négligences graves

Comme chez l'enfant ils sont liés à la dépendance de la personne âgée à son entourage et peuvent porter sur l'alimentation, le rythme du sommeil, l'hygiène, les soins médicaux (médicaments cachés, refus de soins, prothèses dentaires cassées pour ne plus pouvoir être utilisées et donc ne plus être à nettoyer ce qui prend du temps), l'isolement social, la sécurité au domicile ou en dehors. Les négligences lourdes ont des conséquences graves sur le devenir physique et psychologique de la personne âgée et peuvent engager son pronostic vital (dénutrition). La négligence peut être à l'origine de

dommages physiques également par surveillance inadéquate, voire entraîner son décès (suite à une chute par exemple avec traumatisme crânien ou à un « oubli » dans un parc en plein hiver ou au sein même d'un service d'urgence comme en septembre 2019 où un monsieur Alzheimer a été retrouvé mort après des heures en salle d'attente aux urgences du centre hospitalier de Marseille, sans aucune prise en charge).

5° - Repérage des signes de maltraitance psychologique

Elles se traduisent chez la personne âgée par un repliement sur elle-même en raison des humiliations subies et de la perte de confiance dans le monde extérieur. Elles sont liées aux propos de l'entourage qui la dénigre, l'insulte, la contraint à des actions qu'elle ne peut plus faire (se laver seule, monter un escalier).

6° - Repérage des troubles comportementaux

La personne âgée a alors à l'égard des soignants une attitude de retrait, comme si elle s'était abandonnée à elle-même. Quand elle a encore le langage, elle parle peu ou avec une voix très faible, ne regarde pas ou peu le professionnel, se recroqueville sur elle-même, sursaute dès que la voix devient trop forte ou qu'un bruit fort vient interrompre l'entretien. Sont à repérer :

- toute modification du comportement habituel
- tout retrait et régression subits sans cause physiologique
- des troubles du sommeil, des cauchemars
- des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie)
- un comportement d'opposition, une agressivité, ou au contraire une recherche de contact ou d'affection sans discernement, une gentillesse excessive avec les étrangers y compris avec les professionnels de santé que la personne âgée ne veut plus quitter comme le ferait un enfant
- mouvements d'auto-réassurance (balancement)
- apparition de troubles obsessionnels compulsifs en particulier du registre de la vérification ou des soins (passe son temps à se laver quitte à s'arracher la peau)
- une labilité et une imprévisibilité du comportement et/ou de l'état émotionnel (pleurs sans retenues et sans raison apparente)

7° - Repérage des signes comportement de l'entourage vis-à-vis de la personne âgée

- proche très intrusif s'imposant à la consultation médicale, parlant à la place de la personne âgée sur un registre persécutif et sans aucune bienveillance
- proche qui s'installe matériellement chez la personne âgée, sans aucune contrepartie (financière, matérielle, aides) et qui la dépouille progressivement
- indifférence notoire du proche à l'égard de la personne âgée (absence de regard, de geste, de parole, de soins si celle-ci en a besoin)
- épuisement psychique et physique d'un proche face à la prise en charge de la personne âgée alors qu'elle doit aussi gérer d'autres difficultés (maladie personnelle ou d'un autre membre de la famille, emploi du temps surchargé...)
- plaintes sur le coût financier que représente la personne âgée (alors que la famille n'a pas de souci d'argent ou que des aides existent)
- proximité corporelle exagérée ou inadaptée avec la personne âgée (pour exemple l'embrasse sur la bouche, la met sur ses genoux)
- proches qui imposent des régimes alimentaires sources de carences, malgré des avis médicaux répétés ou des aliments impossibles à avaler (personnes qui ne peuvent plus mâcher)

8° - Repérage des signes comportement de l'entourage vis-à-vis des intervenants

- minimisation, banalisation ou contestation des symptômes ou des dires de l'enfant
- dénigrement ou accusation de la personne âgée rendue responsable de ses troubles ou/et de ses blessures
- refus des investigations médicales ainsi que de tout suivi social sans raison valable
- refus des visites à domicile
- attitude de recours permanents et inadaptés aux soins avec une personne âgée amenée quotidiennement à l'hôpital ou chez le médecin et sans raison)
- attitude agressive ou sur la défensive envers les professionnels de santé (par exemple menaces de plainte)

Ce qui est à rechercher et comment :

À l'examen clinique : Il s'agit d'un examen clinique complet de la personne âgée, vue seule, comprenant :

- la mesure des paramètres classiques (taille, poids) et leur report sur les courbes pour constater leur évolution
- l'évaluation de son développement psychomoteur et de ses capacités
- un examen cutané rigoureux, à la recherche de traces de violence sur l'ensemble du corps
- un examen des muqueuses notamment de la cavité buccale à la recherche de lésions dentaires et muqueuses
- une palpation généralisée à la recherche de signes de fractures, d'hémorragie interne par atteinte viscérale (défense abdominale, douleur, masse...)
- des tests et examens médicaux pour s'assurer qu'il n'existe pas d'associés des troubles de dégénérescence cognitive ou autres types de maladie
- une observation des vêtements et sous-vêtements
- une observation du comportement et de son entourage durant l'examen clinique.

Au cours de l'entretien avec l'entourage de la personne âgée : Il est recommandé de s'entretenir avec la famille ou l'entourage, en posant des questions ouvertes, sans porter de jugement. L'objectif est de comprendre le contexte et de recueillir des informations concernant :

- les antécédents médicaux personnels et familiaux
- les événements de vie qui ont pu affecter la personne âgée (maladie, deuil, placement en institution)
- le comportement habituel de la personne âgée et les changements constatés
- l'environnement dans lequel elle vit
- l'environnement familial (nombre d'enfants, y compris les ½ frères et sœurs ; vie en couple et place du conjoint s'il y en a un dans la dynamique de vie du couple, règles de vie au sein de la famille ; conflits ; violences conjugales ; antécédents de maltraitance dans la famille)
- la relation personne âgée avec ses proches (conjoint, enfant(s), petit(s)-enfant(s) (favorable, hostile ou indifférente)

Lors de l'entretien, il faut garder à l'esprit que l'accompagnateur (parent ou adulte de l'entourage) peut être l'auteur présumé ou un témoin passif.

Au cours de l'entretien avec la personne âgée, il est recommandé d'avoir un entretien seul avec l'enfant dès que son âge le permet et avec son accord, et de :

- débiter l'entretien par des questions d'ordre général (relatives à sa vie passée et actuelle, à ses conditions de vie, ses loisirs, à ses relations avec sa famille, ses amis)
- laisser la personne s'exprimer spontanément, en évitant de reformuler ou d'interpréter ses propos, en respectant les silences et en privilégiant les questions ouvertes, en lui montrant qu'on essaye de la comprendre et que l'on est là pour elle.

L'objectif est de préciser l'origine des lésions observées, de rechercher d'éventuelles discordances entre les lésions observées et les explications données par la personne âgée comme par ses proches. Attention si la personne est très dépendante (affectivement, économiquement) de ses proches et que ceux-ci sont maltraitant (ou celui-ci), le risque est majeur qu'elle n'en dise rien et fasse tout pour le protéger.

Tout comme pour le mineur, cette évaluation nécessite d'être réalisée à plusieurs pour limiter les biais interprétés et à contextualiser. Il peut exister un bénéfice direct à dénoncer des maltraitances, par exemple quand une personne âgée ne supporte plus son conjoint ou refuse le placement en institution. Les professionnels doivent rester prudents et ne pas se précipiter. L'analyse des différents points rappelés, en référence à ceux transmis par la HAS pour les mineurs, doit permettre de limiter les erreurs d'interprétation, mais restent à utiliser avec humilité.

C – L’ÉVALUATION D’UNE SITUATION DE DANGER LIÉE À UNE CRISE SUICIDAIRE

Un mineur comme une personne âgée peut exprimer plus ou moins directement des idées suicidaires et se trouver en danger si son entourage en est la cause ou s’il banalise ses envies de mourir et n’envisage aucune prise en charge, voire s’y oppose. Le Ministère de la Santé a mis en place suite à la conférence de consensus de 2000 sur la crise suicidaire, des recommandations précises pour évaluer ces situations⁴⁴⁸.

La crise suicidaire n’a pas de cadre nosographique précis, car elle représente un ensemble sémiologique pluriel en fonction des personnes, des pathologies associées, des antécédents, des ressources individuelles, collectives et sociales. Elle se traduit par une rupture globale du sentiment de continuité d’être avec une souffrance insoutenable et des idées suicidaires de plus en plus envahissantes pouvant conduire à un passage à l’acte.

Le repérage de la crise suicidaire s’étaye sur différentes manifestations : l’expression d’idées et d’intention suicidaires, des manifestations de crise psychique, ces facteurs s’inscrivant dans un contexte de vulnérabilité. La personne peut être repérée, car triste, anxieuse, manifestant des pleurs, une agressivité inhabituelle, des troubles du sommeil, une dévalorisation avec sentiment d’échec et d’inutilité. La conviction qu’aucune solution n’est possible mène à une rumination mentale et peut être source de conduites d’évitement (retrait social, dépendance à l’alcool ou à des drogues, attaques du corps). Quand des antécédents sont connus, ils représentent des facteurs de risque aggravant (traumatismes antérieurs, deuils récents, pathologies psychiatriques, antécédents de tentatives de suicide, ruptures répétées, conflits conjugaux avec violences, maladie grave...). Mais toutes les personnes qui se suicident ne manifestent pas forcément de troubles « bruyants » avant leur passage à l’acte. Certaines agissent sans que l’entourage n’ait rien perçu au préalable, la personne suicidée ayant donné le change.

Les recommandations de la HAS pour repérer les troubles chez l’enfant : « problèmes somatiques mal étiquetés, isolement, des troubles de la communication et de l’apprentissage, une hyperactivité, une encoprésie, des blessures à répétition, des préoccupations exagérées pour la mort, une tendance à tenir la place de souffre-douleur de la part des autres. Sont décrits comme facteurs de vulnérabilité, l’isolement affectif, les bouleversements familiaux, l’entrée au collège, un contexte de maltraitance. Les premières attitudes recommandées sont les suivantes : ne pas chercher à résoudre le problème seul, parler avec l’enfant sans que cela soit intrusif,

⁴⁴⁸ <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suicicourt.pdf>

signaler les signes repérés à la famille, les signaler au médecin scolaire qui fera le lien avec le médecin généraliste et/ou le médecin spécialiste. »

Les recommandations de la HAS pour repérer les troubles chez l'adolescent :
« infléchissement des résultats scolaires, des conduites excessives et déviantes, une hyperactivité, une attirance pour la marginalité, des conduites ordaliques, des conduites d'anorexie et de boulimie, des prises de risque inconsidérées, notamment au niveau sexuel, une violence sur soi et sur autrui, des fugues. L'adolescence est une période de particulière vulnérabilité à laquelle peuvent se surajouter l'isolement affectif, les ruptures sentimentales et les échecs, notamment scolaires, les conflits d'autorité. Les premières attitudes recommandées sont les suivantes : créer un climat d'empathie avec le jeune qui va permettre son accompagnement vers les professionnels de l'établissement (médecin, infirmière, psychologue ou assistante scolaires), la famille et le médecin traitant ; utiliser les réseaux spécialisés existants. »

Les recommandations de la HAS pour repérer les troubles chez la personne âgée :
« attitude de repli sur soi, un refus de s'alimenter, un manque de communication, une perte d'intérêt pour les activités, un refus de soin et des gestes suicidaires. Le contexte de vulnérabilité peut comporter une dépression, des maladies somatiques notamment sources de handicap et de douleur, les conflits, le changement d'environnement. Un autre facteur est le veuvage pour les hommes. Les premières attitudes recommandées sont les suivantes : être attentif à la possibilité d'une dépression, envisager une souffrance somatique et une maltraitance devant un changement comportemental. »

Pour évaluer la dangerosité et l'urgence à signaler l'HAS recommande d'analyser six facteurs :

- « 1. Le niveau de souffrance : désarroi ou désespoir, repli sur soi, isolement relationnel, sentiment de dévalorisation ou d'impuissance, sentiment de culpabilité.
2. Le degré d'intentionnalité : idées envahissantes, rumination, recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins, dispositions envisagées ou prises en vue d'un passage à l'acte (plan, scénario).
3. Les éléments d'impulsivité : tension psychique, instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents.
4. Un éventuel élément précipitant : conflit, échec, rupture, perte,...

