

**UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE**

**(Paris VI)**

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie

**ANNEE 2014**

**THESE**

N°.....

**DOCTORAT EN MÉDECINE**

*Spécialité : MÉDECINE GÉNÉRALE*

**SIGNALEMENT DES SUSPICIONS DE  
MALTRAITANCES ENVERS LES MINEURS PAR  
LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

*(Article soumis en Mai 2014 à la Revue "Exercer")*

*par*

**Madame DUBREUCQ GUERIF Evelyne**

*Née le 7 Avril 1984 à Iasi (Roumanie)*

*Présentée et soutenue publiquement le 5 Juin 2014.*

Directeurs de Thèse :

**Docteur Gilles LAZIMI**

**Docteur Claire RONDET**

Présidente de Thèse :

**Professeur Anne-Marie MAGNIER**

Membres du Jury :

- Professeur Jean LAFORTUNE
- Professeur Philippe CORNET
- Docteur Sandrine BEAUVOIT

# 1. REMERCIEMENTS

*Merci au Professeur Anne Marie MAGNIER pour m'avoir fait l'honneur de bien vouloir présider ce jury,*

*Merci aux membres du jury les Professeurs Philippe CORNET et Jean LAFORTUNE ainsi qu'au Docteur Sandrine BEAUVOIT pour avoir accepté de siéger dans ce jury,*

*Merci à mes directeurs de thèse les Docteurs Gilles LAZIMI et Claire RONDET pour leur disponibilité, leur précieuse aide et leur bienveillance à mon égard,*

*Merci à mon tuteur le Docteur Dominique TIRMARCHE, pour m'avoir accompagnée tout au long de mes études,*

*Merci à mon mari Julien pour ses précieux conseils et relectures,*

*Merci à ma famille et à mes amis pour leur aide, leur soutien et leur gentillesse tout au long de mes études.*

## 2. LISTE DES PU-PH DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE PIERRE ET MARIE CURIE Site SAINT-ANTOINE

<p><b>AMARENCO Gérard</b> Rééducation fonctionnelle et neurologique Hôpital ROTHSCHILD</p>	<p><b>BEREZIAT Gilbert</b> UMR 7079 Physiologie et physiopathologie Campus Jussieu</p>
<p><b>AMSELEM Serge</b> Génétique Hôpital TROUSSEAU</p>	<p><b>BERNAUDIN Jean François</b> Histologie biologie tumorale Hôpital TENON</p>
<p><b>ANDRE Thierry</b> Cancérologie Hôpital La Salpêtrière</p>	<p><b>BILLETTE DE VILLEMEUR Thierry</b> Neuropédiatrie Hôpital TROUSSEAU</p>
<p><b>ANTOINE Jean Marie</b> Gynécologie Obstétrique / Médecine de la Reproduction Hôpital TENON</p>	<p><b>BOCCON GIBOD Liliane</b> Anatomie pathologique Hôpital TROUSSEAU</p>
<p><b>ARACTINGI Sélim</b> Unité de Dermatologie Hôpital TENON</p>	<p><b>BONNET Francis</b> Anesthésie réanimation Hôpital TENON</p>
<p><b>ARLET Guillaume</b> Bactériologie Hôpital TENON</p>	<p><b>BORDERIE Vincent</b> Ophtalmologie CNHO des 15/20</p>
<p><b>ARRIVE Lionel</b> Radiologie Hôpital SAINT - ANTOINE</p>	<p><b>BOUCHARD Philippe</b> Endocrinologie Hôpital SAINT - ANTOINE</p>
<p><b>AUCOUTURIER Pierre</b> INSERM U 712 Hôpital Saint - Antoine</p>	<p><b>BOUDGHENE STAMBOULI Franck</b> Radiologie Hôpital TENON</p>
<p><b>AUDRY Georges</b> Chirurgie viscérale infantile Hôpital TROUSSEAU</p>	<p><b>BREART Gérard</b> Gynécologie obstétrique Hôpital TENON</p>
<p><b>BALLADUR Pierre</b> Chirurgie générale et digestive Hôpital SAINT - ANTOINE</p>	<p><b>CABANE Jean</b> Médecine interne Hôpital SAINT - ANTOINE</p>
<p><b>BARDET Jean</b> Cardiologie Hôpital SAINT - ANTOINE</p>	<p><b>CADRANEL Jacques</b> Pneumologie Hôpital TENON</p>
<p><b>BAUD Laurent</b> Explorations fonctionnelles multidisciplinaires Hôpital TENON</p>	<p><b>CASADEVALL Nicole</b> Hématologie biologique Hôpital SAINT - ANTOINE</p>

<p><b>BAUDON Jean Jacques</b> Néonatalogie Hôpital TROUSSEAU</p>	<p><b>CAYRE Yvon</b> Hématologie immunologie Hôpital DEBRE</p>
<p><b>BEAUGERIE Laurent</b> Gastroentérologie et Nutrition Hôpital SAINT - ANTOINE</p>	<p><b>CHAZOILLERES Olivier</b> Hépatologie gastroentérologie Hôpital SAINT - ANTOINE</p>
<p><b>BEAUSSIER Marc</b> Anesthésie – Réanimation Hôpital SAINT - ANTOINE</p>	<p><b>CHOSIDOW Olivier</b> Dermatologie – Allergologie Hôpital TENON</p>
<p><b>BENIFLA Jean Louis</b> Gynécologie Obstétrique Hôpital ROTHSCHILD</p>	<p><b>CHOUAID Christos</b> Pneumologie Hôpital SAINT - ANTOINE</p>
<p><b>BENSMAN Albert</b> Néphrologie, Dialyses et transplantations pédiatriques Hôpital TROUSSEAU</p>	<p><b>CHRISTIN - MAITRE Sophie</b> Endocrinologie Hôpital SAINT - ANTOINE</p>
<p><b>BERENBAUM Francis</b> Rhumatologie Hôpital SAINT - ANTOINE</p>	<p><b>CLEMENT Annick</b> Pneumologie Hôpital TROUSSEAU</p>
<p><b>CALLARD Patrice</b> Anatomie pathologique Hôpital TENON</p>	<p><b>CLERGUE François</b> Détaché au Ministère des Affaires Etrangères Hôpital Cantonal / Anesthésiologie 24, rue Micheli - du - Crest</p>
<p><b>CAPEAU Jacqueline</b> Inserm U.680 Faculté de Médecine P. &amp; M. Curie</p>	<p><b>COHEN Aaron</b> Cardiologie Hôpital SAINT - ANTOINE</p>
<p><b>CARBAJAL SANCHEZ Ricardo</b> Urgences pédiatriques Hôpital TROUSSEAU</p>	<p><b>CONSTANT Isabelle</b> Anesthésiologie réanimation Hôpital TROUSSEAU Genève 14 - Suisse</p>
<p><b>CARBONNE Bruno</b> Gynécologie obstétrique Hôpital SAINT - ANTOINE</p>	<p><b>COSNES Jacques</b> Gastro - entérologie et nutrition Hôpital SAINT - ANTOINE</p>
<p><b>CARETTE Marie France</b> Radiologie Hôpital TENON</p>	
<p><b>COULOMB Aurore</b> Anatomie et cytologie pathologiques Hôpital TROUSSEAU</p>	<p><b>FERON Jean Marc</b> Chirurgie orthopédique et traumatologique Hôpital SAINT - ANTOINE</p>
<p><b>DAMSIN Jean Paul</b> Orthopédie Hôpital TROUSSEAU</p>	<p><b>FLEJOU Jean François</b> Anatomie pathologique Hôpital SAINT - ANTOINE</p>
<p><b>DARAI Emile</b> Gynécologie obstétrique Hôpital TENON</p>	<p><b>FLORENT Christian</b> Hépatogastro - entérologie Hôpital SAINT - ANTOINE</p>
<p><b>DE GRAMONT Aimery</b></p>	

<p>Oncologie médicale Hôpital SAINT - ANTOINE</p> <p><b>DENOYELLE Françoise</b> ORL et chirurgie cervico - faciale Hôpital TROUSSEAU</p> <p><b>DEVAUX Jean Yves</b> Biophysique et médecine nucléaire Hôpital SAINT - ANTOINE</p> <p><b>DOUAY Luc</b> Hématologie biologique Hôpital TROUSSEAU</p> <p><b>DOURSOUNIAN Levon</b> Chirurgie orthopédique Hôpital SAINT - ANTOINE</p> <p><b>DUCOU LE POINTE Hubert</b> Radiologie Hôpital TROUSSEAU</p> <p><b>DURON Françoise</b> Endocrinologie Hôpital SAINT - ANTOINE</p> <p><b>DUSSAULE Jean Claude</b> Physiologie Hôpital SAINT - ANTOINE</p> <p><b>FAUROUX Brigitte</b> Gastro - entérologie et nutrition pédiatriques Hôpital TROUSSEAU</p> <p><b>GOLD Francis</b> Néonatalogie Hôpital TROUSSEAU</p> <p><b>GORIN Norbert</b> Hématologie clinique Hôpital SAINT - ANTOINE</p> <p><b>GRATEAU Gilles</b> Médecine interne Hôpital TENON</p> <p><b>GRIMFELD Alain</b> Pédiatrie orientation pneumologie et allergologie Hôpital TROUSSEAU</p> <p><b>GRIMPREL Emmanuel</b> Pédiatrie générale Hôpital TROUSSEAU</p>	<p><b>FRANCES Camille</b> Dermatologie – Allergologie Hôpital TENON</p> <p><b>FUNCK BRENTANO Christian</b> Pharmacologie clinique Hôpital SAINT - ANTOINE</p> <p><b>GARABEDIAN Eréa Noël</b> ORL et chirurgie cervico - faciale Hôpital TROUSSEAU</p> <p><b>GARBARG CHENON Antoine</b> Bactériologie virologie Hôpital TROUSSEAU</p> <p><b>GATTEGNO Bernard</b> Urologie Hôpital SAINT - ANTOINE</p> <p><b>GENDRE Jean Pierre</b> Gastro - entérologie et nutrition Hôpital SAINT - ANTOINE</p> <p><b>GIRARD Pierre Marie</b> Maladies infectieuses et tropicales Hôpital SAINT - ANTOINE</p> <p><b>GIRARDET Jean Philippe</b> Gastro - entérologie et nutrition pédiatriques Hôpital TROUSSEAU</p> <p><b>GIROT Robert</b> Hématologie biologique Hôpital TENON</p> <p><b>JOUANNIC Jean - Marie</b> Gynécologie obstétrique Hôpital TROUSSEAU</p> <p><b>JUST Jocelyne</b> Pneumologie et allergologie pédiatriques Hôpital TROUSSEAU</p> <p><b>LACAINE François</b> Chirurgie digestive et viscérale Hôpital TENON</p> <p><b>LACAU SAINT GUILY Jean</b> ORL Hôpital TENON</p> <p><b>LACAVE Roger</b> Histologie biologie tumorale Hôpital TENON</p>
--	---

<p><b>GRUNENWALD Dominique</b> Chirurgie thoracique Hôpital TENON</p>	<p><b>LANDMAN - PARKER Judith</b> Hématologie et oncologie pédiatriques Hôpital TROUSSEAU</p>
<p><b>GUIDET Bertrand</b> Réanimation médicale Hôpital SAINT - ANTOINE</p>	<p><b>LAROCHE Laurent</b> Ophtalmologie CHNO des Quinze - Vingt</p>
<p><b>HAAB François</b> Urologie Hôpital TENON</p>	<p><b>LE BOUC Yves</b> Explorations fonctionnelles Hôpital TROUSSEAU</p>
<p><b>HELARDOT Pierre Georges</b> Chirurgie viscérale infantile Hôpital TROUSSEAU</p>	<p><b>LEBEAU Bernard</b> Pneumologie Hôpital SAINT - ANTOINE</p>
<p><b>HOURY Sidney</b> Chirurgie digestive et viscérale Hôpital TENON</p>	<p><b>LEGRAND Ollivier</b> Hématologie oncologie médicale Hôpital HOTEL DIEU</p>
<p><b>HOUSSET Chantal</b> Biologie cellulaire – Inserm U. 680 Faculté de Médecine P. &amp; M. Curie</p>	<p><b>LEVERGER Guy</b> Hématologie et oncologie pédiatriques Hôpital TROUSSEAU</p>
<p><b>JAILLON Patrice</b> Pharmacologie clinique Faculté de Médecine P. &amp; M. Curie</p>	<p><b>LEVY Richard</b> Neurologie Hôpital SAINT - ANTOINE</p>
<p><b>LIENHART André</b> Anesthésie – Réanimation Hôpital SAINT - ANTOINE</p>	<p><b>MILLIEZ Jacques</b> Gynécologie obstétrique Hôpital SAINT - ANTOINE</p>
<p><b>LOTZ Jean Pierre</b> Cancérologie Hôpital TENON</p>	<p><b>MIMOUN Maurice</b> Chirurgie plastique Hôpital ROTHSCHILD</p>
<p><b>LOUVET Christophe</b> Oncologie médicale Hôpital SAINT - ANTOINE</p>	<p><b>MITANCHEZ Delphine</b> Néonatalogie Hôpital TROUSSEAU</p>
<p><b>MARIE Jean Pierre</b> Hématologie Hôpital HOTEL - DIEU</p>	<p><b>MONTRAVERS Françoise</b> Biophysique et médecine nucléaire Hôpital TENON</p>
<p><b>MARSAULT Claude</b> Radiologie Hôpital TENON</p>	<p><b>MURAT Isabelle</b> Anesthésie réanimation Hôpital TROUSSEAU</p>
<p><b>MASLIAH Joëlle</b> Inserm U.538 Faculté de Médecine P. &amp; M. Curie</p>	<p><b>NICOLAS Jean Claude</b> Virologie Hôpital TENON</p>
<p><b>MAURY Eric</b> Réanimation médicale Hôpital SAINT - ANTOINE</p>	<p><b>OFFENSTADT Georges</b> Réanimation médicale Hôpital SAINT - ANTOINE</p>