5. La présence de moyens létaux à disposition : armes, médicaments, etc.

6. La qualité du soutien de l'entourage proche : capacité de soutien ou inversement renforcement du risque dans le cas de familles « à transaction suicidaire ou mortifère »

Trois catégories d'urgence sont proposées par la HAS et peuvent servir au soignant comme éléments de repérage :

En urgence faible : pour une personne qui est dans une relation de confiance établie avec un praticien ; qui désire parler et est à la recherche de communication ; qui cherche des solutions à ses problèmes ; qui pense au suicide, mais n'a pas de scénario suicidaire précis ; qui pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ; qui n'est pas anormalement troublée, mais psychologiquement souffrante.

En urgence moyenne : une personne qui présente un équilibre émotionnel fragile ; qui envisage le suicide et dont l'intention est claire ; qui a envisagé un scénario suicidaire, mais dont l'exécution est reportée ; qui ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir ; qui a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi ; - est isolée.

En urgence élevée une personne qui est décidée, dont le passage à l'acte est planifié et prévu pour les jours qui viennent ; qui est coupée de ses émotions, rationalisant sa décision ou très émotive, agitée, troublée ; qui est complètement immobilisée par la dépression ou dans un état de grande agitation ; dont la douleur et la souffrance sont omniprésentes ou complètement tuées ; ayant un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider ; ayant le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ; très isolée. »

Les personnes de plus de soixante-quinze ans sont considérées comme en urgence élevée dès qu'elles sont isolées.

D – GRILLE D'ANALYSE D'UNE SITUATION DE DANGER

Ces éléments reprennent l'ensemble des faits à évaluer et peuvent aider le professionnel à décider ou non d'un signalement. Ils ne sont qu'un support.

FAITS	fait unique
	faits répétés
	date connue des premiers faits
	date déclarée des derniers faits
	faits prescrits
	traces avérées et constatables
TYPE DES FAITS	violences psychologiques
	violences physiques
	violences sexuelles
	négligence (préciser)
	violences conjugales
	radicalisation
REVELATION	date de la révélation
	directe
	indirecte (maux, comportements.)
	par d'autres
LIEU DE L'AGRESSION	domicile
	lieu de vie (école, institution)
	endroit inconnu
FREQUENCE DES AGRESSIONS	fait unique
	faits répétés
	faits récents
	faits anciens et qui continuent
	faits anciens et qui se sont arrêtés
LIENS AVEC L'AUTEUR	père
	mère
	beau-père
	belle-mère
	les deux adultes investis de l'autorité parentale
	frère ou sœur plus jeune
	frère et sœur plus jeune
	frère ou sœur plus âgé
	frère et sœur plus âgé
	enfant connu du même âge si la victime est mineure
	enfant connu plus jeune que la victime si elle est mineure
	enfant connu plus âgé (de 5 ans) que la victime si elle est mineure
	enfant inconnu
	grand-père maternel
	grand-père paternel
	grand-mère maternelle
grand-mère paternelle	
autre membre de la famille paternelle (à préciser)	
autre membre de la famille maternelle (à préciser)	
autre personne connue	

	victime encore en contact avec l'agresseur avec risque d'agression
	victime encore en contact avec l'agresseur, mais plis de risque d'agression
	victime qui n'a plus aucun contact avec l'agresseur
	agresseur(e) inconnu(e)
	aucun proche protecteur
	adulte faisant autorité (enseignant, animateur, soignant...)
CONSEQUENCES DES MALTRAITANCES	constatables au niveau physique
	constatables au niveau psychologique
	constatables au niveau sexuel
	constatables au niveau financier
	risque suicidaire
	non constatables le jour de l'évaluation
DEMARCHES MISES EN ŒUVRE	aucune
	psychothérapie
	démarche sociale directe des proches
	démarche médicale par la victime (préciser)
	démarche médicale par les proches (préciser)
	famille avertie
	proches avertis
PROCEDURES EN COURS	information préoccupante (préciser l'auteur)
	signalement judiciaire (préciser l'auteur)
	dépôt de plainte des proches
	dépôt de plainte de la victime
	enquête préliminaire
	instruction
	audition de la victime
	audition du (des) mis en cause
	confrontation avec le(s) mis en cause
	classement sans suite
	ordonnance de non-lieu
REACTION DES PROCHES NON MIS EN CAUSE	protection absolue de la victime
	protection ambivalente (un jour protège, l'autre non)
	banalisation
	reproches, culpabilisation de la victime
	rejet et agressivité
	menacent le(s) mis en cause
	menacent la victime
	refus de toute aide
	effondrement psychique
	tentative de suicide

PLAN DU @LEARNING
LE MEDECIN ACTEUR DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

Titre 1. Le suivi de la santé de l'enfant

Chapitre 1. Le carnet de santé

Chapitre 2. Les obligations légales relatives au suivi de santé

§1. La période prénatale

§2. Les visites médicales de l'enfant

Chapitre 3. Les professionnels de santé intervenant auprès de l'enfant

§1. Le pédiatre libéral

§2. Le médecin généraliste

§3. SOS Médecins

§4. Le médecin scolaire

§5. Le médecin de P.M.I.

§6. Le médecin hospitalier

§7. Les professionnels du para-médical

Titre 2. Le rôle du médecin dans la protection de l'enfant

Chapitre 1. Le médecin soutien de la famille dans la prise en charge de l'enfant

Chapitre 2. La mise en relation avec les services compétents

Chapitre 3. Le médecin donneur d'alerte face au danger ou au risque

Section 1. Les enjeux du repérage de la maltraitance par le médecin

§1. L'impact de la maltraitance

§2. L'intervention insuffisante des médecins

A. Les causes de l'intervention insuffisante des médecins

B. Les remèdes à l'intervention insuffisante des médecins

Section 2. Le repérage par le médecin des situations de risque ou de danger

§1. Définition générale des situations de risque ou de danger

§2. Les facteurs de vulnérabilité auxquels le médecin doit prêter attention

§3. Les signes cliniques du danger ou du risque

A. Les maltraitances

B. Les négligences et les troubles de la relation

Section 3. Les démarches du médecin face à une suspicion de maltraitance

§1. La consultation

A. L'examen clinique de l'enfant

B. Entretien avec l'entourage de l'enfant

C. Entretien avec l'enfant

D. Evaluation du degré d'urgence et des signes de gravité

§2. L'accompagnement du parent qui souhaite porter plainte

A. Le certificat médical initial

B. L'orientation vers le CAUVA

§3. La révélation de la situation aux autorités

A. Protection de l'enfant et secret professionnel

B. Importance pour le médecin de ne pas rester seul

C. Les différentes modalités d'alerte pour le professionnel

D. L'information préoccupante relative à un mineur en danger ou risquant de l'être

E. Le signalement

Section 2 - Questionnaire et résultats

La réalisation de cette étude a conduit à la conception d'un questionnaire avec des questions ouvertes permettant aux professionnels de s'exprimer librement et d'autres, fermées avec des réponses données en cochant des cases. Le questionnaire comprenait également deux types de courriers présentés ci-après ainsi que les résultats obtenus.

§ 1 : Courriers adressés aux professionnels via internet

Plusieurs courriers ont été adressés aux participants à travers le support des mails, une lettre d'information et un formulaire de consentement

La lettre d'information, pour expliquer l'objectif de la recherche était ainsi rédigée :

« Cher(e)s collègues,

La maltraitance, définie comme violence intentionnelle, répétée, ayant des répercussions sur la santé physique et/ou psychique de la personne concernée, reste difficile à prendre en charge.

Elle peut concerner des violences psychologiques, physiques, sexuelles, des négligences et des violences matérielles, financières, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes vulnérables bien des professionnels se sentent démunis face à ces situations.

L'objectif de cette étude réalisée auprès des professionnels de terrain est de mieux comprendre les difficultés actuelles afin de pouvoir proposer des perspectives en termes de formation initiale et continue.

Cette recherche est réalisée par Hélène Romano Dr en psychopathologie-HDR, dans le cadre d'un doctorat de droit sous la direction du Pr Adeline Gouttenoire de l'Université de Bordeaux, Directrice de l'Institut des Mineurs et Présidente de l'Observatoire Départemental de la protection de l'enfance.

Nous vous remercions par avance pour toute l'attention que vous porterez à cette étude et du temps que vous accepterez d'y consacrer. »

Le document de consentement

Il a été conçu compte tenu des contraintes fixées par la Loi Jardé⁴⁴⁹ sur les recherches impliquant des personnes, même s'il s'agit de professionnels, nous avons demandé à chaque participant de renseigner ce document joint à la lettre d'information :

« Je certifie avoir donné mon consentement libre et éclairé pour participer à cette recherche en sexologie. Il est entendu que je participe à cette dernière de façon tout à fait volontaire et que je reste libre, à tout moment, de mettre fin à ma participation sans avoir à motiver ma décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

J'ai conscience que lorsque j'aurais rempli et retourné le questionnaire, il sera impossible de détruire les données puisqu'aucune information permettant d'identifier les répondants n'a été recueillie.

J'ai pris connaissance de l'ensemble des informations concernant la passation du présent questionnaire. J'accepte que les données recueillies de façon anonyme soient utilisées à des fins de recherche.

J'accepte de participer à ce questionnaire

- Oui Non

§ 2 : Questionnaire proposé

Le questionnaire était organisé en trois grandes parties, l'une réservée aux données générales sur le profil des participants, l'une sur les connaissances liées à la maltraitance et la troisième était dédiée aux expériences personnelles en matière de signalement et de mesures de protection.

À - GÉNÉRALITÉS

Votre sexe

- Homme
 Femme

Votre profession

- Médecin généraliste
 Pédiatre

⁴⁴⁹ Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 dite loi Jardé, relative aux recherches impliquant la personne humaine <http://www.anrs.fr/sites/default/files/2018-10/Typologie%20et%20limites%20des%20RIPH.pdf>

- Pédopsychiatre
- Psychiatre
- Gériatologue
- Psychologue

Quelle est la durée de votre exercice dans cette fonction

- Moins de 5 ans
- 5-10 ans
- 10-20 ans
- Plus de 20 ans

Quel est votre lieu d'exercice actuel (plusieurs réponses possibles)

- Libéral
- Institution publique hospitalière
- Institution publique socio-éducative
- Structure privée hospitalière
- Association
- service spécialisé en protection de l'enfance
- service spécialisé près des personnes âgées

Quel est votre département d'exercice

.....

Quel est le cadre de votre exercice actuel

- Grande ville
- Milieu rural

Quel est votre contexte d'exercice actuel

- En cabinet où vous exercez avec d'autres collègues
- En institution
- Exercice isolé

B - CONNAISSANCES SUR LA MALTRAITANCE

Avez-vous eu dans le cadre de votre formation initiale des cours sur la maltraitance de l'enfant ?

- Oui
- Non
- Je ne sais plus

Avez-vous eu dans le cadre de votre formation initiale des cours sur la maltraitance de la personne âgée ?

- Oui
- Non
- Je ne sais plus

Avez-vous eu dans le cadre de votre formation initiale des cours sur la maltraitance de l'adulte vulnérable (handicapé, femme enceinte, violences conjugales) ?

- Oui
- Non
- Je ne sais plus

Avez-vous eu dans le cadre de votre formation initiale des cours sur les modalités de rédaction d'une information préoccupante ou d'un signalement ?

- Oui
- Non
- Je ne sais plus

Avez-vous eu dans le cadre de votre formation initiale des cours sur la Loi et sur vos obligations légales en matière de révélation des maltraitements sur personne vulnérable ?

- Oui
- Non
- Je ne sais plus

Quelle définition spontanée de la maltraitance pourriez-vous donner ?

.....

Quelle définition d'adulte vulnérable avez-vous ?

.....

Depuis votre diplôme, avez-vous bénéficié de formation (s) pour savoir comment repérer des signes de maltraitements chez l'enfant (évaluateurs, spécifiques, non-évaluateurs) ?

- Oui
- Non

Depuis votre diplôme, avez-vous bénéficié de formation (s) pour savoir comment repérer des signes de maltraitements chez l'adulte (évaluateurs, spécifiques, non-évaluateurs) ?

- Oui
- Non

Depuis votre diplôme, avez-vous bénéficié de formation (s) pour savoir comment rédiger un signalement ou une information préoccupante pour un enfant ?

- Oui
- Non

Depuis votre diplôme, avez-vous bénéficié de formation (s) pour savoir comment rédiger un signalement ou une information préoccupante pour un adulte vulnérable ?

- Oui
- Non

Connaissez-vous tous les textes judiciaires relatifs aux révélations des situations de maltraitance concernant les enfants ?

- Oui
- Non

Connaissez-vous tous les textes judiciaires relatifs aux révélations des situations de maltraitance concernant les adultes vulnérables ?

- Oui
- Non

C - EXPERIENCE PROFESSIONNELLE DU REPÉRAGE ET DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALTRAITANCE

Dans le cadre de votre activité, vous intéressez-vous en général aux problématiques de dépistage (ex. troubles de la vision, retards, troubles des acquisitions...)?

- Oui
- Non

Diriez-vous que dans le cadre de votre activité clinique que les cas de maltraitance d'enfants sont :

- exceptionnels
- rares
- fréquents
- très fréquents

Diriez-vous que dans le cadre de votre activité clinique les cas de maltraitance d'adultes vulnérables sont :

- exceptionnels
- rares
- fréquents
- très fréquents

Quelles sont les maltraitements que vous constatez le plus chez les enfants ?

- négligence intrafamiliale
- violence financière intrafamiliale
- violence physique intrafamiliale
- violence psychologique intrafamiliale
- inceste
- agression sexuelle extérieure à la famille
- négligence institutionnelle
- violence financière institutionnelle
- violence physique institutionnelle
- violence psychologique institutionnelle

Quelles sont les maltraitements que vous constatez le plus chez les adultes vulnérables ?

- négligence intrafamiliale
- violence financière intrafamiliale
- violence physique intrafamiliale
- violence psychologique intrafamiliale
- inceste
- agression sexuelle extérieure à la famille
- négligence institutionnelle
- violence financière (détournement d'aides sociales prévues pour l'enfant au seules fins personnelles du/des parent(s))
- violence physique institutionnelle
- violence psychologique institutionnelle

Quelles sont les maltraitements que vous signalez le plus chez les enfants ?

- négligence intrafamiliale
- violence financière intrafamiliale
- violence physique intrafamiliale
- violence psychologique intrafamiliale
- inceste
- agression sexuelle extérieure à la famille
- négligence institutionnelle
- violence financière
- violence physique institutionnelle
- violence psychologique institutionnelle

Quelles sont les maltraitements que vous signalez le plus chez les adultes vulnérables ?

- négligence intrafamiliale
- violence financière intrafamiliale
- violence physique intrafamiliale
- violence psychologique intrafamiliale
- inceste
- agression sexuelle extérieure à la famille
- négligence institutionnelle
- violence financière
- violence physique institutionnelle
- violence psychologique institutionnelle

Durant ces trois dernières années avez-vous suspecté des cas de maltraitements chez un de vos patients ?

- Oui
- Non

Si oui quel est le nombre de ces situations par an (en moyenne) depuis que vous exercez ?

.....

Pour les situations repérées, avez-vous rencontré des difficultés :

- dans le repérage des troubles
- dans le diagnostic
- dans les liens avec les autres professionnels
- dans les liens avec les autres institutions
- dans le relais pour une autre prise en charge (ex. trouver un médecin ou un psychothérapeute)
- dans la prise de décision à signaler ou non
- dans la suite de la prise en charge

Pour les situations que vous n'avez pas signalées, pouvez-vous nous en préciser les raisons ? (plusieurs réponses possibles)

- Peur de se tromper
- Peur de représailles de la part du ou des mis en cause
- Peur des représailles au sein du service (isolement, tensions avec la direction)
- Espoir que la situation allait s'arranger
- Manque de formation
- Peur de conséquences sur la patientèle
- Crainte de répercussions dans le lien thérapeutique au patient
- Conviction que d'autres professionnels s'occupaient du signalement
- Conviction (liée à d'autres expériences) que l'enfant/
- Conviction (liée à d'autres expériences) que l'adulte en danger ne serait pas protégé par le signalement et risquait même d'être davantage en danger

Pour vous, quel est le type de maltraitance le plus difficile à repérer ?

- négligence intrafamiliale
- violence financière intrafamiliale
- violence physique intrafamiliale
- violence psychologique intrafamiliale
- inceste
- agression sexuelle extérieure à la famille
- négligence institutionnelle
- violence financière institutionnelle
- violence physique institutionnelle
- violence psychologique institutionnelle

Pensez-vous que les maltraitances :

- sont plus difficiles à repérer chez l'enfant
- sont plus difficiles à repérer chez l'adulte vulnérable
- sont aussi difficiles à repérer chez l'enfant que chez l'adulte vulnérable

Dans les situations où vous avez signalé la situation, avez-vous pu échanger au préalable avec d'autres collègues ?

- Oui
- Non

Dans les situations où vous avez signalé la situation, avez-vous été tenu(e) informé(e) des suites données ?

- Oui
- Non

Dans le cas où vous auriez été confronté(e) à une expérience négative d'un signalement, seriez-vous prêt à signaler de nouveau une situation de maltraitance ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Avez-vous fait l'objet de plainte pénale pour avoir tenté de protéger un enfant ou un adulte vulnérable ?

- Oui
- Non

Si oui, avez-vous été condamné(e) pénalement ?

- Oui
- Non

Pour les professionnel(le)s ayant un ordre, avez-vous fait l'objet de plainte ordinaire pour avoir tenté de protéger un enfant ou un adulte vulnérable ?

- Oui
- Non

Si oui avez-vous été sanctionné(e) ?

- Oui
- Non

Avez-vous fait l'objet de pressions institutionnelles pour avoir tenté de protéger un enfant ou un adulte vulnérable ?

- Oui
- Non

Trouvez-vous que les professionnels susceptibles de signaler des situations de maltraitements :

- Sont assez protégés par la justice ? Oui Non
- Sont assez protégés par leur ordre (pour les professions qui en ont) ? Oui Non
- Sont assez protégés par leur institution ? Oui Non
- Sont assez protégés des représailles des personnes mises en cause ? Oui Non

Quels sont pour vous les principaux obstacles au signalement des professionnels ?

.....

Quelles seraient les pistes à envisager pour une meilleure protection des enfants et des adultes vulnérables maltraités ?

.....

Nous vous remercions pour le temps passé à répondre à ces questions. SI vous souhaitez laisser des témoignages, remarques complémentaires l'espace suivant vous est dédié :

.....

§ 3 : Principaux résultats

Nous avons intégré certaines données des résultats qui nous paraissaient les plus pertinents dans le manuscrit de notre étude. Nous transmettons ci-après les autres données obtenues via une présentation à travers des tableaux et des graphiques pour plus de lisibilité.

Les analyses des données quantitatives ont été réalisées à partir du logiciel SPSS. La complexité de l'étude des positionnements professionnels face aux situations de maltraitance nous a conduit à effectuer également une recherche qualitative exploratoire auprès de différents personnels à partir d'entretiens semi-directifs. L'objectif de cette seconde méthode était de mieux repérer les facteurs éminents subjectifs à l'œuvre dans les cas de maltraitance et de comprendre ce qui dans les émotions, les ressentis, les expériences individuelles et professionnelles pouvaient venir expliquer certaines décisions de signaler ou de se taire.

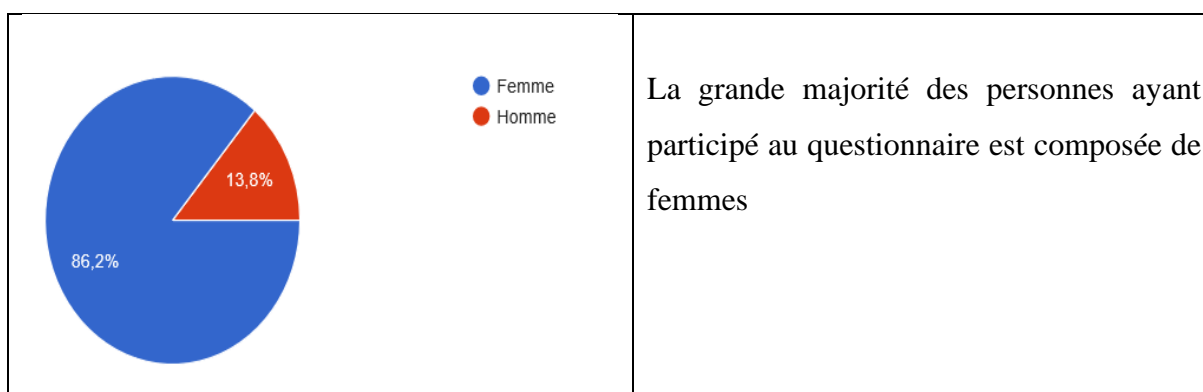
L'analyse quantitative a été faite à partir de tris à plat et de tris croisés et supervisée par Laurence Créton-Cazanave, PhD sociologue à l'université de Grenoble. Nous avons effectué des tris à plat thématiques (répartition des répondants selon les modalités des variables, à l'échelle de l'échantillon) et des tris croisés (recherche de corrélations entre des variables) avec la mise en ligne de la variable supposée indépendante (ou explicative). Toutes les lectures de la sur/sous-représentation d'une catégorie reposent sur la comparaison entre le % d'une donnée précise et le % moyen.

Pour des raisons de significativité des données, notamment lors des tris croisés, nous avons réuni les données orthophoniste et psychomotricien(ne), dans une seule catégorie.

Il n'y a dans notre approche pas d'attitude clivante entre analyse qualitative et quantitative. Loin de les opposer l'une à l'autre, elles nous apparaissent complémentaires et indispensables à envisager conjointement pour mieux décrypter le contexte actuel.

Parallèlement à l’envoi de ces questionnaires, nous avons réalisé plusieurs entretiens individuels semi-directifs, anonymisés, avec des questions fermées et d’autres ouvertes permettant aux professionnels de s’exprimer le plus librement possible. La durée moyenne était d’une heure avec enregistrement des entretiens avec l’accord des participants pour une retranscription fidèle des témoignages. Les propos recueillis sont retranscrits in extenso. Nous avons également pris en compte les réponses et remarques spontanées transmises par les participants au questionnaire. L’analyse des entretiens en lien avec celle des questionnaires nous a permis d’avoir une représentation qui nous semble la plus juste possible de cette délicate situation du signalement des personnes vulnérables, enfants et personnes âgées.

A - Profil des participants



Sexe

	Fréquence	%	% valide	% cumulé
Homme	160	13,8	13,8	13,8
Femme	997	86,2	86,2	100,0
Total	1157	100,0	100,0	

La ségrégation professionnelle est un sujet de longue date qui se réfère à la répartition des femmes et des hommes selon les métiers.⁴⁵⁰ Elle est particulièrement importante entre les

⁴⁵⁰ ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS, Démographie médicale française, situation au 1er janvier 2004, *Étude*, n° 37, novembre 2004.

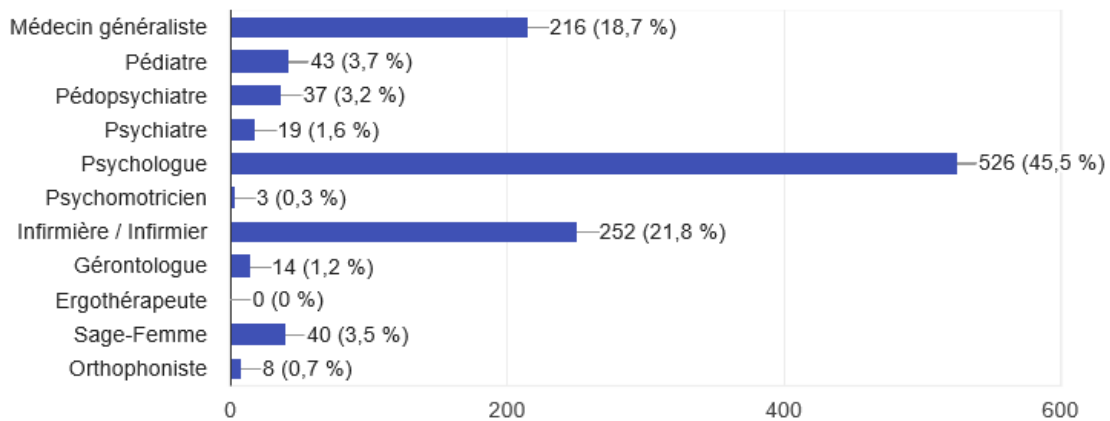
INSEE, (2014), *Femmes et hommes – Regards sur la parité*, Éditions INSEE.
<https://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/12/2013-079.pdf>

femmes et les hommes peu qualifiés, jeunes, parents de trois enfants ou plus, et souvent plus forte en province qu'en Île-de-France et dans le secteur privé que dans le secteur public. L'évolution sociétale française a conduit à partir des années 1980 à une plus grande part des femmes dans l'ensemble des milieux professionnels : le taux d'emploi des hommes a diminué en raison de l'effet conjugué de l'allongement des études, de l'augmentation du chômage, et de l'abaissement de l'âge moyen de la retraite (avec une moindre participation des seniors masculins au marché du travail). Certains secteurs (enseignement, aide à la personne, services administratifs) sont reconnus comme des métiers très féminisés alors que d'autres sont plus masculins (armées, services de secours, métiers de catégories A ou à fortes responsabilités).