<p><b>MAYAUD Yves-Marie</b> Pneumologie Hôpital TENON</p> <p><b>MENU Yves</b> Radiologie Hôpital SAINT - ANTOINE</p> <p><b>MEYER Bernard</b> ORL et chirurgie cervico - faciale Hôpital TENON</p> <p><b>MEYOHAS Marie Caroline</b> Maladies infectieuses et tropicales Hôpital SAINT - ANTOINE</p> <p><b>MICHEL Pierre Louis</b> Cardiologie Hôpital TENON</p> <p><b>PERIE Sophie</b> ORL Hôpital TENON</p> <p><b>PETIT Jean Claude</b> Bactériologie virologie Hôpital SAINT - ANTOINE</p> <p><b>PIALOUX Gilles</b> Maladies infectieuses et tropicales Hôpital TENON</p> <p><b>POUPON Raoul</b> Hépatologie et gastro - entérologie Hôpital SAINT - ANTOINE</p> <p><b>RENOLLEAU Sylvain</b> Réanimation néonatale Hôpital TROUSSEAU</p> <p><b>RODRIGUEZ Diana</b> Neuro - pédiatrie Hôpital TROUSSEAU</p> <p><b>RONCO Pierre Marie</b> Néphrologie et dialyses Hôpital TENON</p> <p><b>RONDEAU Eric</b> Urgences néphrologiques – Transplantation rénale Hôpital TENON</p> <p><b>ROSMORDUC Olivier</b> Hépatogastro - entérologie Hôpital SAINT - ANTOINE</p>	<p><b>PAQUES Michel</b> Ophtalmologie CHNO des 15/20</p> <p><b>PARC Yann</b> Chirurgie générale et digestive Hôpital SAINT - ANTOINE</p> <p><b>PATERON Dominique</b> Service d' Accueil des Urgences Hôpital SAINT - ANTOINE</p> <p><b>PAYE François</b> Chirurgie générale et digestive Hôpital SAINT - ANTOINE</p> <p><b>PERETTI Charles - Siegfried</b> Psychiatrie d'adultes Hôpital SAINT - ANTOINE</p> <p><b>SAHEL José Alain</b> Ophtalmologie CHNO des 15/20</p> <p><b>SAUTET Alain</b> Chirurgie orthopédique Hôpital SAINT - ANTOINE</p> <p><b>SEZEUR Alain</b> Chirurgie générale Hôpital des DIACONESSES</p> <p><b>SIFFROI Jean Pierre</b> Génétique et embryologie médicales Hôpital TROUSSEAU</p> <p><b>SOUBRIER Florent</b> Département de génétique Groupe Hospitalier PITIE SALPETRIERE</p> <p><b>TALBOT Jean Noël</b> Biophysique médecine nucléaire Hôpital TENON</p> <p><b>THIBAUT Philippe</b> Urologie Hôpital TENON</p> <p><b>THOMAS Guy</b> Psychiatrie d'adultes Hôpital SAINT - ANTOINE</p> <p><b>THOUMIE Philippe</b> Rééducation neuro - orthopédique</p>
---	---

<p><b>ROUGER Philippe</b> I.N.T.S. 6, rue Alexandre Cabanel 75739 Paris cedex 15</p> <p><b>ROUZIER Roman</b> Gynécologie obstétrique Hôpital TENON</p> <p><b>ROZENBAUM Willy</b> Maladies infectieuses et tropicales Hôpital SAINT - LOUIS</p> <p><b>TRAXER Olivier</b> Urologie Hôpital TENON</p> <p><b>TRUGNAN Germain</b> Inserm U538 Faculté de Médecine P. &amp; M. Curie</p> <p><b>TUBIANA Jean Michel</b> Radiologie Hôpital SAINT - ANTOINE</p> <p><b>UZAN Serge</b> Gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction Hôpital TENON</p> <p><b>VALLERON Alain Jacques</b> Unité de santé publique Hôpital SAINT - ANTOINE</p>	<p>Hôpital ROTHSCHILD</p> <p><b>TIRET Emmanuel</b> Chirurgie générale et digestive Hôpital SAINT - ANTOINE</p> <p><b>TOUBOUL Emmanuel</b> Radiothérapie Hôpital TENON</p> <p><b>TOUNIAN Patrick</b> Gastro - entérologie et nutrition pédiatriques Hôpital TROUSSEAU</p> <p><b>VAYSSAIRAT Michel</b> Cardiologie Hôpital TENON</p> <p><b>VAZQUEZ Marie Paule</b> Chirurgie maxillo - faciale et stomatologie Hôpital TROUSSEAU</p> <p><b>WENDUM Dominique</b> Anatomie pathologique Hôpital SAINT - ANTOINE</p> <p><b>WISLEZ Marie</b> Pneumologie Hôpital TENON</p>
--	--

## DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE PARIS 6

<p><b>Pr Anne-Marie MAGNIER</b> - Professeur universitaire de médecine générale</p> <p><b>Pr Philippe CORNET</b> - Professeur associé de médecine générale</p> <p><b>Pr Jean LAFORTUNE</b> - Professeur associé de médecine générale</p> <p><b>Dr Gladys IBANEZ</b> - Maître de conférences universitaire de médecine générale</p> <p><b>Dr Jean-François RENARD</b> - Maître de conférences associé de médecine générale</p>	<p><b>Dr Luc MARTINEZ</b> - Maître de conférences associé de médecine générale</p> <p><b>Dr Dominique TIRMARCHE</b> - Maître de conférences associé de médecine générale</p> <p><b>Dr Gilles LAZIMI</b> - Maître de conférences associé de médecine générale</p> <p><b>Dr Claire RONDET</b> - chef de clinique de médecine générale</p> <p><b>Dr Julie CHASTANG</b> - chef de clinique de médecine générale</p>
---	---



### 3. LISTE DES PU-PH DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE PIERRE ET MARIE CURIE Site PITIE SALPETRIERE

<p><b>ACAR Christophe</b> CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO- VASCULAIRE</p>	<p><b>BENVENISTE Olivier</b> MEDECINE INTERNE</p>
<p><b>AGID Yves</b> FEDERATION DE NEUROLOGIE</p>	<p><b>BERTRAND Jacques-Charles</b> STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE</p>
<p><b>AGUT Henri</b> BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE</p>	<p><b>BITKER Marc Olivier</b> UROLOGIE</p>
<p><b>ALLILAIRE Jean-François</b> PSYCHIATRIE D'ADULTES</p>	<p><b>BODAGHI Bahram</b> OPHTALMOLOGIE</p>
<p><b>AMOURA Zahir</b> MEDECINE INTERNE</p>	<p><b>BOISVIEUX Jean-François</b> BIostatISTIQUES et INFORMATIQUE MEDICALE</p>
<p><b>ASTAGNEAU Pascal</b> EPIDEMIOLOGIE/SANTE PUBLIQUE</p>	<p><b>BOURGEOIS Pierre</b> RHUMATOLOGIE</p>
<p><b>AURENGO André</b> BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE</p>	<p><b>BRICAIRE François</b> MALADIES INFECTIEUSES - MALADIES TROPICALES</p>
<p><b>AUTRAN Brigitte</b> IMMUNOLOGIE</p>	<p><b>BRICE Alexis</b> GENETIQUE</p>
<p><b>BARROU Benoît</b> UROLOGIE</p>	<p><b>BRUCKERT Eric</b> ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES</p>
<p><b>BASDEVANT Arnaud</b> NUTRITION</p>	<p><b>CABANIS Emmanuel</b> RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE</p>
<p><b>BAULAC Michel</b> ANATOMIE / NEUROLOGIE</p>	<p><b>CACOUB Patrice</b> MEDECINE INTERNE</p>
<p><b>BAUMELOU Alain</b> NEPHROLOGIE</p>	<p><b>CALVEZ Vincent</b> VIROLOGIE ET BACTERIOLOGIE</p>
<p><b>BELMIN Joël</b> MEDECINE INTERNE</p>	<p><b>CAPRON Frédérique</b> ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE</p>
<p><b>BENHAMOU Albert</b> CHIRURGIE VASCULAIRE</p>	<p><b>COMBES Alain</b> REANIMATION MEDICALE</p>
<p><b>CARPENTIER Alexandre</b> NEUROCHIRURGIE</p>	<p><b>CORIAM Pierre</b> ANESTHESIOLOGIE et REANIMATION CHIRURGICALE</p>
<p><b>CATALA Martin</b> CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE (département de génétique)</p>	<p><b>CORNU Philippe</b></p>
<p><b>CATONNE Yves</b></p>	

<p>CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE</p> <p><b>CAUMES Eric</b> MALADIES INFECTIEUSES - MALADIES TROPICALES</p> <p><b>CESSELIN François</b> BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE</p> <p><b>CHAMBAZ Jean</b> BIOLOGIE CELLULAIRE</p> <p><b>CHARTIER-KASTLER Emmanuel</b> UROLOGIE</p> <p><b>CHASTRE Jean</b> REANIMATION MEDICALE</p> <p><b>CHERIN Patrick</b> MEDECINE INTERNE</p> <p><b>CHIGOT Jean-Paul</b> CHIRURGIE GENERALE</p> <p><b>CHIRAS Jacques</b> RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE III</p> <p><b>CLEMENT-LAUSCH Karine</b> NUTRITION</p> <p><b>CLUZEL Philippe</b> RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE</p> <p><b>COHEN David</b> PEDO-PSYCHIATRIE</p> <p><b>COHEN Laurent</b> NEUROLOGIE</p> <p><b>DUYCKAERTS Charles</b> ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES</p> <p><b>EYMARD Bruno</b> NEUROLOGIE</p> <p><b>FAUTREL Bruno</b> RHUMATOLOGIE</p> <p><b>FERRE Pascal</b> BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE</p> <p><b>FONTAINE Bertrand</b> FEDERATION DE NEUROLOGIE</p> <p><b>FOSSATI Philippe</b></p>	<p>NEURO-CHIRURGIE</p> <p><b>COURAUD François</b> BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE</p> <p><b>DANIS Martin</b> PARASITOLOGIE</p> <p><b>DAUTZENBERG Bertrand</b> PNEUMOLOGIE</p> <p><b>DAVI Frédéric</b> HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE</p> <p><b>DEBRE Patrice</b> IMMUNOLOGIE</p> <p><b>DELATTRE Jean-Yves</b> NEUROLOGIE (Fédération Mazarin)</p> <p><b>DERAY Gilbert</b> NEPHROLOGIE</p> <p><b>DERENNE Jean-Philippe</b> PNEUMOLOGIE</p> <p><b>DOMMERGUES Marc</b> GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE</p> <p><b>DORMONT Didier</b> RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE</p> <p><b>DUBOIS Bruno</b> NEUROLOGIE</p> <p><b>DURON Jean-Jacques</b> CHIRURGIE DIGESTIVE</p> <p><b>DUGUET Alexandre</b> PNEUMOLOGIE</p> <p><b>HAUW Jean-Jacques</b> ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES</p> <p><b>HELFTGérard</b> DEPARTEMENT DE CARDIOLOGIE</p> <p><b>HERSON Serge</b> THERAPEUTIQUE /MEDECINE INTERNE</p> <p><b>HEURTIER Agnès</b> ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES</p> <p><b>HOANG XUAN Khê</b> NEUROLOGIE</p> <p><b>ISNARD Richard</b></p>
--	--

<p>PSYCHIATRIE D'ADULTES</p> <p><b>FOURET Pierre</b> ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES</p> <p><b>GANDJBAKHCH Iradj</b> CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIO- VASCULAIRE</p> <p><b>GIRERD Xavier</b> THERAPEUTIQUE / ENDOCRINOLOGIE</p> <p><b>GOROCHOV Guy</b> IMMUNOLOGIE</p> <p><b>GRENIER Philippe</b> RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE II</p> <p><b>GRIMALDI André</b> ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES</p> <p><b>HAERTIG Alain</b> MEDECINE LEGALE / UROLOGIE</p> <p><b>HANNOUN Laurent</b> CHIRURGIE GENERALE</p> <p><b>KOSKAS Fabien</b> CHIRURGIE VASCULAIRE</p> <p><b>LAMAS Georges</b> OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE</p> <p><b>LANGERON Olivier</b> ANESTHESIOLOGIE</p> <p><b>LAZENNEC Jean-Yves</b> ANATOMIE / CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE</p> <p><b>LE FEUVRE Claude</b> DEPARTEMENT DE CARDIOLOGIE</p> <p><b>LEBLOND née MISSENARD Véronique</b> HEMATOLOGIE CLINIQUE</p> <p><b>LEENHARDT Laurence</b> ENDOCRINOLOGIE / MEDECINE NUCLEAIRE</p> <p><b>LEFRANC Jean-Pierre</b> CHIRURGIE GENERALE</p> <p><b>LEHERICY Stéphane</b> RADIOLOGIE IMAGERIE MEDICALE III</p>	<p>CARDIOLOGIE et MALADIES VASCULAIRES</p> <p><b>ISNARD-BAGNIS Corinne</b> NEPHROLOGIE</p> <p><b>JARLIER Vincent</b> BACTERIOLOGIE-HYGIENE</p> <p><b>JOUVENT Roland</b> PSYCHIATRIE D'ADULTES</p> <p><b>KATLAMA née WATY Christine</b> MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES</p> <p><b>KHAYAT David</b> ONCOLOGIE MEDICALE</p> <p><b>KIEFFER Edouard</b> CHIRURGIE VASCULAIRE</p> <p><b>KLATZMANN David</b> IMMUNOLOGIE</p> <p><b>KOMAJDA Michel</b> CARDIOLOGIE et MALADIES VASCULAIRES.</p> <p><b>MARIANI Jean</b> BIOLOGIE CELLULAIRE/MEDECINE INTERNE</p> <p><b>MAZERON Jean-Jacques</b> RADIOTHERAPIE</p> <p><b>MAZIER Dominique</b> PARASITOLOGIE</p> <p><b>MEININGER Vincent</b> NEUROLOGIE (Fédération Mazarin)</p> <p><b>MENEGAUX Fabrice</b> CHIRURGIE GENERALE</p> <p><b>MERLE-BERAL Hélène</b> HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE</p> <p><b>METZGER Jean-Philippe</b> CARDIOLOGIE et MALADIES VASCULAIRES</p> <p><b>MONTALESCOT Gilles</b> CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES</p> <p><b>OPPERT Jean-Michel</b></p>
--	---