Concernant les métiers du soin, ils sont pour la plupart féminisés, certains plus que d'autres : 62 % de psychologue, 87,7 % d'infirmières, et selon l'Ordre national des médecins 57 % des professionnels de psychiatrie sont des femmes, 84,5 % en pédiatrie. Sur la moyenne nationale toutes spécialités médicales confondues il y aurait 41 % de médecins femmes. Elles exercent plus fréquemment en milieu institutionnel et moins souvent que les hommes en secteur libéral (près d'une femme médecin sur deux exerce une activité libérale, contre deux tiers des hommes).

Il est donc assez logique de retrouver un décalage entre la proportion hommes/femmes ayant répondu aux questionnaires, mais celui-ci est particulièrement important et pourrait nous amener à faire l'hypothèse que les femmes sont plus sensibles à cette problématique que leurs collègues masculins.

B - Profession des participants



Le questionnaire était ouvert à tout soignant et nous constatons que ce sont majoritairement les psychologues qui ont répondu (1,5 % du nombre national des psychologues), suivis des infirmiers et des médecins généralistes. Mais ces chiffres doivent être mis en lien avec les effectifs globaux de ces professions, actualisés tous les ans par la DREES, service études et statistiques du Ministère de la Santé et de la Solidarité⁴⁵¹. Et le résultat pour les principales professions est tout autre puisque ce sont, proportionnellement les pédopsychiatres qui ont le plus participé à cette étude avec un manque d'intérêt étonnant des pédiatres :

1. Pédopsychiatres : 6 % du nombre total national des pédopsychiatres, essentiellement des pédopsychiatres ayant plus de 10 ans d'expérience.
2. Psychologues : 1,5 % du nombre total national des psychologues avec une participation de professionnels surtout en milieu de carrière, aucun psychologue ayant plus de 20 ans d'expérience n'a participé au questionnaire.
3. Gérontologues : 0,7 % du nombre total national des gérontologues avec la participation de jeunes professionnels (moins de 5 ans d'expérience).
4. Généralistes : 0,4 % du nombre total national des médecins généralistes de toute sorte de durée d'expérience professionnelle.
5. Sages-femmes : 0,2 % du nombre total national des sages-femmes dont la majorité a plus de 5 ans d'expérience.
6. Psychiatres : 0,1 % du nombre total national des psychiatres dont la majorité a plus de 1 an d'expérience professionnelle
7. Pédiatres : 0,05 % du nombre total national des pédiatres

⁴⁵¹ http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,497,514

C - Type de difficultés quand une situation est repérée en fonction de la fréquence des situations de maltraitance à enfants dans leur activité

Pour les situations repérées, avez-vous rencontré des difficultés :(récentes .

			Aucune difficulté rencontrée	dans la prise de décision à signaler ou non	dans la suite de la prise en charge	dans le relais pour une autre prise en charge	dans le diagnostic, dans le repérage des troubles	dans les liens avec les autres institutions	dans les liens avec les autres intervenants	Mixte dont prise décision signaler	Mixte, sans prise décision signaler	Total
Diriez-vous que dans le cadre de votre activité clinique les cas de maltraitance d'enfants sont :	Rare et Exceptionnel	Effectif	22	60	20	9	22	9	12	196	74	424
		% dans rActivFreqME	5,2 %	14,2 %	4,7 %	2,1 %	5,2 %	2,1 %	2,8 %	46,2 %	17,5 %	100,0 %
	Fréquent et très fréquent	Effectif	16	47	39	23	5	11	12	204	120	477
		% dans rActivFreqME	3,4 %	9,9 %	8,2 %	4,8 %	1,0 %	2,3 %	2,5 %	42,8 %	25,2 %	100,0 %
	Non Concerné	Effectif	32	33	14	5	12	5	17	103	35	256
		% dans rActivFreqME	12,5 %	12,9 %	5,5 %	2,0 %	4,7 %	2,0 %	6,6 %	40,2 %	13,7 %	100,0 %
Total		Effectif	70	140	73	37	39	25	41	503	229	1157
		% dans rActivFreqME	6,1 %	12,1 %	6,3 %	3,2 %	3,4 %	2,2 %	3,5 %	43,5 %	19,8 %	100,0 %

D -Type de difficultés quand une situation est repérée en fonction de la fréquence des situations de maltraitance à enfants dans leur activité

			Pour les situations repérées, avez-vous rencontré des difficultés :(rec)									
			Aucune difficulté rencontrée	dans la prise de décision à signaler ou non	dans la suite de la prise en charge	dans le relais pour une autre prise en charge	dans le diagnostic, dans le repérage des troubles	dans les liens avec les autres institutions	dans les liens avec les autres intervenants	Mixte dont prise décision signaler	Mixte, sans prise décision signaler	Total
Diriez-vous que dans le cadre de votre activité clinique les cas de maltraitance d'enfants sont :	Rare et Exceptionnel	Effectif	22	60	20	9	22	9	12	196	74	424
		% dans rActivFreqME	5,2 %	14,2 %	4,7 %	2,1 %	5,2 %	2,1 %	2,8 %	46,2 %	17,5 %	100,0 %
	Fréquent et très fréquent	Effectif	16	47	39	23	5	11	12	204	120	477
		% dans rActivFreqME	3,4 %	9,9 %	8,2 %	4,8 %	1,0 %	2,3 %	2,5 %	42,8 %	25,2 %	100,0 %
	Non Concerné	Effectif	32	33	14	5	12	5	17	103	35	256
		% dans rActivFreqME	12,5 %	12,9 %	5,5 %	2,0 %	4,7 %	2,0 %	6,6 %	40,2 %	13,7 %	100,0 %
Total		Effectif	70	140	73	37	39	25	41	503	229	1157
		% dans rActivFreqME	6,1 %	12,1 %	6,3 %	3,2 %	3,4 %	2,2 %	3,5 %	43,5 %	19,8 %	100,0 %

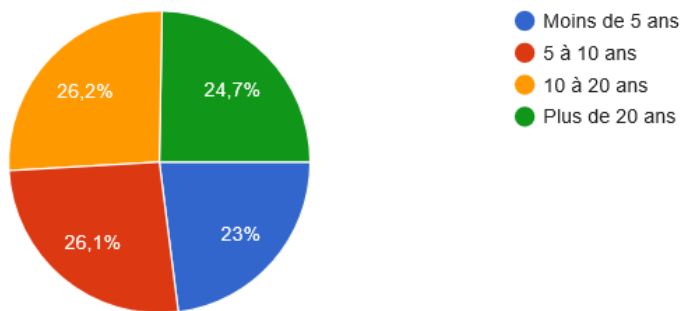
E - Réponses selon la durée d'exercice dans la profession

Pour rappel ce questionnaire a été adressé à plusieurs reprises à l'ensemble des Ordres des professions soignantes, aux fédérations, syndicats et mailings professionnels spécifiques. Que certaines professions telles que les ergothérapeutes et kinésithérapeutes qui sont au contact quotidien avec des personnes vulnérables n'aient pas participé à cette recherche interrogent sur la place qu'ils pensent avoir à occuper sur cette thématique. Qu'aucun professionnel de l'Éducation nationale n'ait répondu est tout aussi stupéfiant. Pour avoir interrogé, suite à ces résultats, des personnes de cette catégorie professionnelle la réponse a été unanime : « ce n'est pas à nous, ce sont aux médecins ou aux assistantes sociales de s'occuper de ces problématiques, nous on est dans le soin » comme si, le fait de signaler une personne vulnérable pour la protéger n'était pas aussi un acte de soin, ce qui ne peut que poser question. Selon la Haute Autorité de Santé, les signalements d'enfants en danger ne relèveraient que de 2 à 5 % de l'ensemble des signalements de professionnels soignants. Et concernant les professionnels du milieu scolaire les réponses étaient du type de celle-ci faite par un psychologue de l'éducation nationale⁴⁵² : « nous sommes fonctionnaires et nous ne pouvons pas répondre sur des études extérieures et de toute façon quand un signalement est envisagé il passe toujours par le médecin conseiller technique de l'académie, donc nous ne sommes pas vraiment concernés »...

Le fait que les psychologues hospitaliers, de l'aide sociale à l'enfance et libéraux soient les plus nombreux à avoir participé à cette étude, peut s'expliquer selon les retours qui nous ont été faits par leur grande solitude sur ce sujet, que ce soit par manque de formation initiale, par isolement dans les institutions ou par « l'absence d'intérêt habituel de notre profession sur ce sujet ». Le besoin de témoigner semble à la hauteur du besoin d'être formés et informés des psychologues qui n'ont par ailleurs aucun Ordre comme support lorsqu'ils se retrouvent en difficulté.

⁴⁵² Les psychologues scolaires sont devenus des psychologues de l'éducation nationale avec un unique corps de psychologues premier et second degré. Auparavant ils étaient avant tout enseignant spécialisé en psychologie avec deux ans de formation suite à plusieurs années d'expérience et un concours interne. Désormais le recrutement se fera après un cursus complet de psychologie jusqu'au master puis intégration suite à un concours (décret n° 2017-120 du 1^{er} février 2017 et circulaire n° 2017-079 du 28 avril 2017). Ils sont donc dorénavant considérés comme des professionnels ressources essentiels dans la reconnaissance clinique des troubles sauf que les formations des collègues déjà en poste sont inexistantes...

E.1 – Moyenne des durées d'exercice des répondants



Si l'on regarde de façon très générale, la répartition des professionnels quant à leur ancienneté dans leur fonction est très équilibrée. Il y a autant de jeunes professionnels que de collègues très aguerris ayant participé à cette étude.

E.2 – Durées d'exercice des répondants selon leur profession

Une analyse plus précise des répondants selon les professions permet de constater que la participation à l'étude selon la durée d'exercice et la profession varie selon les métiers. Les gérontologues, les psychiatres, les psychologues et les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire sont surtout des jeunes professionnels. Les pédiatres, infirmiers, sages-femmes, orthophonistes et pédopsychiatres sont plus nombreux à avoir répondu en ayant une carrière professionnelle de plus de dix ans.

De tels résultats semblent devoir être analysés avec prudence, car si la question du manque de formation et du besoin de répondre à ce type de sujet peut expliquer l'investissement de certains, il est aussi possible de considérer que des professionnels plus aguerris se sont sentis plus légitimes pour répondre. En l'absence d'études sur ce sujet, l'analyse de ces résultats restera donc prudente.

**Quelle est la durée de votre exercice
dans cette fonction ?**

Votre profession			Quelle est la durée de votre exercice dans cette fonction ?				Total	
			Moins de 5 ans	5 à 10 ans	10 à 20 ans	Plus de 20 ans		
Gérontologue	Votre sexe	Homme	Effectif	0	1	1	0	2
			% dans Votre sexe	0,0 %	50,0 %	50,0 %	0,0 %	100,0 %
	Femme	Effectif	5	6	0	1	12	
		% dans Votre sexe	41,7 %	50,0 %	0,0 %	8,3 %	100,0 %	
	Total	Effectif	5	7	1	1	14	
	% dans Votre sexe	35,7 %	50,0 %	7,1 %	7,1 %	100,0 %		
Infirmier(e)	Votre sexe	Homme	Effectif	3	14	11	16	44
			% dans Votre sexe	6,8 %	31,8 %	25,0 %	36,4 %	100,0 %
	Femme	Effectif	30	30	50	98	208	
		% dans Votre sexe	14,4 %	14,4 %	24,0 %	47,1 %	100,0 %	
	Total	Effectif	33	44	61	114	252	
	% dans Votre sexe	13,1 %	17,5 %	24,2 %	45,2 %	100,0 %		
Médecin généraliste	Votre sexe	Homme	Effectif	15	4	6	18	43
			% dans Votre sexe	34,9 %	9,3 %	14,0 %	41,9 %	100,0 %
	Femme	Effectif	80	49	26	18	173	
		% dans Votre sexe	46,2 %	28,3 %	15,0 %	10,4 %	100,0 %	
	Total	Effectif	95	53	32	36	216	
	% dans Votre sexe	44,0 %	24,5 %	14,8 %	16,7 %	100,0 %		
Orthophoniste	Votre sexe	Homme	Effectif	1	0	0		1
			% dans Votre sexe	100,0 %	0,0 %	0,0 %		100,0 %
	Femme	Effectif	1	4	5		10	
		% dans Votre sexe	10,0 %	40,0 %	50,0 %		100,0 %	
	Total	Effectif	2	4	5		11	
	% dans Votre sexe	18,2 %	36,4 %	45,5 %		100,0 %		
Pédiatre	Votre sexe	Homme	Effectif	0	0	0	5	5
			% dans Votre sexe	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %	100,0 %
	Femme	Effectif	2	5	6	25	38	
		% dans Votre sexe	5,3 %	13,2 %	15,8 %	65,8 %	100,0 %	
	Total	Effectif	2	5	6	30	43	
	% dans Votre sexe	4,7 %	11,6 %	14,0 %	69,8 %	100,0 %		
Pédopsychiatre	Votre sexe	Homme	Effectif	0	3	1	3	7
			% dans Votre sexe	0,0 %	42,9 %	14,3 %	42,9 %	100,0 %
	Femme	Effectif	4	6	11	8	29	
		% dans Votre sexe	13,8 %	20,7 %	37,9 %	27,6 %	100,0 %	
	Total	Effectif	4	9	12	11	36	
	% dans Votre sexe	11,1 %	25,0 %	33,3 %	30,6 %	100,0 %		
Psychiatre		Homme	Effectif	0	0	1	2	3

	Votre		% dans Votre sexe	0,0 %	0,0 %	33,3 %	66,7 %	100,0 %
	sexe	Femme	Effectif	7	3	3	3	16
			% dans Votre sexe	43,8 %	18,8 %	18,8 %	18,8 %	100,0 %
	Total		Effectif	7	3	4	5	19
			% dans Votre sexe	36,8 %	15,8 %	21,1 %	26,3 %	100,0 %
Psychologue	Votre	Homme	Effectif	12	14	22	7	55
	sexe		% dans Votre sexe	21,8 %	25,5 %	40,0 %	12,7 %	100,0 %
		Femme	Effectif	100	150	150	71	471
			% dans Votre sexe	21,2 %	31,8 %	31,8 %	15,1 %	100,0 %
	Total		Effectif	112	164	172	78	526
			% dans Votre sexe	21,3 %	31,2 %	32,7 %	14,8 %	100,0 %
Sage-Femme	Votre	Femme	Effectif	6	13	10	11	40
	sexe		% dans Votre sexe	15,0 %	32,5 %	25,0 %	27,5 %	100,0 %
	Total		Effectif	6	13	10	11	40
			% dans Votre sexe	15,0 %	32,5 %	25,0 %	27,5 %	100,0 %
Total	Votre	Homme	Effectif	31	36	42	51	160
	sexe		% dans Votre sexe	19,4 %	22,5 %	26,3 %	31,9 %	100,0 %
		Femme	Effectif	235	266	261	235	997
			% dans Votre sexe	23,6 %	26,7 %	26,2 %	23,6 %	100,0 %
	Total		Effectif	266	302	303	286	1157
			% dans Votre sexe	23,0 %	26,1 %	26,2 %	24,7 %	100 %

F – Réponses selon le lieu d'exercice actuel

Plusieurs réponses étaient possibles à cet item puisque de nombreux professionnels travaillant dans des lieux différents. La fragmentation de l'activité professionnelle sur différents lieux ne facilite pas le signalement, car les collègues manquent de temps et ne peuvent pas assurer une continuité dans le suivi de certaines situations.

Le fait d'exercer dans des lieux différents ne facilite pas également le travail entre collègue par manque de temps pour se connaître et pour échanger sur des situations toujours très complexes. Comme nous l'avons rappelé le lien de confiance est essentiel pour les professionnels qui se retrouvent face au signalement d'une situation de maltraitance d'un mineur ou d'une personne âgée vulnérable. Pour oser échanger sur ses doutes, ses interrogations, il est fondamental que le professionnel puisse se sentir en confiance avec des collègues qui ne le jugeront pas et qui seront dans une co-construction réflexive. Quand un professionnel n'est présent qu'une journée par semaine dans un établissement par exemple, il

n'a pas le temps de créer ses liens de confiance avec ses pairs et il lui est alors bien plus difficile de faire part de ses incertitudes et de solliciter l'avis d'autres collègues.

	Fréquence	%	% valide	% cumulé
Association	96	8,3	8,3	8,3
Institution publique hospitalière	231	20,0	20,0	28,3
Institution publique socio-éducative	223	19,3	19,3	47,5
Libéral	366	31,6	31,6	79,2
Service spécialisée en protection de l'enfance	45	3,9	3,9	83,1
Service spécialisée près des personnes âgées	29	2,5	2,5	85,6
Structure privée hospitalière	30	2,6	2,6	88,2
Mixte - Spé : Enfance, socio éducative	66	5,7	5,7	93,9
Mixte - Spé : Personnes âgées	13	1,1	1,1	95,0
Mixte - sans spé	58	5,0	5,0	100,0
Total	1157	100,0	100,0	

Les participants aux questionnaires sont essentiellement des professionnels libéraux ce qui pourrait étonner sachant combien ces personnels sont souvent débordés par leur activité. Le très faible taux de participation dans les services très spécialisés en protection de l'enfance et en gérontologie ne peut qu'interroger une fois de plus sur cet apparent désintérêt pour un sujet si fondamental dans la prise en charge du public vulnérable dont ils ont la charge. Si l'on croise les lieux d'exercice, les professions et l'ancienneté, les professionnels qui signalent le plus sont les sages-femmes de plus de cinq ans d'exercice et les pédopsychiatres de plus de dix ans d'exercice.

Le Défenseur des droits rappelle combien repérer la maltraitance en établissement est déjà délicat, mais plus facile, car « la population est captive »⁴⁵³ alors qu'en exercice libéral les professionnels sont bien plus isolés et réticents. Cela se traduit par le fait que la majorité des

⁴⁵³ TOUBON J. La défense des droits des personnes âgées : des citoyens comme les autres. Entretien avec Maryvonne Lyazid, réalisé le 10 juin 2014 par Marie Mercat-Bruns, *Retraite et société* 2014/2 (n° 68), pages 143 à 150.

travaux portant sur les violences commises sur des personnes âgées sont issus d'études effectuées dans les établissements médicaux sociaux comme ceux initiés par Jean-Paul Delevoye⁴⁵⁴ ou ceux portant sur la maltraitance financière⁴⁵⁵.

Contexte général d'exercice actuel

	Fréquence	%	% valide	% cumulé
En cabinet où vous exercez avec d'autres collègues	324	28,0	28,0	28,0
En institution	655	56,6	56,6	84,6
Isolé	84	7,3	7,3	91,9
Mixte	94	8,1	8,1	100,0
Total	1157	100,0	100,0	

Il a déjà été repéré que⁴⁵⁶ les professionnels exerçant seuls signalent moins que ceux travaillant en équipe en particulier au sein des structures hospitalières. Le fait d'exercer seul présente le risque d'être submergé par ce qui est vu et/ou entendu et de ne pas avoir le recul nécessaire pour prendre la décision adaptée. Au niveau libéral, les patients sont aussi des clients qui choisissent leur praticien ce qui fait que certains parents maltraitants ne font pas consulter leur enfant et stoppe brutalement une prise en charge suite à des révélations. Le fait du lien financier lié à la rémunération du professionnel peut aussi conduire certains à se sentir redevables et à céder à des demandes d'attestation ou de signalement quitte à formuler de réelles accusations sans aucun fondement, comme cette orthophoniste attestant en justice avoir été « agressée physiquement » par le père d'une petite patiente alors que celui-ci qui, par précaution enregistrait tous les échanges, a pu prouver le contraire.

Le fait de travailler en équipe ou (pour les libéraux) d'appartenir à un réseau pluridisciplinaire limite les biais interprétatifs et protège au final bien davantage l'enfant, mais aussi les professionnels.

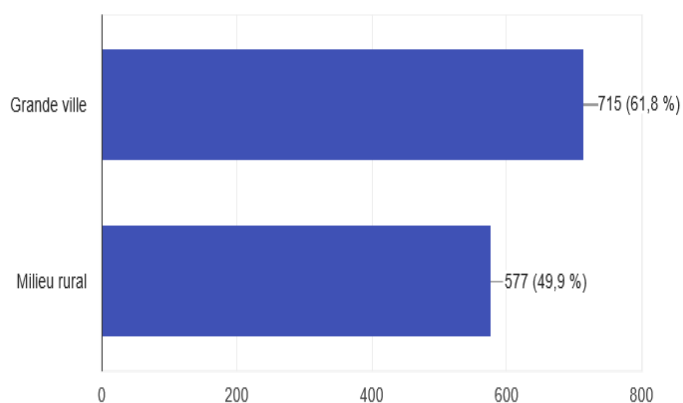
⁴⁵⁴ Rapport de la mission sur la maltraitance financière à l'égard des personnes âgées dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux : [http://www.eoi.at/d/Sonderberichte%20-%20Brosch%C3%BCren/Frankreich/1301070123_RAPPORT_MALTRAITANCE_FINANCIERE_-\[1\].pdf](http://www.eoi.at/d/Sonderberichte%20-%20Brosch%C3%BCren/Frankreich/1301070123_RAPPORT_MALTRAITANCE_FINANCIERE_-[1].pdf)

⁴⁵⁵ Rapport de la mission sur la maltraitance financière à l'égard des personnes âgées dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux : [http://www.eoi.at/d/Sonderberichte%20-%20Brosch%C3%BCren/Frankreich/1301070123_RAPPORT_MALTRAITANCE_FINANCIERE_-\[1\].pdf](http://www.eoi.at/d/Sonderberichte%20-%20Brosch%C3%BCren/Frankreich/1301070123_RAPPORT_MALTRAITANCE_FINANCIERE_-[1].pdf)

⁴⁵⁶ WARNER-ROGERS J.E., HANSEN D.J., SPIETH L.E. The influence of case and professional variables on identification and reporting of physical abuse : a study with medical students. *Child Abuse & Neglect* ; V1996, ol. 20, No. 9 : 851 – 866.

G - Département et cadre d'exercice

Le questionnaire ayant été adressé à tout professionnel sans distinction de départements et de zone d'activité, nous avons principalement eu des réponses de collègues exerçant en ville. Plusieurs hypothèses pourraient être formulées sur le fait que ce sont essentiellement des soignants de milieu urbain qui ont pris le temps de participer, mais aucune ne peut être avancée comme certitude. Certains collègues en poste en milieu rural nous ont dit se considérer comme « moins légitimes » à participer à une recherche que des collègues exerçant en ville. A priori purement personnel, mais qui nous a été rapporté par plusieurs collègues considérant que les soignants des grandes villes « avaient plus de cas » ou « plus d'expérience ». Nous pouvons aussi émettre l'hypothèse que même si la recherche était anonymisée, certains collègues ont inconsciemment craint de témoigner et cela est plus souvent le cas en milieu rural où la proximité entre soignants et personnes prises en charge est fréquente, en tous cas bien plus importante que dans l'anonymat des grandes villes.



La répartition est très inégale d'un département à l'autre. Par contre nous pouvons constater que les professionnels des départements urbains sont majoritaires à avoir répondu.

	Fréquence	%	% valide	% cumulé
Grande ville	580	50,1	50,1	50,1
Grande ville, Milieu rural	135	11,7	11,7	61,8
Milieu rural	442	38,2	38,2	100,0
Total	1157	100,0	100,0	

H - Dans les situations où vous avez signalé la situation, avez-vous pu échanger au préalable avec d'autres collègues ?

84,3 % des professionnels expliquent avoir pu, avant de signaler, discuter de la situation, ce qui est loin des recommandations d'échanges systématiques entre professionnels...