<p><b>LEHOANG Phuc</b> OPHTALMOLOGIE</p> <p><b>LEMOINE François</b> IMMUNOLOGIE</p> <p><b>LEPRINCE Pascal</b> CHIRURGIE THORACIQUE</p> <p><b>LUBETZKI ép. ZALC Catherine</b> FEDERATION DE NEUROLOGIE</p> <p><b>LYON-CAEN Olivier</b> FEDERATION DE NEUROLOGIE</p> <p><b>MALLET Alain</b> BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE</p> <p><b>PIETTE Jean-Charles</b> MEDECINE INTERNE</p> <p><b>POIROT Catherine</b> CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE</p> <p><b>POYNARD Thierry</b> HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE</p> <p><b>PUYBASSET Louis</b> ANESTHESIOLOGIE REANIMATION CHIRURGICALE</p> <p><b>RATIU Vlad</b> HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGIE</p> <p><b>RICHARD François</b> UROLOGIE</p> <p><b>RIOU Bruno</b> ANESTHESIOLOGIE/URGENCES MEDICO-CHIRURGICALE</p> <p><b>ROBAIN Gilberte</b> REEDUCATION FONCTIONNELLE</p> <p><b>ROUBY Jean-Jacques</b> ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE</p> <p><b>SAMSON Yves</b> NEUROLOGIE/URGENCES CEREBRO-VASCULAIRES</p> <p><b>SIMILOWSKI Thomas</b> PNEUMOLOGIE</p> <p><b>SPANO Jean-Philippe</b> ONCOLOGIE MEDICALE</p>	<p>NUTRITION</p> <p><b>PASCAL-MOUSSELLARD Hugues</b> CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE</p> <p><b>PAVIE Alain</b> CHIR. THORACIQUE et CARDIO- VASCULAIRE.</p> <p><b>PERRIGOT Michel</b> REEDUCATION FONCTIONNELLE</p> <p><b>PETITCLERC Thierry</b> BIOPHYSIQUE / NEPHROLOGIE</p> <p><b>PIERROT-DESEILLIGNY Charles</b> NEUROLOGIE</p> <p><b>PIETTE François</b> MEDECINE INTERNE <b>TOURAINÉ Philippe</b> ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES</p> <p><b>VAILLANT Jean-Christophe</b> CHIRURGIE GENERALE</p> <p><b>VAN EFFENTERRE Rémy</b> NEURO-CHIRURGIE</p> <p><b>VERNANT Jean-Paul</b> HEMATOLOGIE CLINIQUE</p> <p><b>VERNY Marc</b> MEDECINE INTERNE (Marguerite Bottard)</p> <p><b>VIDAILHET Marie-José</b> NEUROLOGIE</p> <p><b>VOIT Thomas</b> PEDIATRIE NEUROLOGIQUE</p> <p><b>WILLER Jean-Vincent</b> PHYSIOLOGIE</p> <p><b>ZELTER Marc</b> PHYSIOLOGIE / EXPLORATIONS FONCTIONNELLES</p> <p><b>TOUITOU Yvan</b> NUTRITION /BIOCHIMIE</p> <p><b>THOMAS Daniel</b> CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES</p>
--	---

## 4. SERMENT D'HIPPOCRATE

*Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.*

*Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.  
Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.*

*Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances.*

*Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.*

*Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.*

*Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.*

*Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses  
Que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.*

## 5. RÉSUMÉ

*Introduction* – En France, 95000 cas de suspicions de maltraitances sur enfants ont été signalés à l'ODAS en 2005. Parmi ces signalements seuls 1% ont été réalisés par des médecins généralistes. Alors que les médecins généralistes ont une place privilégiée dans le dépistage et le signalement des suspicions de maltraitances, quelles sont les raisons de ce manque de signalement et quels en sont les freins ?

*Matériels et Méthodes* - Une étude qualitative par entretiens semi-structurés a été réalisée entre septembre 2012 et juillet 2013 afin de recueillir les perceptions, attitudes et expériences des médecins généralistes d'île de France à propos des maltraitances à enfants.

*Résultats* – L'étude a été réalisée auprès de 30 médecins généralistes et l'analyse qualitative a permis de mettre en évidence 8 thèmes avec entre 4 et 16 sous-thèmes : Image de la maltraitance, méconnaissances des signes cliniques de maltraitance, méconnaissance de la Protection de l'enfance, identification du médecin au parent agresseur, perception du signalement par le médecin généraliste, déni de la maltraitance, répercussions du signalement, contraintes administratives supposées.

*Discussion* – Les principaux freins retrouvés sont entre autres: le manque de repérage des situations de maltraitances, la non connaissance du signalement, la complexité déclarée et supposée de la procédure.

Le manque de repérage est lié à un manque de connaissance des maltraitances par les médecins généralistes, rares sont ceux qui ont été formés et parmi ceux qui ont eu une formation, celle-ci était selon eux non adaptée à leur pratique professionnelle, et plus adaptée au milieu hospitalier.

Ce travail nous permet de mettre en évidence les mécanismes conscient et inconscient d'occultation, de déni, de refus de voir, et donc de refus de dépistage

des maltraitances envers les enfants que nous, médecins, mettons en place faute de formation adaptée sur ce sujet.

La complexité de la procédure du signalement est enfin évoquée pour justifier du peu de signalements, il s'agit là encore d'une supposée raison invoquée pour déresponsabiliser les médecins.

Une information régulière sur les certificats, les signalements, la responsabilité médicale, les obligations des médecins et sur la CRIP permettraient d'améliorer les connaissances des médecins, le repérage et la protection des enfants victimes.

Une implication de l'ordre des médecins qui accompagneraient enfin les médecins, sans les culpabiliser ou les effrayer en cas de signalements permettraient de modifier l'implication des médecins.

## **6. MOTS CLÉS**

Médecine Générale

Maltraitance

Enfants maltraités

Signalement

Protection de l'enfance

Violence envers les enfants

## **7. SOMMAIRE** (*Article soumis en Mai 2014 à la Revue "Exercer"*)

<b>1. REMERCIEMENTS .....</b>	<b>2</b>
<b>2. LISTE DES PU-PH DE LA FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE SITE SAINT-ANTOINE.....</b>	<b>3</b>
<b>3. LISTE DES PU-PH DE LA FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE SITE PITIE SALPETRIERE.....</b>	<b>9</b>
<b>4. SERMENT D'HIPPOCRATE.....</b>	<b>13</b>
<b>5. RESUME.....</b>	<b>14</b>
<b>6. MOTS CLES .....</b>	<b>15</b>
<b>7. SOMMAIRE .....</b>	<b>16</b>
<b>8. LA MALTRAITANCE A ENFANTS.....</b>	<b>18</b>
<b>8.1. LES DIFFERENTS TYPES DE MALTRAITANCE A ENFANT .....</b>	<b>18</b>
DEFINITION.....	18
MALTRAITANCE PHYSIQUE.....	19
INFANTICIDE .....	27
MALTRAITANCE SEXUELLE .....	28
NEGLIGENCE.....	30
MALTRAITANCE PSYCHOLOGIQUE .....	32
L'EXPLOITATION AU TRAVAIL .....	34
LES ABUS MEDICAUX.....	34
L'INCESTE.....	36
MALTRAITANCE ET SECTES .....	36
<b>8.2. INDICATEURS DE MALTRAITANCE.....</b>	<b>37</b>
MALTRAITANCE PHYSIQUE.....	37
MALTRAITANCE SEXUELLE .....	40



MALTRAITANCE PAR NEGLIGENCE ET PSYCHOLOGIQUE.....	44
<b>8.3. LES « FACTEURS DE RISQUE » DE MALTRAITANCE .....</b>	<b>49</b>
FACTEURS DE RISQUE GENERAUX.....	49
LE CAS DES PARENTS ANCIENNEMENT VICTIMES DE MALTRAITANCE .....	51
<b><u>9. LE SIGNALEMENT.....</u></b>	<b><u>55</u></b>
<b>9.1. ROLE DU MEDECIN DANS LES SUSPICIONS DE MALTRAITANCE :</b>	
<b>LE SIGNALEMENT .....</b>	<b>55</b>
ASPECTS MEDICO-LEGAUX DU SIGNALEMENT .....	55
MODALITES.....	56
<b>9.2. CONSÉQUENCES DU SIGNALEMENT .....</b>	<b>57</b>
POUR L'ENFANT .....	57
POUR LE MEDECIN .....	59
<b>9.3. ETAT DES LIEUX DU SIGNALEMENT DES SUSPICIONS DE</b>	
<b>MALTRAITANCE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.....</b>	<b>60</b>
EVOLUTION DES SIGNALEMENTS EN FRANCE .....	60
ETAT DES LIEUX DES SIGNALEMENTS FAITS PAR LES MEDECINS GENERALISTES .....	65
<b><u>10. ARTICLE .....</u></b>	<b><u>69</u></b>
<b><u>11. CONCLUSION.....</u></b>	<b><u>103</u></b>
<b><u>12. BIBLIOGRAPHIE.....</u></b>	<b><u>105</u></b>
<b><u>13. ANNEXES .....</u></b>	<b><u>114</u></b>

## 8. LA MALTRAITANCE À ENFANTS

### 8.1. Les différents types de maltraitance à enfant

#### Définition

En 1989, les Nations Unies définissent la maltraitance des enfants comme étant:

**« Toute forme de violences, d'atteinte ou de brutalités physiques et mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle »**

En 1993, l'ODAS (Observatoire Décentralisé d'Action Sociale) distingue deux catégories:

#### ➤ Enfant maltraité

**“L'enfant maltraité est celui qui est victime de violence physique, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique”.**

#### ➤ Enfant en risque

**“L'enfant en risque est celui qui connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation, ou son entretien, mais qui n'est pour autant pas maltraité (négligence)”.**

Pour l’OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la maltraitance sur mineurs se définit comme:

**« Toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou psychologiques affectifs, de sévices sexuels, de négligences ou d’exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l’enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans un contexte d’une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. »**

Enfin la loi du 5 mars 2007 élargit la définition de la maltraitance des enfants avec la notion d’« Enfant en danger » :

**“ [l’enfant est en danger] lorsque la santé, la sécurité ou la moralité du mineur sont en danger ou risquent de l’être, ou lorsque les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises”**

Il n’existe pas de définition juridique de la maltraitance sur mineurs mais elle peut prendre plusieurs formes différentes.

Il est difficile de classer les maltraitements d’autant qu’elles ne se substituent pas l’une à l’autre et peuvent être liées.

### **Maltraitance physique**

Il s’agit peut-être de la forme de maltraitance la plus connue des médecins et de la population. Les sévices physiques ont toujours existé, ils ont même fait partie d’une forme d’éducation commune, et n’a épargné aucune classe sociale.

Un exemple est celui du jeune Louis XIII qui d'après son médecin présentait des traces de coups infligés par son père tous les matins pour lui apprendre la discipline (3).

Dans les classes pauvres, les enfants étaient volontairement mutilés par leurs parents afin d'en faire des mendiants selon LABBE dans « La maltraitance des enfants en Occident » (3).

L'Église elle-même appuyait ces pratiques pour éduquer les enfants. Le texte le plus célèbre issu de l'Ancien Testament démontre bien la « nécessité » de cette forme de « dressage » (3):

« N'épargne point la correction au jeune enfant; quand tu l'auras frappé de la verge, il n'en mourra point ».

*Proverbe XXIII, 13.*

Selon les chiffres de l'ODAS de 2007 la maltraitance physique représente entre 33% et 35% des maltraitances signalées (15).

Plus de 90% des maltraitances physiques ont des signes cutanés (17).

Le diagnostic s'appuie sur l'existence de lésions cutanées qui peuvent être :

- **Hématomes et Ecchymoses**

- Les ecchymoses sont des tâches rouges, livides ; noires, brunes ou jaunâtres provoquées par l'infiltration du tissu sous-cutané par du sang.
- Les hématomes sont définis par un épanchement de sang dans une cavité néoformée.

- Le mécanisme peut être volontaire ou accidentel et le tableau ci-dessous est important à connaître afin de pouvoir orienter notre prise en charge :

Tableau 2 Orientation diagnostique selon la localisation des hématomes ou des ecchymoses.	
Accident	Volontaires
Visage (reliefs saillants)	Fesses
Nez	Périnée
Orbite	Joues
Coudes	Cuisses
Mains	Thorax
Face antérieure des jambes	Cou

*FRANCHITTO N. Maltraitance à enfants, Le Praticien en Anesthésie Réanimation, 2011, 15 : 110-118*

Les ecchymoses au niveau des lombes et des fesses paraîtront suspectes alors que des lésions au niveau des faces antérieures des jambes seront plutôt associées à des lésions accidentelles dues à l'enfant qui grandit : apprentissage de la marche, course,...