	Fréquence	%
Aucune difficulté rencontrée	70	6,1
dans la prise de décision à signaler ou non	140	12,1
dans la suite de la prise en charge	73	6,3
dans le relais pour une autre prise en charge (ex. trouver un médecin ou un psychothérapeute)	37	3,2
dans le diagnostic, dans le repérage des troubles	39	3,4
dans les liens avec les autres institutions	25	2,2
dans les liens avec les autres professionnels	41	3,5
Mixte dont prise décision signaler	503	43,5
Mixte, sans prise décision signalée	229	19,8
Total	1157	100,0

I - Type de difficultés quand une situation est repérée en fonction de déclaration de pressions institutionnelles

		Aucune difficulté rencontrée	dans la prise de décision à signaler ou non	dans la suite de la prise en charge	dans le relais pour une autre prise en charge	dans le diagnostic, dans le repérage des troubles	dans les liens avec les autres institutions	dans les liens avec les autres intervenants	Mixte dont prise décision signaler	Mixte, sans prise décision signaler	Total	
Avez-vous fait l'objet de pressions institutionnelles pour avoir tenté de protéger un enfant ou un adulte vulnérable ?	Non	Effectif	67	129	59	34	35	22	33	425	193	997
		% dans Pression Inst	6,7 %	12,9 %	5,9 %	3,4 %	3,5 %	2,2 %	3,3 %	42,6 %	19,4 %	100,0 %
	Oui	Effectif	3	11	14	3	4	3	8	78	36	160
		% dans Pression Inst	1,9 %	6,9 %	8,8 %	1,9 %	2,5 %	1,9 %	5,0 %	48,8 %	22,5 %	100,0 %
Total		Effectif	70	140	73	37	39	25	41	503	229	1157
		% dans Pression Inst	6,1 %	12,1 %	6,3 %	3,2 %	3,4 %	2,2 %	3,5 %	43,5 %	19,8 %	100,0 %

J - Type de difficultés quand une situation de maltraitance est repérée en fonction de la profession

Votre profession			Aucune difficulté rencontrée	dans la prise de décision à signaler	dans la suite de la prise en charge	Relais pour autre prise en charge	dans le diagnostic, repérage des troubles	dans les liens avec les autres institutions	dans les liens avec les autres intervenants	Mixte dont prise décision signaler	Mixte, sans prise décision signaler	Total
	Gérontologue	Effectif	0	2	0	0	0	0	2	5	5	14
		% dans Votre profession	0,0 %	14,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	14,3 %	35,7 %	35,7 %	100,0 %
	Infirmière Infirmier	Effectif	42	27	14	7	13	6	17	89	37	252
		% dans Votre profession	16,7 %	10,7 %	5,6 %	2,8 %	5,2 %	2,4 %	6,7 %	35,3 %	14,7 %	100,0 %
	Médecin généraliste	Effectif	2	36	11	6	16	2	1	98	44	216
		% dans Votre profession	0,9 %	16,7 %	5,1 %	2,8 %	7,4 %	0,9 %	0,5 %	45,4 %	20,4 %	100,0 %
	Orthophoniste	Effectif	0	1	1	0	1	0	0	6	2	11
		% dans Votre profession	0,0 %	9,1 %	9,1 %	0,0 %	9,1 %	0,0 %	0,0 %	54,5 %	18,2 %	100,0 %
	Pédiatre	Effectif	1	2	2	0	0	2	1	23	12	43
		% dans Votre profession	2,3 %	4,7 %	4,7 %	0,0 %	0,0 %	4,7 %	2,3 %	53,5 %	27,9 %	100,0 %
	Pédopsychiatre	Effectif	0	1	6	1	0	1	1	15	11	36
		% dans Votre profession	0,0 %	2,8 %	16,7 %	2,8 %	0,0 %	2,8 %	2,8 %	41,7 %	30,6 %	100,0 %
	Psychiatre	Effectif	1	4	3	0	0	1	2	8	0	19
		% dans Votre profession	5,3 %	21,1 %	15,8 %	0,0 %	0,0 %	5,3 %	10,5 %	42,1 %	0,0 %	100,0 %
	Psychologue	Effectif	19	61	35	20	8	12	16	245	110	526
		% dans Votre profession	3,6 %	11,6 %	6,7 %	3,8 %	1,5 %	2,3 %	3,0 %	46,6 %	20,9 %	100,0 %

	Sage-Femme	Effectif	5	6	1	3	1	1	1	14	8	40
		% dans Votre profession	12,5 %	15,0 %	2,5 %	7,5 %	2,5 %	2,5 %	2,5 %	35,0 %	20,0 %	100,0 %
Total		Effectif	70	140	73	37	39	25	41	503	229	1157
		% dans Votre profession	6,1 %	12,1 %	6,3 %	3,2 %	3,4 %	2,2 %	3,5 %	43,5 %	19,8 %	100,0 %

K - Type de difficultés quand une situation est repérée en fonction de la fréquence des situations de maltraitance à enfants dans leur activité

		Pour les situations repérées, avez-vous rencontré des difficultés :(rec)										
		Aucune difficulté rencontrée	dans la prise de décision à signaler ou non	dans la suite de la prise en charge	dans le relais pour une autre prise en charge	dans le diagnostic, dans le repérage des troubles	dans les liens avec les autres institutions	dans les liens avec les autres intervenants	Mixte dont prise décision signaler	Mixte, sans prise décision signaler	Total	
Diriez-vous que dans le cadre de votre activité clinique les cas de maltraitance d'enfants sont :	Rare et Exceptionnel	Effectif	22	60	20	9	22	9	12	196	74	424
		% dans rActivFreqME	5,2 %	14,2 %	4,7 %	2,1 %	5,2 %	2,1 %	2,8 %	46,2 %	17,5 %	100,0 %
	Fréquent et très fréquent	Effectif	16	47	39	23	5	11	12	204	120	477
		% dans rActivFreqME	3,4 %	9,9 %	8,2 %	4,8 %	1,0 %	2,3 %	2,5 %	42,8 %	25,2 %	100,0 %
	Non Concerné	Effectif	32	33	14	5	12	5	17	103	35	256
		% dans rActivFreqME	12,5 %	12,9 %	5,5 %	2,0 %	4,7 %	2,0 %	6,6 %	40,2 %	13,7 %	100,0 %
Total		Effectif	70	140	73	37	39	25	41	503	229	1157
		% dans rActivFreqME	6,1 %	12,1 %	6,3 %	3,2 %	3,4 %	2,2 %	3,5 %	43,5 %	19,8 %	100,0 %

L - Type de difficultés quand une situation est repérée en fonction de la fréquence des situations de maltraitance à enfants dans leur activité

			Pour les situations repérées, avez-vous rencontré des difficultés :(
			Aucune difficulté rencontrée	dans la prise de décision à signaler ou non	dans la suite de la prise en charge	dans le relais pour une autre prise en charge	dans le diagnostic, dans le repérage des troubles	dans les liens avec les autres institutions	dans les liens avec les autres intervenants	Mixte dont prise décision signaler	Mixte, sans prise décision signaler	Total
Diriez-vous que dans le cadre de votre activité clinique les cas de maltraitance d'enfants sont :	Rare et Exceptionnel	Effectif	22	60	20	9	22	9	12	196	74	424
		% dans rActivFreqME	5,2 %	14,2 %	4,7 %	2,1 %	5,2 %	2,1 %	2,8 %	46,2 %	17,5 %	100,0 %
	Fréquent et très fréquent	Effectif	16	47	39	23	5	11	12	204	120	477
		% dans rActivFreqME	3,4 %	9,9 %	8,2 %	4,8 %	1,0 %	2,3 %	2,5 %	42,8 %	25,2 %	100,0 %
	Non Concerné	Effectif	32	33	14	5	12	5	17	103	35	256
		% dans rActivFreqME	12,5 %	12,9 %	5,5 %	2,0 %	4,7 %	2,0 %	6,6 %	40,2 %	13,7 %	100,0 %
Total		Effectif	70	140	73	37	39	25	41	503	229	1157
		% dans rActivFreqME	6,1 %	12,1 %	6,3 %	3,2 %	3,4 %	2,2 %	3,5 %	43,5 %	19,8 %	100,0 %

M - Type de difficultés quand une situation est repérée en fonction de la durée d'exercice

		Aucune difficulté rencontrée	dans la prise de décision à signaler ou non	dans la suite de la prise en charge	dans le relais pour une autre prise en charge	dans le diagnostic, dans le repérage des troubles	dans les liens avec les autres institutions	dans les liens avec les autres intervenants	Mixte dont prise décision signaler	Mixte, sans prise décision signaler	Total	
Quelle est la durée de votre exercice dans cette fonction ?	Moins de 5 ans	Effectif	15	44	15	8	9	2	7	119	47	266
		% dans Quelle est la durée de votre exercice dans cette fonction ?	5,6 %	16,5 %	5,6 %	3,0 %	3,4 %	0,8 %	2,6 %	44,7 %	17,7 %	100,0 %
	5 à 10 ans	Effectif	12	32	5	7	11	6	11	161	57	302
		% dans Quelle est la durée de votre exercice dans cette fonction ?	4,0 %	10,6 %	1,7 %	2,3 %	3,6 %	2,0 %	3,6 %	53,3 %	18,9 %	100,0 %
	10 à 20 ans	Effectif	18	39	23	13	9	7	8	125	61	303
		% dans Quelle est la durée de votre exercice dans cette fonction ?	5,9 %	12,9 %	7,6 %	4,3 %	3,0 %	2,3 %	2,6 %	41,3 %	20,1 %	100,0 %
	Plus de 20 ans	Effectif	25	25	30	9	10	10	15	98	64	286
		% dans Quelle est la durée de votre exercice dans cette fonction ?	8,7 %	8,7 %	10,5 %	3,1 %	3,5 %	3,5 %	5,2 %	34,3 %	22,4 %	100,0 %
Total		Effectif	70	140	73	37	39	25	41	503	229	1157
		% dans Quelle est la durée de votre exercice dans cette fonction ?	6,1 %	12,1 %	6,3 %	3,2 %	3,4 %	2,2 %	3,5 %	43,5 %	19,8 %	100,0 %

N - Type de difficultés quand une situation est repérée en fonction du lieu d'exercice

		Aucune difficulté rencontrée	dans la prise de décision à signaler ou non	dans la suite de la prise en charge	dans le relais pour une autre prise en charge	dans le diagnostic, dans le repérage des troubles	dans les liens avec les autres institutions	dans les liens avec les autres intervenants	Mixte dont prise décision signaler	Mixte, sans prise décision signaler	Total	
Quel est votre lieu d'exercice actuel ?	Association	Effectif	6	9	7	4	2	0	3	49	16	96
		% dans Lieu d'exercice	6,3 %	9,4 %	7,3 %	4,2 %	2,1 %	0,0 %	3,1 %	51,0 %	16,7 %	100,0 %
	Institution publique hospitalière	Effectif	17	29	17	1	5	8	9	95	50	231
		% dans Lieu d'exercice	7,4 %	12,6 %	7,4 %	0,4 %	2,2 %	3,5 %	3,9 %	41,1 %	21,6 %	100,0 %
	Institution publique socio- éduc	Effectif	2	24	17	17	5	6	6	92	54	223
		% dans lieu d'exercice	0,9 %	10,8 %	7,6 %	7,6 %	2,2 %	2,7 %	2,7 %	41,3 %	24,2 %	100,0 %
	Libéral	Effectif	28	59	18	8	20	6	17	158	52	366
		% dans Lieu d'exercice	7,7 %	16,1 %	4,9 %	2,2 %	5,5 %	1,6 %	4,6 %	43,2 %	14,2 %	100,0 %
	Service spé en protection de l'enfance	Effectif	4	2	5	3	0	1	0	18	12	45
		% dans Lieu d'exercice	8,9 %	4,4 %	11,1 %	6,7 %	0,0 %	2,2 %	0,0 %	40,0 %	26,7 %	100,0 %
	Service spé personnes âgées	Effectif	1	3	1	0	3	1	2	12	6	29
		% dans Lieu d'exercice	3,4 %	10,3 %	3,4 %	0,0 %	10,3 %	3,4 %	6,9 %	41,4 %	20,7 %	100,0 %
	Structure privée hospitalière	Effectif	5	3	2	1	2	1	2	12	2	30
		% dans Lieu d'exercice	16,7 %	10,0 %	6,7 %	3,3 %	6,7 %	3,3 %	6,7 %	40,0 %	6,7 %	100,0 %
	Mixte - Spé : Enfance, socio éducative	Effectif	6	3	4	1	1	1	1	29	20	66
		% dans Lieu d'exercice	9,1 %	4,5 %	6,1 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %	43,9 %	30,3 %	100,0 %
	Mixte - Spé :Personnes âgées	Effectif	0	0	0	1	0	0	0	7	5	13
		% dans Lieu d'exercice	0,0 %	0,0 %	0,0 %	7,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	53,8 %	38,5 %	100,0 %
Mixte - sans spé	Effectif	1	8	2	1	1	1	1	31	12	58	
	% dans Lieu d'exercice	1,7 %	13,8 %	3,4 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %	53,4 %	20,7 %	100,0 %	
Total		Effectif	70	140	73	37	39	25	41	503	229	1157
		% dans Lieu d'exercice	6,1 %	12,1 %	6,3 %	3,2 %	3,4 %	2,2 %	3,5 %	43,5 %	19,8 %	100,0 %

O - Type de difficultés quand une situation est repérée en fonction de la formation continue obtenue au sujet des enfants maltraités

		Aucune difficulté rencontrée	dans la prise de décision à signaler ou non	dans la suite de la prise en charge	dans le relais pour une autre prise en charge	dans le diagnostic, dans le repérage des troubles	dans les liens avec les autres institutions	dans les liens avec les autres intervenants	Mixte dont prise décision signaler	Mixte, sans prise décision signaler	Total	
Depuis votre diplôme, avez-vous bénéficié de formation (s) pour savoir comment repérer des signes de maltraitance chez l'enfant ?	Non	Effectif	54	100	34	22	30	13	29	300	112	694
		% dans FCME	7,8 %	14,4 %	4,9 %	3,2 %	4,3 %	1,9 %	4,2 %	43,2 %	16,1 %	100,0 %
	Oui	Effectif	16	40	39	15	9	12	12	203	117	463
		% dans FCME	3,5 %	8,6 %	8,4 %	3,2 %	1,9 %	2,6 %	2,6 %	43,8 %	25,3 %	100,0 %
Total		Effectif	70	140	73	37	39	25	41	503	229	1157
		% dans FCME	6,1 %	12,1 %	6,3 %	3,2 %	3,4 %	2,2 %	3,5 %	43,5 %	19,8 %	100,0 %

P - Type de difficultés quand une situation est repérée en fonction de la fréquence de la maltraitance adulte dans leur activité et leur expérience

		Aucune difficulté rencontrée	dans la prise de décision à signaler ou non	dans la suite de la prise en charge	dans le relais pour une autre prise en charge	dans le diagnostic, dans le repérage des troubles	dans les liens avec les autres institutions	dans les liens avec les autres intervenants	Mixte dont prise décision signaler	Mixte, sans prise décision signaler	Total	
Diriez-vous que dans le cadre de votre activité clinique les cas de maltraitance d'adultes vulnérables sont :	Rare et Exceptionnel	Effectif	37	66	26	15	19	9	23	170	73	438
		% dans rActivFreqAV	8,4 %	15,1 %	5,9 %	3,4 %	4,3 %	2,1 %	5,3 %	38,8 %	16,7 %	100,0 %
	Fréquent et très fréquent	Effectif	19	40	24	8	13	7	15	184	79	389
		% dans rActivFreqAV	4,9 %	10,3 %	6,2 %	2,1 %	3,3 %	1,8 %	3,9 %	47,3 %	20,3 %	100,0 %
	Non Concerné	Effectif	14	34	23	14	7	9	3	149	77	330
		% dans rActivFreqAV	4,2 %	10,3 %	7,0 %	4,2 %	2,1 %	2,7 %	0,9 %	45,2 %	23,3 %	100,0 %
Total		Effectif	70	140	73	37	39	25	41	503	229	1157
		% dans rActivFreqAV	6,1 %	12,1 %	6,3 %	3,2 %	3,4 %	2,2 %	3,5 %	43,5 %	19,8 %	100,0 %

Q -Type de difficultés quand une situation est repérée en fonction de la fréquence de suspicion de maltraitance d'un patient sur les 3 dernières années

		Aucune difficulté rencontrée	dans la prise de décision à signaler ou non	dans la suite de la prise en charge	dans le relais pour une autre prise en charge	dans le diagnostic, dans le repérage des troubles	dans les liens avec les autres institutions	dans les liens avec les autres intervenants	Mixte dont prise décision signaler	Mixte, sans prise décision signaler	Total	
Durant ces trois dernières années avez-vous suspecté des cas de maltraitances chez un de vos patients (enfant ou adulte) ?	Non	Effectif	33	25	6	4	16	5	10	44	18	161
		% dans repérage	20,5 %	15,5 %	3,7 %	2,5 %	9,9 %	3,1 %	6,2 %	27,3 %	11,2 %	100,0 %
	Oui	Effectif	37	115	67	33	23	20	31	459	211	996
		% dans repérage	3,7 %	11,5 %	6,7 %	3,3 %	2,3 %	2,0 %	3,1 %	46,1 %	21,2 %	100,0 %
Total		Effectif	70	140	73	37	39	25	41	503	229	1157
		% dans repérage	6,1 %	12,1 %	6,3 %	3,2 %	3,4 %	2,2 %	3,5 %	43,5 %	19,8 %	100,0 %

Majoritairement les professionnels ont été concernés par des situations de maltraitance (86,1 %) sur les trois dernières années d'exercice. Seuls 20,5 % déclarent n'avoir eu « aucune difficulté » que ce soit dans le repérage, la décision et la rédaction du signalement. La plupart des soignants expriment leurs difficultés en précisant qu'elles sont de multiples origines, même si la question de la prise de décision revient comme un des facteurs principaux des difficultés rencontrées.

Durant ces trois dernières années avez-vous suspecté des cas de maltraitances chez un de vos patients (enfant ou adulte) ?

	Fréquence	%	% valide	% cumulé
Non	161	13,9	13,9	13,9
Oui	996	86,1	86,1	100,0
Total	1157	100,0	100,0	

Variables qui influencent les réponses à cette question : profession, durée d'exercice dans cette fonction (les 5/20 ans d'exercice ont le plus suspecté de cas de maltraitance), lieu d'exercice actuel, contexte d'exercice actuel, formation initiale des cours sur la maltraitance de la personne âgée et de l'adulte vulnérable (handicapé, femme enceinte, violences conjugales), formation continue pour savoir comment repérer des signes de maltraitances chez l'enfant (évaluateurs, spécifiques, non-évaluateurs), formation continue sur la rédaction d'un signalement ou d'une information préoccupante pour un enfant.

R - Type de difficultés quand une situation est repérée en fonction de la connaissance des textes révélations de maltraitance concernant les enfants (CoTextME)

		Aucune difficulté rencontrée	dans la prise de décision à signaler ou non	dans la suite de la prise en charge	dans le relais pour une autre prise en charge	dans le diagnostic, dans le repérage des troubles	
Connaissez-vous tous les textes judiciaires relatifs aux révélations des situations de maltraitance concernant les enfants	Non	Effectif	54	118	41	21	32
		% dans CoTextME	6,5 %	14,1 %	4,9 %	2,5 %	3,8 %
	Oui	Effectif	16	22	32	16	7
		% dans CoTextME	5,0 %	6,8 %	9,9 %	5,0 %	2,2 %
Total		Effectif	70	140	73	37	39
		% dans CoTextME	6,1 %	12,1 %	6,3 %	3,2 %	3,4 %

S - Type de difficultés quand une situation est repérée en fonction de la Suspicion de maltraitance d'un patient sur les 3 dernières années

Pour les situations repérées, avez-vous rencontré des difficultés

			Aucune difficulté rencontrée	Divers DONT la prise de décision à signaler ou non	Divers SANS la prise de décision à signaler	Total
Durant ces trois dernières années avez- vous suspecté des cas de maltraitances chez un de vos patients (enfant ou adulte) ?	Non	Effectif	33	69	59	161
		% dans repérage	20,5 %	42,9 %	36,6 %	100,0 %
	Oui	Effectif	37	574	385	996
		% dans repérage	3,7 %	57,6 %	38,7 %	100,0 %
Total		Effectif	70	643	444	1157
		% dans repérage	6,1 %	55,6 %	38,4 %	100,0 %

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	11
INTRODUCTION.....	13
<i>Chapitre 1 : Objectifs</i>	<i>16</i>
<i>Chapitre 2 : L'élaboration de la recherche.....</i>	<i>19</i>
Section 1 - Le choix du public concerné	19
§ 1 : Les victimes	19
A – Les mineurs.....	19
B - Les personnes âgées vulnérables.....	21
§ 2 : Les professionnels visés	27
A - Les professionnels considérés comme « soignants ».....	28
B - L'importance des juridictions ordinales pour certaines professions soignantes	30
1° - Historique.....	30
2° - Les missions des Conseils de l'ordre.....	31
3° - Une évolution probable dans les années à venir.....	32
C - La spécificité des psychologues	34
Section 2 - Le recueil des données	36
§ 1 : Les modalités de sollicitation des soignants	36
§ 2 : La réalisation d'un questionnaire.....	37
Section 3 - Les modalités d'analyse des résultats	38
PREMIÈRE PARTIE LES PROFESSIONNELS DE SANTE FACE AUX ENJEUX CLINIQUES DU REPERAGE ET DE L'EVALUATION DE LA MALTRAITANCE.....	43
<i>Titre 1 : La nécessité de connaître la maltraitance pour pouvoir signaler.....</i>	<i>45</i>
Chapitre 1 : Les définitions de la maltraitance	47
Section 1 : De la nécessité de définir la notion de maltraitance	47
§ 1 : La maltraitance est un enjeu de santé publique	47
§ 2 : Les définitions au niveau international	50
A – Les définitions concernant les mineurs.....	51
B – Les définitions concernant les personnes âgées vulnérables.....	52
§ 3 : Les définitions au niveau national.....	52
A – Les définitions concernant les mineurs.....	52
B – Les définitions concernant les personnes âgées vulnérables.....	53
§ 4 : Les définitions de la maltraitance selon les professionnels ayant participé à la recherche	53
1° Les soignants face à la maltraitance subie des mineurs	56
2° Les soignants face à la maltraitance des personnes âgées vulnérables	57
Section 2 : Les différents types de maltraitance	59
§ 1 : La maltraitance psychologique.....	61
A - La maltraitance psychologique au sens général	62
B – La maltraitance psychologique dans le contexte familial.....	63
1° Les enfants exposés aux violences familiales	64
2° Les enfants exposés aux enlèvements parentaux	66
3° Les personnes âgées exposées aux violences familiales	69
C - Le cas particulier de la radicalisation	71
1° - Tentative de définition	71
2° - Le processus de radicalisation.....	72
3°- Radicalisation, soignants et signalement	73
§ 2 : La maltraitance physique	79
A - Les manifestations des maltraitements physiques en général	80
B - Les maltraitements physiques spécifiques	81
1° - Le Syndrome du bébé secoué	81
2° - Le syndrome de Silverman	82
3° - Le syndrome de Münchhausen par procuration	83
§ 3 : Les violences sexuelles	85
A - Les manifestations des maltraitements sexuelles en général	86

B - Les différents types de maltraitements sexuelles	87
1° - Les infractions sexuelles corporelles	87
2° - Les infractions sexuelles non corporelles	96
3° - Les infractions sexuelles qui ne concernent que les mineurs.....	97
Chapitre 2 : L'évaluation de la maltraitance	101
Section 1 - Les facteurs de risque de maltraitance.....	101
§ 1 : Les facteurs individuels	101
§ 2 : Les facteurs intrafamiliaux	102
§ 3 : Les facteurs institutionnels	107
Section 2 - Les troubles à repérer	110
§ 1 : Les troubles spécifiques	111
§ 2 : Les troubles évocateurs	112
§ 3 : Les troubles non spécifiques	113
§ 4 : La complexité du diagnostic	114
<i>Titre 2 : Les difficultés rencontrées par les professionnels pour reconnaître la maltraitance</i>	<i>117</i>
Chapitre 1 : Les difficultés de repérage liées aux résistances personnelles des professionnels ou des victimes	119
Section 1 - La difficulté du repérage de l'intentionnalité	119
Section 2 - L'absence de bases cliniques communes	126
Chapitre 2 : Les difficultés de repérage dues au manque de formation.....	129
Section 1 - Le constat du manque de formation	129
1° État des formations initiales	131
2° État sur les formations continues.....	132
3° Les carences selon les types de professions.....	134
Section 2 - Les conséquences du manque de formation.....	141
§ 1 : L'implication difficile des soignants face au signalement de la maltraitance.....	142
§ 2 : La banalisation des faits de maltraitance	143
§ 3 : La psychiatrisation excessive.....	144
<i>Conclusion de la première partie</i>	<i>149</i>

SECONDE PARTIE LES PROFESSIONNELS DE SANTE FACE AUX ENJEUX LEGAUX DU REPERAGE ET DE L'EVALUATION DE LA MALTRAITEMENT.....151