- La forme des hématomes est également importante à analyser : boucle de ceinture, poing, objet contendant,...



**Figure 1.** Traumatisme par objet contondant et hématomes en forme.

*FRANCHITTO N. Maltraitance à enfants, Le Praticien en Anesthésie Réanimation, 2011, 15 : 110-118*

- L'évolution naturelle des ecchymoses et des hématomes permet également d'apporter un indice quant à la concordance chronologique des lésions et des faits :

Âge	Description
0 à 2 jours	Œdème
0 à 5 jours	Bleu violacé
5 à 10 jours	Jaune, vert
10 à 15 jours	Marron
Au-delà	Tend vers la disparition

*FRANCHITTO N. Maltraitance à enfants, Le Praticien en Anesthésie Réanimation, 2011, 15 : 110-118*

#### - **Brûlures**

- Elles représentent environ 10% des mécanismes de maltraitance physique (16).
  - 20% sont dues à un contact avec un objet chaud ou brûlant : cigarette, fer à repasser,...
  - 80% sont dues à des projections de liquide bouillant
- Le distinguo entre le volontaire et l'accidentel peut se calquer sur le tableau de localisation des hématomes.
- Une brûlure dont les limites avec la peau saine sont nettes doit être suspecte, d'autant plus si cette brûlure est profonde.
- Elles surviennent le plus souvent entre l'âge de 1 et 3 ans.

- **Morsures**

- Les traces de morsures sont suspectes dans tous les cas.
- Contrairement aux morsures animales les morsures humaines sont plus superficielles et les canines laissent des traces plus distinctes (17).
- Il faut savoir que l'écart inter-incisivaire est supérieur à 3 cm chez l'adulte, ce qui permet de les différencier d'une morsure d'enfant.

- **Lésions des phanères**

- L'alopecie :
  - Elle peut être une forme de maltraitance physique par traction des cheveux.
  - Elle peut être suspecte si elle est associée à des hématomes ou des hémorragies du cuir chevelu.
- Le décollement d'ongle :
  - Des ongles arrachés notamment au niveau de leur partie proximale sont très suspects (17) :



**Figure 6.** Ongle du gros orteil arraché au niveau proximal, chez une fillette de deux ans ayant été par ailleurs ébouillantée par immersion forcée.

*LASEK-DURIESZ A Signes cutanés des sévices à enfants ( à l'exclusion des sévices sexuels), Annales de dermatologie et de vénérologie, 2009 ; 136 : 838-844.*

- **Lésions intrabuccales**

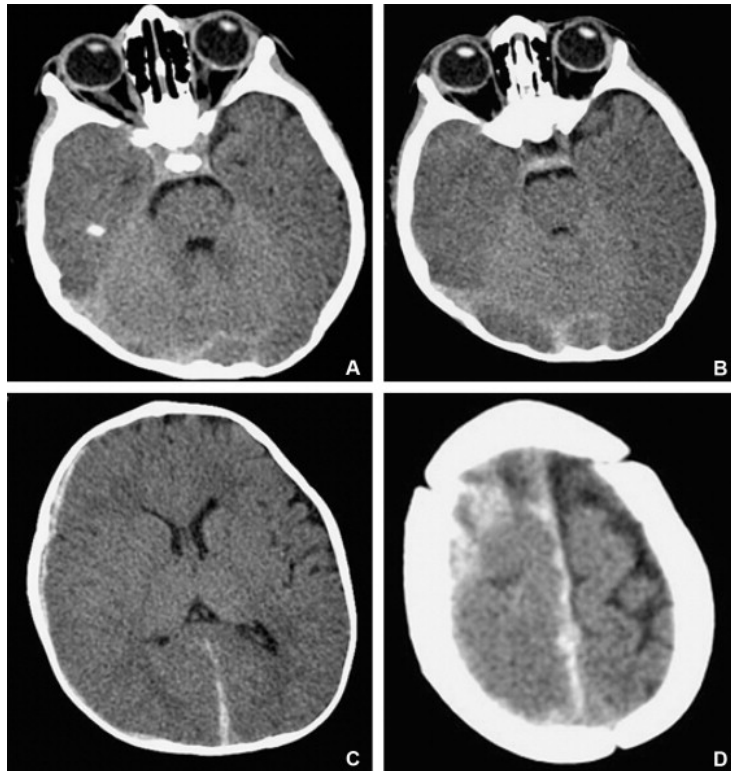
- Les dents de lait sont solidement implantées dans la gencive jusqu'à 6 ans et ne sont mobiles qu'entre 6 et 12 ans. Une avulsion dentaire avant 6 ans doit être considérée comme suspecte.
- Un frein labial rompu surtout avant l'âge d'acquisition de la marche doit également faire suspecter une maltraitance.

- **Le syndrome du bébé secoué**

Le syndrome de l'enfant secoué SES est responsable d'au moins 5% des morts d'enfants dues à un traumatisme non accidentel, et des séquelles les plus sévères de mauvais traitements.

Il est caractérisé par des hémorragies sous durales ou sous-arachnoïdienne associées à des hémorragies rétiniennes et des lésions du système nerveux central (34).





*RENIER D Syndrome du bébé secoué, J Pediatr Puériculture, 2012 ;  
25 : 158-164*

Dans 56% des cas, le coupable est le père (35), 16% des cas l'ami de la mère, 15% la mère et 14% des cas la nounou ou baby-sitter.

Les signes cliniques sont neurologiques avec une altération de la conscience, une somnolence excessive, coma, convulsions, attitude en opisthotonos (hyperflexion) :



Il existe des signes respiratoires avec une hypoventilation, rythme de Cheyne Stokes.

L'examen clinique est complet à la recherche d'autres lésions et doit comprendre la mesure du périmètre crânien.

Les signes cliniques sont décrits dans le tableau ci dessous :

Signes cliniques du Syndrome du bébé secoué	
Faible alimentation	Incapacité de fixer son regard ou de suivre des objets avec les yeux
Vomissements	Lésion du squelette – on retrouve souvent des fractures anciennes et récentes concomitantes
Léthargie ou irritabilité	Hémorragie intracrânienne massive – plus courante cause de décès chez les enfants secoués
Hypothermie	Bombement de la fontanelle (espace mou)
Retard staturo-pondéral	Coma
Sommeil accru ou difficulté à rester éveillé	
Incapacité de soulever la tête	
Incapacité de téter, d'avalier, de sourire ou de babiller	
Crises d'épilepsie	
Difficulté à respirer	
Hémorragie rétinienne	
Yeux globuleux	
Peau bleue	
Légère anémie	

- **Les mutilations sexuelles féminines**

L'excision et les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées dans de nombreux pays de la région subsaharienne, la partie nord-est de l'Afrique, et sporadiquement au Moyen-Orient, en Inde, au Sri-Lanka. On estime qu'environ 30 000 mineures excisées vivent en France, mais ce chiffre est sous évalué.

Quelque soit la forme de la mutilation elle est interdite en France.

Une reconstruction chirurgicale peut être tentée si la jeune mineure le désire (29).

## **Infanticide**

L'infanticide est le meurtre ou l'assassinat d'un nouveau-né viable, contrairement au libéricide qui concerne des enfants plus âgés (18).

L'infanticide est pratiquée de façon courante depuis l'Antiquité : c'était un moyen utilisé pour se débarrasser des enfants non désirés, illégitimes ou ne correspondant pas aux attentes des parents (sexe féminin, handicapés) (3).

Dans l'antiquité romaine, après la naissance, une cérémonie appelée « dies lustricus » est organisée au 8<sup>e</sup> ou 9<sup>e</sup> jour. Durant cette cérémonie, le père est amené à reconnaître son enfant. Si c'est le cas, l'enfant est pris dans les bras et levé au ciel, sinon, il est tout simplement abandonné sur les marches d'un temple ou sur la voie publique. Il peut même être tué par sa propre famille.

La première loi qui condamne l'infanticide et le considère comme un meurtre a été promulguée en 374 mais il faudra attendre le 20<sup>e</sup> siècle avec l'avènement de la contraception pour voir une nette diminution de cette pratique. Entre 1837 et 1866, on recense à Paris près de 726 cas d'infanticides (3).

La psychose du post-partum est l'un des facteurs de risque les plus importants d'infanticide : 43% des jeunes mamans présentant une psychose du post-partum ont une idéation d'infanticide et 4% passent à l'acte (18).

En tant que médecin généraliste c'est dans cette surveillance de la grossesse et du post-partum que notre rôle est primordial.

La prévalence de l'infanticide est difficile à évaluer.

Plusieurs études sont en cours afin de déterminer si dans les morts inopinées des nourrissons il n'y aurait pas d'actes d'infanticides cachés.

Ce diagnostic est effectivement trop souvent porté sans autopsie (19).

Le taux d'infanticide est le plus élevé pour la tranche d'âge des moins de 1 an (20), comme nous le montre le tableau ci-dessous :

<b>Taux d'infanticides reconnus en 2000</b>	
< 1 an	2,5/ 100 000
1 à 4 ans	0,7/ 100 000
5 à 9 ans	0,5/ 100 000
10 à 14 ans	0,4/ 100 000

Le taux de décès des enfants avant l'âge de 1 an est plus important que dans la tranche d'âge de 1 à 4 ans, tranche où le nombre d'accidents domestiques est pourtant le plus grand. A 9,5/ 100 000 contre 5,2/ 100 000, il est donc légitime de se demander si toutes ces MSIN (Mort Subite Inexpliquée du Nourrisson) sont de vraies morts inattendues.

La MSIN est un diagnostic « fourre-tout » (19) et quand on constate que sur 67 « morts suspectes et violentes » pour les parquets, seuls 8 ont été codés « morts violentes intentionnelles » par le CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès) (20), on se dit qu'il reste encore beaucoup de travail à faire et de vigilance à déployer sur la prévention et surtout le diagnostic d'infanticides.

### **Maltraitance sexuelle**

L'utilisation d'enfants pour la gratification sexuelle des adultes existe depuis l'Antiquité, où à Rome la pédérastie était une pratique courante et socialement acceptée (3).

Au XVIIIe siècle, la croyance était que les relations sexuelles avec des petites filles guérissaient des maladies vénériennes et des chapitres entiers étaient réservés aux

maladies vénériennes des enfants dans les livres de médecine (3). L'enfant est considéré comme un adulte miniature, habillé comme un adulte et constitue une source d'amusement pour la noblesse.

Louis XIII était masturbé dès l'âge de 1 an et on lui apprenait à montrer son pénis en guise de baise main (3).

Selon les études récentes 10 à 25% des femmes adultes disent avoir été victimes d'agressions sexuelles dans l'enfance. Pour les hommes on compte 1 garçon pour 3 filles mais le non-dit est plus important (48).

Selon l'ODAS, la maltraitance sexuelle concerne entre 20 et 35% des maltraitances.

Les sévices sexuels comprennent « toute activité sexuelle à laquelle une victime est incitée ou contrainte de participer par un agresseur sur celui-ci ou sur elle-même, ou sur une tierce personne ; contre son gré, ou par manipulation affective, physique ou usage d'autorité, de manière évidente ou non ; que l'agresseur soit connu ou non, qu'il y ait ou non évidence de retentissement physique ou psychique » (21). Cette définition est très large et a pour but de protéger les enfants, car du fait de leur jeune âge, ils peuvent ne pas être en mesure de comprendre et surtout le fait qu'ils soient ou non consentant selon les dires de l'agresseur ne modifie absolument pas le fait qu'il s'agit d'un crime.

Notez que le terme d' « abus » n'est pas approprié car il s'agirait alors d'un acte autorisé mais dont on « abuse », il faut utiliser le terme d'agression.

Dans plus de 75% des cas le sévice est commis par un adulte que l'enfant connaît. L'enfant ou l'adolescent peut lui-même le révéler et dans ce cas les fausses allégations sont rares.

Pour cette tranche d'âge les modes de révélations ou de présentations peuvent prendre diverses allures (22).

## Négligence

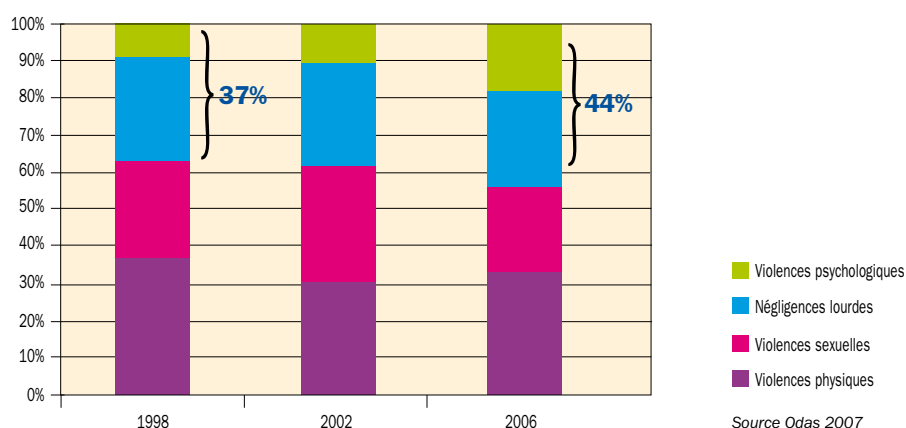
La négligence ou la carence est « la non satisfaction des besoins physiologiques et/ou affectives de l'enfant.

La plus ancienne forme de carence est l'« allaitement mercenaire » (3), les nouveau-nés qui étaient placés chez des nourrices pour être allaités, car l'acte était considéré pour les femmes de la noblesse comme dégradant. Les propres enfants des nourrices étaient eux-mêmes négligés afin que la nourrice puisse satisfaire aux besoins de l'enfant d'un autre.

Selon le rapport de l'ODAS, la négligence est l'une des formes de maltraitements la plus croissante. Associées aux maltraitements psychologiques l'ensemble est passé de 37% des maltraitements en 1998 à 44% en 2006 :

### Comparaison de la typologie des maltraitements signalés en 1998, 2002 et 2006

France métropolitaine



*ODAS Protection de l'enfance : une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs, La lettre de l'ODAS, Nov. 2007*

Ces maltraitances sont difficiles à diagnostiquer et là aussi il faut apprendre à se baser sur des indicateurs

La négligence peut être physique ou psychologique et peut prendre plusieurs formes :

- Défaut de répondre aux besoins essentiels de l'enfant :
  - o Alimentation
  - o Hygiène
  - o Sécurité à la maison ou en dehors
  - o Soins médicaux
  - o Affection
- Abandon
  - o L'abandon a débuté à partir du moment où l'infanticide a été puni par la loi. Les enfants indésirés étaient alors abandonnés par leurs parents, voir même vendus, ce qui a eu pour conséquence la création du premier orphelinat en 787 à Milan par l'archevêque Datheus. La période des orphelinats atteint son apogée au 19<sup>e</sup> siècle (3). En 1890 aux Etats-Unis, 100 000 enfants abandonnés vivent dans les 788 orphelinats que compte le pays.
- Négligence dans l'éducation
  - o Accès libre aux boissons alcoolisées
  - o Absentéisme scolaire
  - o Absence de stimulation émotionnelle ou cognitive

C'est peut-être la forme la plus difficile à diagnostiquer, elle fait plus appel au bon sens du praticien et à sa subjectivité et ne s'appuie que peu sur des signes cliniques. Prenons l'exemple médiatisée de ces deux cousins de 7 et 8 ans qui ont été laissés sans surveillance un samedi soir en juin 2012, en Gironde, dehors pendant que la

famille regardait un match de football et qui ont finalement trouver la mort en tombant dans la piscine alors qu'ils jouaient au football.

Ce n'est qu'à la mi-temps que les parents se sont inquiétés de leur disparition.

Ce n'est qu'un exemple parmi tant d'autres, mais de manière générale, les parents suspects de négligence, « négligent » leur rôle de « protecteur » face à leurs enfants, les autonomisent tôt, laissant parfois un tout petit sous la « surveillance » de sa fratrie guère plus âgée. Les conséquences en sont tout aussi graves, d'autant qu'elles peuvent être prévenues.

### **Maltraitance psychologique**

La maltraitance psychologique est difficile à définir.

C'est un diagnostic difficile et délicat, se basant sur des sévices répétés, sur l'observation des interactions parents-enfants et sur le développement de l'enfant.

Elle peut être isolée ou consécutive des autres maltraitances.

Cette forme de maltraitance entrave le développement psycho-affectif et intellectuel de l'enfant.

Depuis surtout le 18<sup>e</sup> et le 19<sup>e</sup> siècle, on a fait appel à l'humiliation, à la terreur et à la culpabilité pour faire obéir l'enfant. Là encore est question l'éducation de l'enfant (78).

En 1995, l'APSAC (American Professional Society on the Abuse of Children) a défini les mauvais traitements psychologiques comme : « comportements répétés de la part d'un parent, ou survenue d'un incident extrême, qui font comprendre à l'enfant qu'il ne vaut rien, qu'il n'est pas normal, qu'il n'est pas aimé, que l'on ne veut pas de lui, ou que sa seule valeur réside dans la satisfaction par lui des désirs des autres » (23).



Pour l'ODAS la maltraitance psychologique est « une exposition répétée à des situations dont l'impact émotionnel dépasse les capacités d'intégration psychologique de l'enfant ou de l'adolescent » (23).

Il existe différents types de maltraitements psychologiques qui ne se substituent pas l'une l'autre (23):

- le rejet
  - c'est le fait de rabaisser l'enfant, de le dévaloriser, de dénigrer des actes, de lui faire honte, de l'humilier, de tourner au ridicule ses manifestations normales d'affection, de chagrin ou de peur.
- la terreur
  - terroriser l'enfant consiste à le menacer ou à avoir des comportements pouvant induire à le blesser, l'abandonner.
- l'isolement
  - c'est l'empêcher de satisfaire ses besoins d'interactions avec autrui.
- la corruption
  - il s'agit d'encourager l'enfant à adopter des conduites autodestructrices, antisociales ou inadaptées.
- le refus de réponses affectives
  - il s'agit du mépris des tentatives de l'enfant dans son besoin d'interagir avec le parent sur le plan affectif, par le manque d'expression affective ou l'absence de manifestations émotionnelles.
- les violences conjugales
  - que l'enfant soit témoin de façon directe ou indirecte les violences conjugales constituent un réel traumatisme et une réelle angoisse.

Les auteurs anglo-saxons différencient la maltraitance émotionnelle qui se caractérise par une « réponse inappropriée et ce de façon répétitive aux expériences émotionnelles de l'enfant et aux comportements qui en découlent » (24). C'est une définition très floue et qui a donné lieu en Angleterre à de multiples dérives lors des prises en charge des enfants retirés du domicile familial (25).

### **L'exploitation au travail**

Les enfants ont été et sont toujours exploités comme main d'œuvre « bon marché » au travail. Avec l'industrialisation, ils étaient considérés comme des ouvriers tout indiqués du fait de leur petite taille pour les travaux dans les mines, les cheminées... Depuis la loi qui interdit le travail (Annexe 5) aux enfants de moins de 16 ans, on continue toutefois à voir des enfants de moins de 16 ans travailler et ce surtout dans les entreprises familiales : restaurant, boulangerie,...

### **Les abus médicaux**

Sous cette forme de maltraitance se cachent outre les abus de somnifères, dérivés opiacés pour faire dormir les plus jeunes, le syndrome de Münchhausen par procuration.

Le Syndrome de Münchhausen par procuration (SMPP) est une forme particulière de maltraitance décrite pour la première fois par Meadow en 1977 (30). Meadow était un pédiatre anglais qui avait publié des cas de jeunes patients chez lesquels leur mère fabriquait ou falsifiait des symptômes organiques et obtenait ainsi des hospitalisations et des explorations médicales multiples.

Il s'agit « d'un trouble factice : l'un des parents, le plus souvent la mère provoque ou simule chez l'enfant une pathologie organique avec pour conséquences de multiples

explorations et traitements inutiles voire dangereux, associant ainsi le médecin aux sévices. » (31)

En France l'incidence du SMPP n'est pas connue.

Par contre on sait qu'en Grande-Bretagne l'incidence annuelle est de 0,5/100 000 enfants de moins de 16 ans avec une mortalité de 6% (31).

L'âge moyen varie entre 20 et 40 mois avec un sex ratio de 1.

Le délai entre le début des troubles et le diagnostic est en moyenne de 14 mois.

Dans 85% des cas c'est la mère qui est en cause et ce surtout si elle est issue d'un milieu médical ou paramédical.

Forme de maltraitance très sous évaluée et peu connue, peu enseignée, elle a bénéficié en 2002 d'une « publicité » grâce au cas médiatique de Kathy Bush (32) qui avait fait subir à sa fille depuis l'âge de 3 ans, 200 hospitalisations et 40 interventions chirurgicales.

Le diagnostic est difficile et long.

Meadow a défini pour le diagnostic de SMPP les critères suivants :

- maladie inexplicquée chez un enfant, produite et/ou simulée par un parent
- présentation de l'enfant pour des soins médicaux de façon persistante et conduisant souvent à des procédures médicales multiples.
- Traitements inefficaces ou mal tolérés
- Dénier de la connaissance de la cause de la maladie de l'enfant par le parent responsable
- Régression de symptômes quand l'enfant est séparé du parent
- Familles dans lesquelles est survenue une mort inattendue du nourrisson.

Ces critères ont ensuite été repris par Rosenberg en 1987.

### **L'inceste**

L'inceste est un acte de transgression sur le corps d'un proche avec lequel il existe un lien de sang et/ou un lien symbolique (27).

Selon la définition HAS (28), l'inceste concerne les maltraitances sexuelles intrafamiliales sur mineur c'est-à-dire « toutes atteintes sexuelles commis au sein de la famille sur la personne d'un mineur par un ascendant, un frère, une sœur ou par tout autre personne, y compris s'il s'agit d'un concubin d'un membre de la famille, ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ».

Malheureusement il n'existe pas de données épidémiologiques spécifiques à l'inceste.

### **Maltraitance et sectes**

C'est une forme de maltraitance peu connue mais qui concerne potentiellement les 60 000 enfants dont les parents appartiennent à une secte en France (26).

Cette appartenance a pour conséquence de freiner la capacité de développement d'un enfant, du fait de l'organisation de ces groupes en « système clos », et de l'emprise qu'ont les parents sur leurs enfants pour qu'ils deviennent de futurs adeptes. Les violences psychologiques portant atteinte à la liberté d'expression de l'enfant se traduisent par :

- Un contrôle constant de son comportement
- Une restriction de ses contacts à l'extérieur du groupe
- Des violences physiques pour chaque manquement aux règles du groupe

- Des violences sexuelles par des pratiques de prostitution dans certaines sectes.

La loi n°2007-2930 du 5 mars 2007 (annexe 9) du code de l'action sociale et des familles comporte un volet sur la protection des enfants contre les dérives sectaires.

## **8.2. INDICATEURS DE MALTRAITANCE**

### **Maltraitance physique**

La maltraitance physique est « celle qui se voit ».

10% des enfants victimes d'un accident domestique sont en réalité victimes de maltraitance (49).

Nous avons décrit précédemment les signes cliniques et les clés pour l'orientation diagnostique précédemment. Rappelons simplement que pour toute lésion physique constatée il faut se rapporter aux indices cliniques suivants qui nous orienteront vers une suspicion de maltraitance :

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- sémiologie des lésions cutané-muqueuses</li><li>- âge différent des lésions selon la biligénèse</li><li>- délai entre la consultation et l'allégation des faits : &gt; 24 heures</li><li>- différence entre les explications des parents et le mécanisme de production des lésions</li><li>- comportement de l'enfant et ses dires</li></ul> |
|--|

Insistons bien sur ce dernier point : il faut dans la mesure du possible poser LA question à l'enfant.

Dans les années 1990, la parole de l'enfant était ignorée et considérée trop fragile (40) et nécessitait pour être cru des preuves tangibles.

Dans les années 2000, la parole de l'enfant est devenue sacralisée aboutissant parfois à des erreurs judiciaires comme la célèbre affaire Outreau (41). Toutefois rappelons que dans cette affaire 12 enfants ont effectivement été reconnus victimes de violences sexuelles comme le décrit la psychologue clinicienne Marie-Christine GRYSOY dans son ouvrage « Outreau, la vérité abusée » ( 79).

Certains indicateurs généraux peuvent nous aider à repérer des situations à risque :

- rupture du développement
- rupture des acquisitions
- troubles du comportement
- troubles des conduites alimentaires
- régression dans les apprentissages
- troubles du sommeil
- attitudes sexualisées

Il est souvent difficile d'amener l'enfant à « parler ». Pour cela il faut du temps, et il est important de montrer à l'enfant qu'on est « de son côté », par exemple en lui expliquant quels sont les normes et les interdits. Cette période de création du lien de confiance peut être longue mais elle est indispensable. Ce n'est pas forcément le rôle du médecin, car ce n'est pas à nous professionnels de mener l'enquête, mais il est important de savoir poser les bonnes questions et de ne pas se dire que la parole de l'enfant « ne vaut rien » et qu'il peut s'agir de fausses allégations. Le doute doit toujours bénéficier à l'enfant (42) (79).