<i>Titre 1 - Les connaissances relatives au dispositif de protection</i>	<i>153</i>
Chapitre 1 : Les connaissances nécessaires au niveau juridique	155
Section 1 - L'organisation de la protection des personnes vulnérables	155
Sous-section 1 : Le dispositif de protection des mineurs	156
§ 1 - La spécificité du mineur	156
A - La catégorie juridique de mineur.....	156
1° - La différenciation des mineurs doués ou non de discernement	159
2° - L'intérêt de l'enfant comme facteur d'appréciation du danger	167
B - Le mineur sujet spécifique de droit international.....	168
1° - La convention internationale des droits de l'enfant	169
2° - La Convention de La Haye relative à la compétence, la loi applicable, la reconnaissance, l'exécution et la coopération en matière de responsabilité parentale et de mesures de protection des enfants	170
3° - La convention européenne des droits de l'homme	171
§ 2 : La pluridisciplinarité de la protection du mineur en droit interne	172
A - La protection du mineur par le droit pénal.....	173
1° - L'évolution des principaux textes assurant la protection juridique du mineur	173
2° La typologie des infractions spécifiques aux mineurs	178
3° - Les règles procédurales protectrices des mineurs	182
4° - La protection civile des mineurs.....	193
5° - La protection administrative du mineur.....	208
Sous-section 2 : La protection des personnes âgées vulnérables	211
§ 1 - La protection civile des personnes âgées maltraitées.....	212
§ 2 : La protection des personnes âgées vulnérables par le droit pénal	217
A - Les infractions	218
1° - Le délaissement.....	218
2° - L'abus de faiblesse	219
3° - L'abstention de protection	219
B - Les personnes âgées vulnérables victimes de maltraitance et la procédure	219

1° - L'organisation du signalement des personnes âgées vulnérables.....	220
2° - La prescription concernant les personnes âgées dans la procédure.....	221
3° - La participation de la personne âgée à la procédure judiciaire.....	223
Section 2 - Les acteurs du système judiciaire que les professionnels doivent identifier.....	227
§ 1 : Les principaux magistrats.....	228
A – Le procureur de la République.....	228
B – Le juge d'instruction.....	230
C – Le juge des enfants.....	230
D – Le juge des tutelles.....	232
§ 2 : Les personnes assurant la défense des intérêts de l'enfant.....	233
A – L'avocat d'enfant.....	233
B – L'administrateur <i>ad hoc</i>	235
1° - Les origines du terme administrateur <i>ad hoc</i>	235
2° - Les missions de l'administrateur <i>ad hoc</i>	235
3° - Les conditions pour être administrateur <i>ad hoc</i>	237
Section 3 - Les modes de déclenchement de la protection judiciaire.....	239
§ 1 : Le déclenchement de la procédure pénale.....	239
A – Le signalement.....	239
§ 2 : Le déclenchement de la procédure civile pour protéger le mineur victime.....	243
Chapitre 2 : Les connaissances nécessaires au niveau administratif.....	245
Section 1 - Les modalités d'action du professionnel.....	245
§ 1 : Les sollicitations anonymes.....	245
1° - Les appels téléphoniques.....	245
2° Les écrits anonymes.....	247
§ 2 : Les hospitalisations.....	247
A – Les hospitalisations des mineurs.....	247
1° - Les hospitalisations.....	249
B – Les hospitalisations des personnes âgées vulnérables.....	252
§ 3 : Les certificats médicaux.....	253
Section 2 - L'information préoccupante (IP).....	254
Chapitre 3 : Les connaissances relatives au secret professionnel.....	259
Section 1 - Les contours du secret professionnel.....	259
§ 1 : La signification du secret professionnel.....	259
A – Définition du secret.....	259
B – Les enjeux du secret face à des personnes vulnérables.....	260
§ 2 : Les personnes dépositaires du secret.....	261
Section 2 – Les modalités de mise en œuvre du secret professionnel.....	263
§ 1 : Le contenu de l'obligation au secret.....	263
§ 2 : Les modalités de levée du secret professionnel.....	265
A – L'obligation de lever le secret professionnel.....	265
B – La possibilité de lever le secret professionnel.....	266
1° La levée individuelle du secret professionnel.....	267
2° : La levée du secret professionnel dans le cadre du secret partagé.....	272
Titre 2 - Les difficultés des professionnels soignants face aux dispositifs de protection.....	283
Chapitre 1 : Des difficultés majorées par des méconnaissances multiples.....	285
Section 1 - Le manque de données épidémiologiques réellement fiables.....	285
§ 1 : Les données statistiques actuellement accessibles pour les mineurs.....	288
§ 2 : Les données statistiques actuellement accessibles au sujet des personnes âgées maltraitées.....	289
Section 2 - La difficulté à signaler par manque de formation.....	294
§ 1 : Les enjeux des formations initiales et continues.....	294
§ 2 : Les réponses données par les participants à l'étude.....	297
§ 3 : Les supervisions.....	301
A – Des espaces essentiels pour les professionnels.....	302
B – Des espaces essentiels pour les équipes.....	304
C – Des espaces essentiels pour les institutions.....	306
Chapitre 2 : La difficulté de poser l'acte de signalement.....	307
Section 1 - Les difficultés liées à la démarche même du signalement.....	307
§ 1 : Les représentations personnelles de la maltraitance.....	308
§ 2 : L'éthique du soin et son incidence dans la décision de signaler.....	311
§ 3 : La crainte de se tromper.....	315

Section 2 - Les difficultés liées aux conséquences possibles du signalement	316
§ 1 : Les conséquences pour les personnes signalées	316
§ 2 : Les conséquences pour les soignants eux-mêmes	327
A – Les enjeux liés aux dynamiques institutionnelles	327
B – Le témoignage des soignants	328
C – Les poursuites encourues par les soignants	334
1° - Les poursuites pénales possibles	334
2° - Les poursuites civiles possibles	334
3° - Les poursuites disciplinaires possibles	335
4° - Les craintes à titre personnel	339
§ 3 : Les conséquences pour les équipes	341
Section 3 - La difficulté du passage de l'intention de signaler à l'écrit	342
§ 1 : Le processus décisionnel	342
§ 2 : L'incidence de l'évolution législative dans les décisions de signalement	344
<i>Conclusion de la seconde partie</i>	347
CONCLUSION GENERALE	351
BIBLIOGRAPHIE	357
§ 1 : OUVRAGES GÉNÉRAUX, TRAITES ET MANUELS	357
§ 2 : OUVRAGES SPECIALISES ET THESES	369
§ 3 : ARTICLES ET CHRONIQUES	375
§ 4 : RAPPORTS	403
§ 5 : NOTES, OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS	410
ANNEXES	419
Section 1 - Contenu de la rédaction d'un signalement	419
A – REDACTION D'UN SIGNALEMENT JUDICIAIRE D'UN MINEUR	419
B – REDACTION D'UN SIGNALEMENT JUDICIAIRE D'UNE PERSONNE AGE E VULNERABLE	427
C – L'EVALUATION D'UNE SITUATION DE DANGER LIEE A UNE CRISE SUICIDAIRE	435
D – GRILLE D'ANALYSE D'UNE SITUATION DE DANGER	438
E – EXEMPLE DE PROGRAMME DE @LEARNING	440
Section 2 - Questionnaire et résultats	441
§ 1 : Courriers adressés aux professionnels via internet	441
§ 2 : Questionnaire proposé	442
§ 3 : Principaux résultats	449
TABLE DES MATIÈRES	477

LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONFRONTÉS AUX SITUATIONS DE MALTRAITANCES SUR DES MINEURS ET DES PERSONNES ÂGÉES VULNÉRABLES

Résumé : Ce travail s'inscrit dans le contexte social d'une meilleure attention portée aux victimes, en particulier de maltraitance. Au-delà de cette évolution qui se traduit dans les textes de loi à ce sujet, il apparaît, dans la pratique des professionnels de terrain, que les résistances sont nombreuses à signaler les plus vulnérables. C'est le cas des soignants qui se trouvent particulièrement concernés, car bien souvent les premiers à pouvoir repérer des signes de maltraitances (somatiques, psychologiques). Leur réticence, voire leur résistance à signaler, n'a jamais été étudiée sous l'angle du droit, à savoir les arguments utilisés pour expliquer l'absence de signalement et les incidences en termes de protection juridique des plus vulnérables. Cette thèse a donc pour objectif de mieux comprendre les enjeux liés aux résistances à signaler des soignants. Pour des raisons pratiques, cette étude cible les deux extrémités des âges de la vie : les mineurs et les personnes âgées vulnérables ; la question de la maltraitance des personnes handicapées ou des victimes de violences conjugales est tout aussi essentielle, mais aurait nécessité un travail d'analyse plus complexe, impliquant d'autres enjeux. L'étude est conçue à partir de l'analyse des résultats d'un questionnaire internet renseigné par 1157 soignants. L'objectif principal de cette recherche est de mieux comprendre les résistances des professionnels de santé face aux signalements lorsqu'ils prennent en charge une personne vulnérable pour laquelle une maltraitance est suspectée, en particulier lorsqu'il s'agit d'un enfant ou d'une personne âgée. Les objectifs secondaires sont multiples et visent à évaluer l'incidence des facteurs individuels (âges, ancienneté, niveau de formation, lieu d'exercice) et des facteurs collectifs (dynamique institutionnelle, travail en réseau) sur le positionnement des professionnels face au signalement. L'organisation des résultats est proposée en deux parties : la première aborde la question des professionnels de santé face aux enjeux cliniques en matière de repérage, la seconde celle des professionnels de santé face aux textes législatifs et à leurs obligations professionnelles. Il apparaît essentiel que s'inscrive une véritable pédagogie du droit sur les droits des personnes les plus vulnérables, auprès des professionnels, en particulier des soignants exposés au repérage. C'est l'affirmation des droits de chacun et la compréhension de sa singularité et de son contexte de vie, qui permettra d'améliorer les pratiques et d'éviter les dérapages en tout genre (du « trop de signalement » à l'aveuglement coupable). Cette étude se centre sur l'analyse des pratiques des signalements des soignants en France ; cette problématique est loin d'être exclusivement nationale et les questions qui y sont liées ne peuvent être assurées par un État que si une réglementation est mise en œuvre aussi au niveau international.

Mots clés : Maltraitance, Mineur, Personne âgée vulnérable, Famille, Protection

HEALTH PROFESSIONALS FACE ABUSE OF VULNERABLE MINORS AND ELDERLY PEOPLE

Summary : This work is part of the very particular social context of better attention paid to victims, especially abuse. Beyond this development, which is reflected in the many pieces of legislation on this subject, it appears in the practice of field professionals that many resistances point to the most vulnerable. This is particularly the case for caregivers who are particularly concerned, as they are often the first to be able to spot signs of abuse (somatic, psychological). Their reluctance or even resistance to reporting has never been studied from the point of view of the right to know the arguments used by these professionals to explain their lack of reporting and the implications in terms of legal protection of the most vulnerable. The aim of this thesis is therefore to better understand the issues related to resistance to report from caregivers. For practical reasons, we targeted this study at both ends of the ages of life, namely on minors and vulnerable elderly people; the issue of abuse of persons with disabilities or victims of domestic violence is equally essential, but would have required even more complex analysis, as it involves other issues. The study was based on an analysis of the results of an internet questionnaire provided by 1157 carers. The main objective of this research is therefore to better understand the resistance of health professionals to reporting when they are caring for a vulnerable person for whom abuse is suspected, particularly when it is a child or an elderly person. The secondary objectives in such research are multiple and aim to assess the impact of individual factors (age, seniority, level of training, place of practice) and collective factors (institutional dynamics, networking) on positioning of professionals in the face of reporting. The organization of the results is proposed in two part: the first addresses the issue of health professionals in the face of clinical issues in the field of identification, the second that of health professionals in the face of legislation and their obligations professionals in this area. It seems essential that a genuine pedagogy of the law and on the rights of the most vulnerable people, among professionals and in particular of caregivers who are particularly exposed to identification, should be included. It is undoubtedly the affirmation of the rights of each person and the understanding of his singularity and his context of life that will improve practices and avoid slippages of all kinds (from "too much reporting" to guilty blindness). This study focuses on the analysis of the reporting practices of carers in France, but we make it clear at the outset that this problem is far from being exclusively national and that the issues related to it can only be carried out by a state if regulations are also being implemented at the international level.

Keywords : Abuse, Minor, Vulnerable elderly person, Family, Protection

CERFAPS EA 4600

Centre européen de recherches en droit des familles, des assurances, des personnes et de la santé
Université de Bordeaux – 16 avenue Léon Duguit – CS 50057 – F 33608 Pessac cedex