D'autres indicateurs comportementaux peuvent nous aider, pour cela nous distinguerons les indicateurs liés à l'enfant et ceux liés à l'agresseur (43):

<p><b>Indicateurs comportementaux liés à l'enfant</b></p>	<p>Non concordance des explications avec la blessure</p> <p>Refus ou peur de parler de la blessure</p> <p>Négation de la blessure</p> <p>Ne se souvient pas comment il s'est blessé</p> <p>N'arrive pas à décrire la lésion</p> <p>Comportement:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nerveux ou hyperactif,</li> <li>- violent avec les autres</li> <li>- extrêmement passif,</li> <li>- malheureux ou en retrait</li> <li>- extrêmement docile</li> <li>- disposé à plaire</li> </ul> <p>Dépression ou anxiété</p> <p>Automutilation</p> <p>Affiche peu ou pas d'émotions lorsqu'il se blesse</p> <p>Prudence ou crainte envers les adultes en général</p> <p>Ne veut pas être touché</p> <p>Peut sursauter si une personne le touche</p> <p>Surveillance,</p> <p>Expression figée ou regard vague</p> <p>Problèmes de rendement scolaire ou de comportement</p> <p>Peur de rentrer à la maison</p> <p>Fugues</p> <p>Absences fréquentes sans justification</p> <p>Essaie de prendre soin de la personne qui en est responsable</p> <p>Est vêtu de façon inappropriée pour cacher des blessures</p> <p>Retards de développement</p> <p>Avoue être victime de violence</p>
<p><b>Indicateurs</b></p>	<p>Explications des blessures incohérentes</p>

<b>comportementaux liés à l'agresseur</b>	<p>Tarde à faire soigner les blessures ou les maladies de l'enfant par un professionnel</p> <p>Donne des punitions dures, impulsives ou inhabituelles</p> <p>Manque de maîtrise de soi et peu de tolérance aux frustrations;</p> <p>peut entrer dans un état de colère extrême;</p> <p>impatience</p> <p>Isolement social;</p> <p>reçoit peu de soutien ou d'assistance aux parents</p> <p>Peu de connaissances sur le développement de l'enfant ou attentes irréalistes envers l'enfant</p> <p>Avoue avoir de la difficulté à gérer l'enfant ou fait des remarques désobligeantes;</p> <p>trouve que l'enfant est différent, mauvais ou la cause de difficultés</p> <p>Montre peu ou pas de véritable affection, physiquement ou psychologiquement, envers l'enfant</p> <p>Trouve que l'enfant est maladroit</p> <p>Ne s'inquiète pas de l'enfant et de ses blessures ou y est indifférent ou hostile</p>
---	--

*La Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa, 2005*

## **Maltraitance sexuelle**

### ***Indicateurs physiques et comportementaux***

#### ***Signes physiques***

Les signes physiques suspects qui doivent nous mettre la puce à l'oreille sont de façon générale :

- Prurit excessif de la gorge, parties génitales ou anales
- Pertes vaginales



- Sous-vêtements déchirés ou tâchés de sang, sperme
- Douleur lors de la miction ou de l'exonération
- Douleur pour s'asseoir, marcher ou avaler
- Sang dans les urines ou les selles
- Lésions sur les seins, parties génitales ou anales à type de :
  - o Ecchymoses
  - o Lacérations
  - o Déchirures
  - o Oedèmes
  - o Hémorragies
- Mauvaise hygiène ou lavage excessif
- Douleurs abdominales répétées
- Infections Sexuellement Transmissibles
- Infections urinaires ou vaginites répétées
- Corps étranger dans le vagin ou le rectum

### ***Signes comportementaux de la victime***

Les indicateurs comportementaux de l'enfant victime de violences sexuelles comprennent entre autres les indicateurs décrits précédemment dans les violences physiques. Certains signes comportementaux sont plus spécifiques de la violence sexuelle (45) (47):

- Affiche trop de comportements ou de connaissances de nature sexuelle pour son âge et son étape de développement
- Comprend en détail les comportements sexuels; fait des dessins ou des descriptions inappropriées pour son âge

- Comportements de nature sexuelle inappropriés pour son âge avec les poupées, les jouets, sa propre personne, les animaux ou d'autres personnes; comportements provocateurs envers des adultes; comportements intrusifs de nature sexuelle envers des enfants de son âge; essaie d'agresser sexuellement de jeunes enfants; tient des propos à caractère sexuel de façon compulsive; masturbation excessive
- Comportements de jeux atypiques (reproduction répétitive du traumatisme, joue de façon agressive, jeux à caractère sexuel)
- Demande souvent d'aller à la salle de bains, plaintes de malaises physiques répétées sans manifestation physique
- Cauchemars, terreurs nocturnes et troubles du sommeil
- Se colle ou demande beaucoup d'affection ou d'attention
- A peur d'être abandonné si la personne qui en prend soin s'absente momentanément
- Peur ou refus d'aller vers un parent, un membre de la famille ou un ami sans raison apparente
- Se méfie des autres; craintes excessives
- Met sa bouche sur les parties sexuelles d'autres enfants ou d'adultes; met la langue dans la bouche de la personne qu'il embrasse
- Met des objets dans le vagin ou l'anus
- Joue ou s'enduit d'excréments répétitivement; urine volontairement dans des endroits inappropriés
- Touche aux parties génitales des animaux
- Avoue être victime d'agression sexuelle

### ***Signes comportementaux de l'agresseur***

En consultation certains signes peuvent aider à confirmer ou non la suspicion de maltraitance sexuelle (46).

- Relation inappropriée, sexualisée ou de nature conjugale avec l'enfant
- Dit que l'enfant a des comportements sexuels ou provocateurs
- A des contacts physiques ou une affection envers l'enfant qui semble de nature sexuelle
- Permet à l'enfant d'avoir des comportements sexuels ou l'encourage à le faire
- Est souvent seul avec l'enfant et est isolé sur le plan social
- Est jaloux des relations de l'enfant avec des pairs ou d'autres adultes
- Décourage ou ne permet pas à l'enfant d'avoir des contacts non supervisés avec des pairs
- Utilise des substances pour réduire les inhibitions envers des comportements sexuellement abusifs
- Traite un enfant différemment des autres enfants de la famille
- Est exceptionnellement surprotecteur ou trop investi dans la vie de

### ***« Langage » des victimes de moins de 3 ans (22)***

Nous avons vu qu'il était important de savoir poser les questions aux enfants et de tenir compte de leur réponse.

Comment faire alors quand l'enfant parle pas ou peu ?

De façon générale, bien que le tout-petit est habitué depuis sa naissance aux gestes tendres de ses proches, les portages, les câlins, il distinguera assez tôt vers l'âge de 30 mois des comportements intrusifs inappropriés. Avant 2 ans, le tout petit vit tout comme une croyance. Le langage et la mémoire nécessaire à la restitution, n'étant

pas encore suffisamment développés il est difficile avant 30 mois de faire « parler » un enfant. Il faut tenir également compte du fait que plus l'enfant est jeune et plus la remémoration se fait suite à un stimulus évocateur : le bain, le change, la promenade, le lit, un dessin animé,...

Et il est donc important de prendre en considération le contexte de la révélation.

Pour le récit, un enfant de 2 ans peut à tout moment raconter les faits avec simplicité, sans préciser les détails, puis passer à autre chose.

Il faut savoir donc être vigilant. De même il ne sert à rien dans ce cas de questionner l'enfant, il n'est pas rare que face à un parent inquiet, l'enfant se bloque et fuie toute tentative de dialogue (22).

De même que l'enfant à cet âge ne peut interpréter et comprendre la motivation des actions de son agresseur il peut également révéler un soi-disant sévice sexuel du fait d'une erreur de perception, du fait de l'influence de son entourage, de ce qu'il voit, ou ce qu'il entend. Il s'approprie les paroles émises par autrui.

Le « dialogue » avant 30 mois est très délicat.

### **Maltraitance par négligence et psychologique**

Les maltraitements psychologiques et par négligence sont les plus compliqués à diagnostiquer et à repérer et sont par conséquent les plus difficiles à signaler.

#### **Maltraitance par négligence**

- Signes physiques chez l'enfant
  - Mauvaise hygiène, apparence négligée, odeurs corporelles, caries, vêtements sales

- Problèmes physiques ou besoins médicaux négligés
- Abandon temporaire (laissé seul dans un siège d'auto)
- Manque de surveillance
- Vêtements inadéquats
- Érythème fessier chronique, plaies infectées
- Schéma de croissance anormal
- Retards de développement, maladresse
- Signes comportementaux chez l'enfant
  - Peu d'aptitudes sociales et de relations avec ses pairs
  - Fatigue régulière
  - Absentéisme fréquent
  - Vol de nourriture accumule de la nourriture
  - Comportements autodestructeurs
  - Comportements délinquants
  - Problèmes d'attention
  - Image négative de soi et des autres
  - Pleure peu
  - Demande énormément d'attention ou montre beaucoup trop d'affection
  - Anxiété, dépression
  - Manque d'énergie
  - Se tient en retrait
  - Manque de persistance, de persévérance et d'enthousiasme
  - Manque d'attachement envers les personnes qui en sont responsables

- Peu ou pas de peur des étrangers
- Très autonome pour son âge
- A beaucoup de responsabilités à la maison, doit prendre soin d'autres enfants, assume un rôle parental
- Manque d'imagination lorsque vient le temps de jouer
- Indicateurs environnementaux et comportementaux de l'adulte en charge de l'enfant
  - Ne répond pas aux besoins essentiels de l'enfant
  - Ne veille pas à ce que l'enfant reçoive un traitement médical s'il se blesse ou est malade ou reçoive les soins de santé de base
  - Utilise la punition de façon excessive
  - Parle souvent négativement de l'enfant
  - A des attentes irréalistes envers l'enfant
  - Se préoccupe d'abord de ses propres besoins
  - Est submergé par ses problèmes et besoins personnels
  - En retard pour venir chercher l'enfant, retard aux rendez-vous
  - Participe peu à la vie de
  - Ne s'occupe pas de l'enfant ou le rejette
  - Environnement non sécuritaire: présence d'excréments d'humains ou d'animaux, peu de nourriture disponible
  - Laisse l'enfant seul

**Maltraitance psychologique**

Les indicateurs sont à peu près les mêmes que dans la maltraitance en général, plus spécifiquement on rajoutera

- Signes physiques chez l'enfant
  - Se plaint souvent de nausées, de maux de tête ou de maux de ventre sans raison évidente
  - Souffre d'asthme ou d'allergies graves
  - Mouille ou salit sa culotte sans explication médicale
  - A un comportement immature ou trop mature
  - A une apparence « inhabituelle »
- Signes comportementaux chez l'enfant
  - Docilité extrême
  - Mauvais rendement scolaire
  - Mauvaise estime de soi
  - Inhibition lors des jeux
- Indicateurs chez l'agresseur
  - Dégrade, critique, insulte, ridiculise, intimide, humilie ou déprécie constamment l'enfant
  - verbalise des sentiments négatifs envers l'enfant à l'enfant lui-même et à son entourage
  - Compare l'enfant à une personne haïe
  - Terrorise l'enfant
    - menace l'enfant de lui faire du mal physiquement ou de le tuer,
    - menace une personne ou une chose que l'enfant aime
    - force l'enfant à regarder une personne qu'il aime se

faire blessé

- Isole l'enfant: enferme l'enfant sous clé dans un placard ou une pièce
- Rejette constamment l'enfant ou ne s'en occupe pas
- Refuse d'aider l'enfant ou de reconnaître ses demandes, ses besoins ou ses intérêts
- Blâme l'enfant pour ses problèmes, ses difficultés et ses déceptions
- Affiche des comportements violents, crie constamment, profère des jurons
- Est inflexible et dur
- Démontre un comportement incohérent
- Traite l'enfant comme s'il était différent des autres enfants et de ses frères et sœurs ou le décrit comme tel
- Corrompt l'enfant en lui enseignant ou en renforçant des comportements criminels
- Ne donne pas d'affection physique ou verbale à l'enfant; ne lui donne pas d'amour, de soutien et de conseils
- Fait des demandes excessives à l'enfant; a des attentes irréalistes envers lui
- Expose l'enfant au sexe ou à la violence
- Répète à l'enfant qu'il ne vaut rien, que ses besoins ne comptent pas et que personne ne l'aime



Ce chapitre un peu « catalogue » permet d'avoir une base pour dresser en quelque sorte le tableau clinique qui permet aux médecins de s'orienter vers une suspicion de maltraitance.

Associés aux signes physiques expliqués précédemment et aux facteurs de risque potentiels, il permet de confirmer ou non les craintes du praticien.

### **8.3. LES « FACTEURS DE RISQUE » DE MALTRAITANCE**

#### **Facteurs de risque généraux**

Il est très délicat de dresser un tableau des facteurs de risque de maltraitance.

En revoyant la bibliographie (49) on retrouve toutefois des indicateurs récurrents, qui mettent en évidence les sujets à risque de maltraitance.

Selon l'OMS (52), on peut retenir de façon générale les facteurs de risque suivants :

#### **- Liés à l'enfant**

- Enfant âgé de moins de 4 ans
- Enfant non désiré ou ne répondant pas aux attentes des parents
- Besoins spécifiques, anomalie physique.
- Prématurité
- Gémellité
- Séparation précoce et/ou prolongée entre l'enfant et ses parents

#### **- Liés à l'agresseur**

- Difficulté à établir un lien avec le nouveau-né
- Manque d'affection pour l'enfant
- Le fait d'avoir soi-même subi des maltraitances dans l'enfance

- Attentes irréalistes ou manque de connaissance sur le développement de l'enfant
  - Grossesse non désirée ou grossesses multiples, rapprochées
  - Famille monoparentale
  - Abus d'alcool ou de drogues, y compris durant la grossesse
  - Implication dans des activités criminelles
  - Le fait de connaître des difficultés financières.
- **Liés au relationnel**
- Troubles physiques ou psychiques chez un membre de la famille
  - Eclatement de la cellule familiale ou violences entre d'autres membres de la famille
  - Isolement par rapport à la communauté ou absence d'un réseau de soutien
  - Perte de soutien de la part de la famille élargie pour l'éducation de l'enfant.
- **Liés à l'environnement social et communautaire**
- Inégalités sociales
  - Manque de logements appropriés ou de services de soutien aux familles et aux institutions
  - Taux de chômage élevé ou pauvreté
  - Facilité d'accès à l'alcool et aux drogues
  - Politique ou programmes inappropriés pour prévenir la maltraitance des enfants
  - Normes culturelles et sociales qui glorifient ou encouragent la violence à autrui.

L'ODAS a également publié des facteurs de risque en se basant sur les résultats constatés en 2006 :

**Problématiques à l'origine du danger entre 2004 et 2006**  
France métropolitaine

	Nombre d'enfants concernés par le facteur					
	2004		2005		2006	
Carences éducatives des parents	47 500	soit 50% des enfants signalés	57 200	soit 59% des enfants signalés	51 900	soit 53% des enfants signalés
Conflits de couple et de séparation	28 500	soit 30% des enfants signalés	28 100	soit 29% des enfants signalés	21 700	soit 22% des enfants signalés
Violence conjugales (recensé à partir de 2006)					10 400	soit 11% des enfants signalés
Problèmes psycho pathologiques de parents	12 350	soit 13% des enfants signalés	13 600	soit 14% des enfants signalés	10 800	soit 11% des enfants signalés
Dépendance à l'alcool ou à la drogue	11 400	soit 12% des enfants signalés	11 600	soit 12% des enfants signalés	11 200	soit 11% des enfants signalés
Maladie, décès d'un parents	6 500	soit 7% des enfants signalés	5 800	soit 6% des enfants signalés	5 200	soit 5% des enfants signalés
Chômage, précarité, difficultés financières	12 500	soit 13% des enfants signalés	12 600	soit 13% des enfants signalés	16 000	soit 15% des enfants signalés
Environnement, habitat	7 600	soit 8% des enfants signalés	9 700	soit 10% des enfants signalés	6 800	soit 7% des enfants signalés
Errance, marginale	3 800	soit 4% des enfants signalés	5 100	soit 5% des enfants signalés	3 300	soit 3% des enfants signalés
Autres	11 400	soit 12% des enfants signalés	10 700	soit 12% des enfants signalés	8 900	soit 9% des enfants signalés
<b>Nombre d'enfants signalés</b>	<b>95 000</b>		<b>97 000</b>		<b>98 000</b>	
<b>Nombre total de facteurs cités</b>	<b>141 550</b>	soit 1,5 facteurs cités/enfants	<b>154 400</b>	soit 1,6 facteurs cités/enfants	<b>146 300</b>	soit 1,5 facteurs cités/enfants

Source Odas 2007

### **Le cas des parents anciennement victimes de maltraitance**

#### **« Avez-vous subi des violences dans votre enfance ? »**

Une question simple au même titre que : « quels sont vos antécédents ? », une question simple qui lors d'un premier entretien avec un patient permet d'avoir un élément de prévention et de surveillance supplémentaire.

Il ne s'agit pas de prétendre que tout parent anciennement maltraité deviendra à son tour maltraitant envers son enfant mais la violence s'entretient parfois comme un cycle de répétition (50) (80).

Le pédopsychiatre belge Emmanuel De Becker décrit bien ce phénomène de transmission intergénérationnel dans un article publiée en 2007 dans la revue *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* (50).

La transmission par le langage et par le non-dit de l'histoire familiale constitue les éléments majeurs de la formation de l'identité. Par association, par loyauté ou par rupture totale avec leurs propres parents, les jeunes parents vont ainsi créer leur « propre » modèle d'éducation envers leurs enfants.

Un parent anciennement battu dira que ça forge le caractère. Un parent anciennement négligé affectivement va construire une relation parfois trop fusionnelle envers l'un de ses enfants, qui peut-être lui ressemblera physiquement ou psychologiquement quand il était jeune.

Les mécanismes de cette transmission intergénérationnelle sont multiples et Dr De Becker en décrit quelques uns :

- la place de l'enfant
  - l'enfant en lui même devient source d'imperfection, d'insatisfaction pour l'adulte. L'adulte peut voir en lui une valeur négative : par exemple lui rappeler son frère avec qui il ne s'entendait pas, ou son père. L'enfant devient alors le prolongement de l'imagination du parent.
  - L'enfant peut devenir également une source de déversement de « l'enfant enfoui » dans le parent maltraitant (53). Le parent maltraitant renvoie alors sa rage au parent qui l'a fait souffrir : il y a alors « confusion de génération ».
  - La relation devient pervertie et fausse.
- L'identification

- Le parent maltraitant s'identifie à son agresseur, s'agresse lui-même et agresse autrui dont son propre enfant.
- Cette identification s'appuie sur « la loyauté de l'adulte envers son parent maltraitant » (50). Il montre ainsi qu'il n'est pas meilleur parent, qu'il ne vaut pas mieux que lui.
- La parentification
  - C'est par ce mécanisme qu'un parent maltraité demande à son enfant de « payer sa dette ». Ayant été maltraité pendant son enfance, il souhaite « récupérer » cette période bénie qu'il n'a pas eu et l'enfant devient le parent, s'occupe de son parent, l'aide, le soutient.
  - Quand l'enfant ne « paye pas sa dette » il est maltraité et à nouveau le déversement de la haine du parent envers son parent maltraitant se produit.
  - L'enfant dans ce cas se considère comme le « sauveur » de la famille, rôle imposé par son parent. « je dois aider mon père qui est triste et qui boit » et lorsqu'il y a échec, il accepte son châtement (50).
- Carences de soins au niveau maternel
  - Certains parents mal aimés de leurs propres parents vont conserver en eux une nostalgie d'amour et développer une attente démesurée de réparation affective de la part de l'enfant. Si l'enfant ne correspond pas au désir du parent, ce dernier se sentant trompé, sa frustration va s'exprimer sous forme de rejet, de négligence, de privilégiation de l'enfant cadet.
- Défaillance de la fonction paternelle

- Dans ce cas il s'agit de parents qui ont manqué de la fermeté bienveillante paternelle et de la sécurité qui en résulte. Avec leurs propres enfants, ils feront preuve de laxisme ou au contraire de totalitarisme. Les limites de la hiérarchie ne sont pas claires, l'enfant ne trouve pas sa place. Le parent montre des incohérences dans ses propos et ses actions, l'enfant ne se sent pas en sécurité.

Parfois malgré des histoires intrafamiliales difficiles, certains parents « s'en sortent » et ce souvent grâce au contrat implicite du couple destiné à fonder une famille.

Si les deux parents accumulent des facteurs de vulnérabilité le risque de répétition de la maltraitance est majeur. Mais si la fragilité de l'un est compensée par « l'équilibre » de l'autre, le cycle de violence se rompt. Cette rupture peut toutefois entraîner à terme une augmentation de la « dette morale » du jeune parent envers son propre parent et aboutir à des troubles psychologiques parfois sévères chez le jeune parent. Et la prise en charge psychologique de ces jeunes ou futurs jeunes parents est nécessaire afin de ne pas briser le fin équilibre qu'il existe dans le couple et donc dans la famille.

D'où cette question primordiale que nous avons citée plus haut :

**« Avez-vous subi des violences dans votre enfance ? »**

## 9. LE SIGNALEMENT

### *9.1. ROLE DU MEDECIN DANS LES SUSPICIONS DE MALTRAITANCE : LE SIGNALEMENT*

#### **Aspects médico-légaux du signalement**

Les médecins ont longtemps été tenus par le secret professionnel qui leur interdisait de signaler les cas de maltraitance envers les enfants.

La loi du 10 juillet 1989 en a fait une obligation pour tout citoyen (Annexe 11).

Le médecin a des missions multiples dans le cadre des maltraitements sur mineurs :

- repérer
- alerter
- protéger
- prévenir

Il a l'obligation de signaler en cas de suspicion de maltraitance comme le précise les textes de lois présentés en annexe (Annexe 14).

Le signalement est : « un écrit objectif comprenant une évaluation de la situation d'un mineur présumé en risque de danger ou en danger nécessitant une mesure de protection administrative ou judiciaire ».

Il existe deux types de signalement :

- **Signalement judiciaire**
  - il est réalisé en cas de maltraitance avérée nécessitant la protection immédiate de l'enfant
  - il se fait en l'absence de collaboration des parents
  - il est adressé au Procureur de la République au tribunal de grande instance ou à son substitut.

- **Signalement administratif**

- Il est réalisé dans le cas des enfants à risque
- Il se fait avec la collaboration des parents et ces derniers en sont informés
- Il est adressé à la CRIP (Centre de Recueil des Informations Préoccupantes), qui existe depuis 2007 et a grandement facilité les démarches du signalement.
- Il se fait en cas de doute ou de présomption.

**Modalités**

Le signalement doit se faire par écrit.

Il s'agit d'une lettre contenant :

- les coordonnées de la personne qui signale
- les coordonnées du mineur concerné :
  - identité de l'enfant
  - âge
  - date de naissance
  - nom et adresse des parents
- un descriptif circonstancié des faits : fait constatés ou rapportés sans jugement de valeur.
- Un modèle vous est présenté en annexe (Annexe 12).

Le signalement peut également se faire par téléphone, mais il devra toutefois être confirmé par écrit par le professionnel.

Le signalement peut se faire :

- s'il est administratif
  - Au Président du Conseil Général du département ou réside l'enfant:



- La transmission des informations préoccupantes se fait par l'intermédiaire de la CRIP : Centre de Recueil des Informations Préoccupantes.
  - Elle est chargée du recueil, du traitement et de l'évaluation de ces informations.
  - Après évaluation elle peut saisir l'autorité judiciaire.
    - A l'Inspecteur de l'ASE,
    - Au service social du département,
    - A la PMI : Protection Maternelle et Infantile.
- S'il est judiciaire
  - Au Procureur de la République
    - Il est représenté par le substitut des mineurs au tribunal de grande instance dans les cas d'extrême gravité ou d'urgence.

## ***9.2. CONSÉQUENCES DU SIGNALEMENT***

### **Pour l'enfant**

Le signalement peut entraîner (58):

- un maintien à domicile
  - AEMO : Aide éducative en Milieu ouvert
    - Elle est menée par des éducateurs qui prennent en charge l'enfant et sa famille dans le but de faire évaluer favorablement la situation familiale.
  - IOE : Mesure d'Investigation et d'Orientation Educative
  - Enquête sociale
- Une séparation : placement de l'enfant (60).

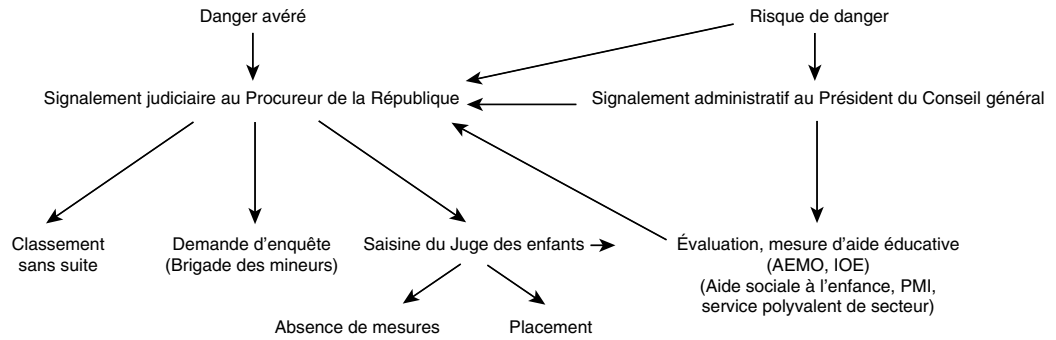
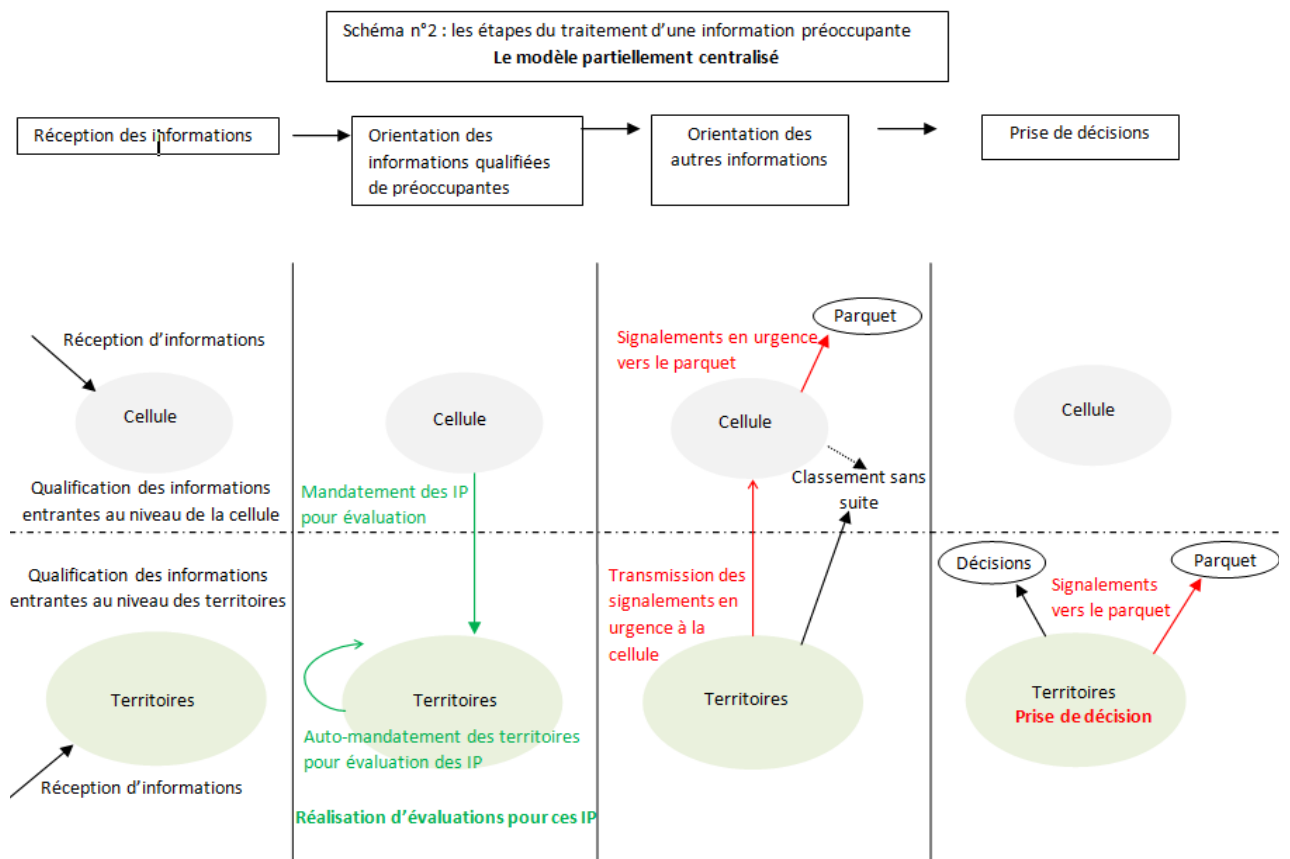


Figure 1 Démarches devant un danger avéré ou potentiel. AEMO : aide éducative en milieu ouvert ; IOE : investigation ; PMI : protection maternelle et infantile.

*BADER-MEUNIER B Prise en charge initiale des enfants victimes de mauvais traitements, EMC Médecine, 2004 ; 1 : 352-364*

L'ONED a décrit dans sa dernière publication le modèle actuel de traitement d'une information préoccupante (61) :

Figure 2 : le modèle partiellement centralisé du traitement d'une information préoccupante



## **Pour le médecin**

Initialement, les médecins avant de signaler ont été confrontés à une dualité :

- soit ils signalaient et dans ce cas ils étaient confrontés au risque de fausse allégation punie par l'ordre de médecins
- soit ils ne signalaient pas et dans ce cas ils étaient en infraction devant le Code Pénal.

De nombreux médecins ont été attaqués par des parents ou mis en cause par l'Ordre des Médecins.

Cela a été le cas du Dr Catherine Bonnet, pédopsychiatre parisienne.

En 1996, en pleine affaire Dutroux, elle reçoit dans son cabinet de plus en plus d'allégations d'inceste ou de viols sur mineurs.

Le pourcentage de fausses allégations étant faible selon les études, elle rédige les signalements. Les pères « accusés » portent plainte auprès du Conseil de l'ordre des médecins et les premières sanctions tombent : elle est condamnée à 9 ans d'interdiction d'exercice, perd toute sa patientèle et sa légitimité. Près de 200 médecins subiront le même cas.

C'est dans ce contexte que la loi du 30 janvier 2004 visant à protéger les médecins est intervenue en définissant plus clairement les conditions du signalement (Annexe 13).

Elle précise que les médecins ne seront pas poursuivis si :

- leur signalement est adressé directement au Procureur de la République
- leur signalement ne contient que les faits qu'ils ont pu observer en examinant l'enfant et ne doit désigner en aucun cas l'auteur soupçonné de maltraitance.

*Le non signalement de suspicions de maltraitance est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.*

### **9.3. ETAT DES LIEUX DU SIGNALEMENT DES SUSPICIONS DE MALTRAITANCE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

#### **Evolution des signalements en France**

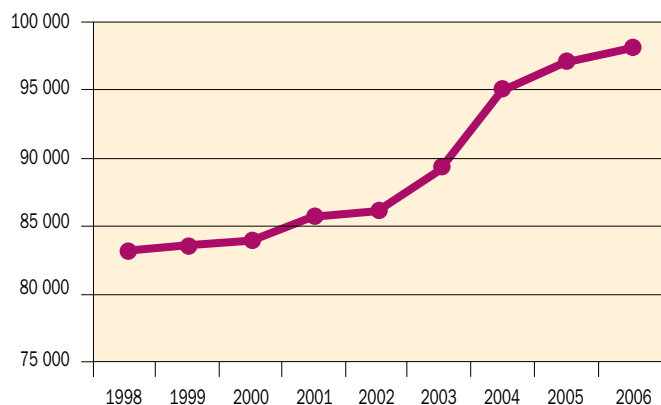
En mars 2012, l'ONED (Observatoire National de l'Enfance en Danger) qui remplace l'ODAS depuis 2007 (Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée) a publié ses derniers chiffres concernant l'enfance en danger (61).

L'ONED a été créée en 2004 et a pour missions :

- Développer et diffuser les connaissances en protection de l'enfance, connaissance chiffrée de l'enfance en danger et connaissance relative aux processus de mises en danger et de protection des enfants développée à travers des études et des recherches
- Recenser, analyser et diffuser les pratiques de prévention, de dépistage, de prise en charge médico-sociales et judiciaires
- Soutenir les acteurs de la protection de l'enfance à travers la mise à disposition de ressources pour différents organismes partenaires
- Participer au réseau des observatoires européens.

Les chiffres dont nous disposons en 2007 étaient ceux de l'ODAS qui montraient entre 1998 et 2006 une augmentation de plus de 14% entre 2002 et 2006 :

**Evolution du nombre d'enfants signalés en danger  
entre 1998 et 2006**  
*France métropolitaine*



Source Odas 2007

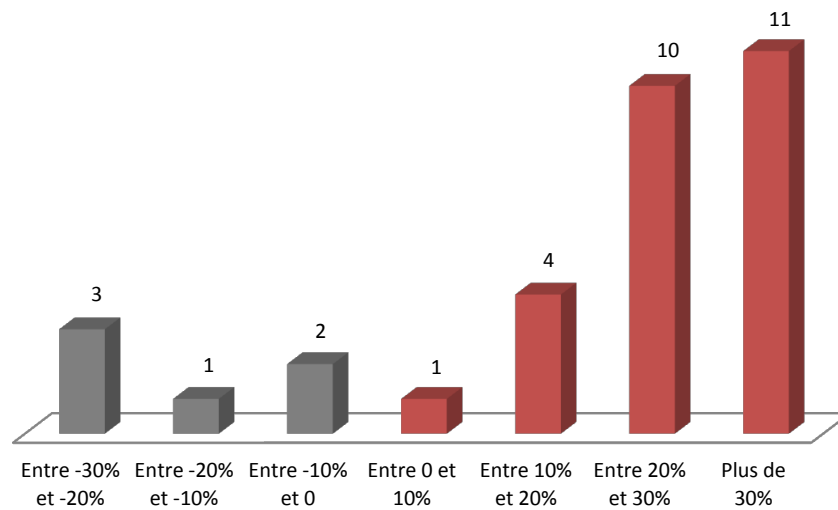
Ce rapport avait aussi permis de distinguer l'évolution des maltraitances signalées selon les différentes catégories :

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Violences physiques	7 000	6 500	6 600	5 800	5 600	5 800	6 600	6 400	6 300
Violences sexuelles	5 000	4 800	5 500	5 900	5 900	5 200	5 500	4 700	4 300
Négligences lourdes	5 300	5 400	4 800	4 700	5 000	4 400	4 400	5 100	5 000
Violences psychologiques	1 700	1 800	1 400	1 600	2 000	2 600	2 500	3 800	3 400
<b>Total des enfants maltraités</b>	<b>19 000</b>	<b>18 500</b>	<b>18 300</b>	<b>18 000</b>	<b>18 500</b>	<b>18 000</b>	<b>19 000</b>	<b>20 000</b>	<b>19 000</b>

Source Odas 2007

Entre 2007 et 2010, 11 départements ont connu une augmentation du nombre d'informations préoccupantes de 30% :

Figure IV-6 : Nombre de départements par taux d'évolution des IP entre 2007 et 2010



Lecture : 11 départements ont connu une augmentation du nombre des IP entre 2007 et 2010 de plus de 30%

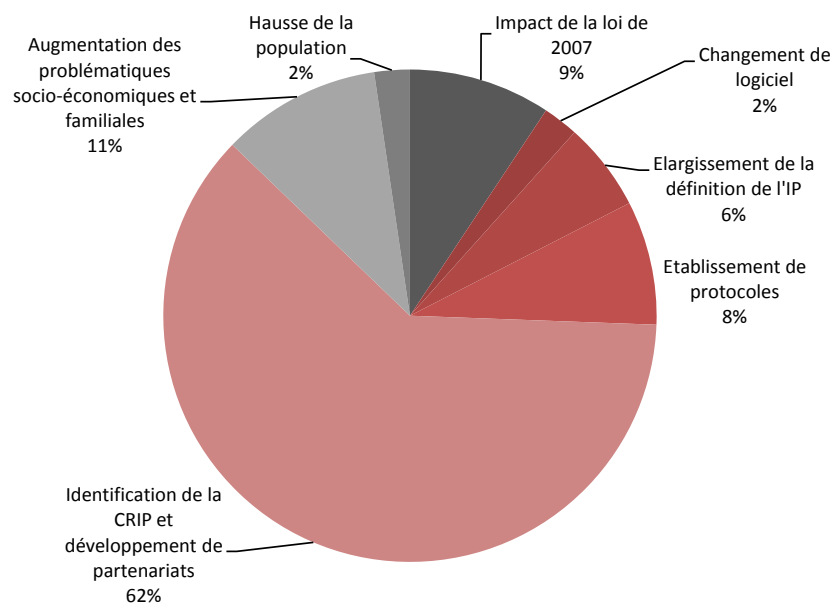
Champ : l'ensemble des départements ayant fourni le nombre de situations donnant lieu à une IP pour un enfant sur les années 2007 à 2010 (n=32)

Source : ONED, enquête nationale informations préoccupantes 2011

Sur les 32 départements recensés seuls 6 ont connu une diminution du nombre d'information préoccupante (IP).

Cette augmentation est surtout selon l'ONED liée au fait que les personnes qui signalent connaissent mieux la CRIP et la facilitation des démarches de signalements rend ces derniers plus nombreux, cela ne signifie pas qu'il y a plus d'enfants maltraités, cela signifie qu'ils sont mieux repérés :

Figure IV-8 : Raisons invoquées par les responsables de CRIP pour expliquer l'augmentation du nombre d'informations préoccupantes



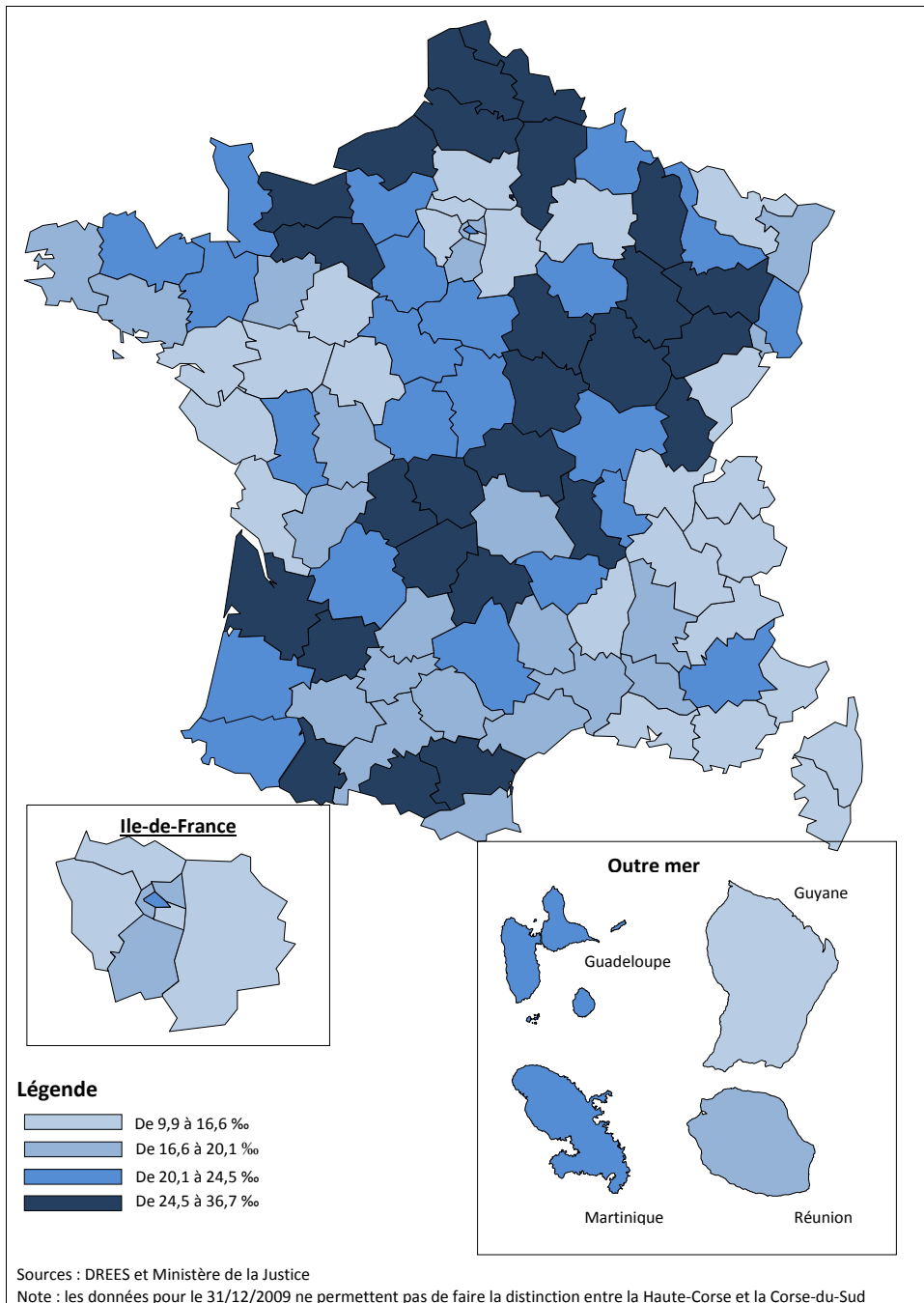
*Lecture : 8% des réponses données mettent en avant l'établissement de protocoles comme raison de l'augmentation des IP  
 Champ : l'ensemble des réponses données par les départements ayant constaté une augmentation du nombre des IP (n=86)  
 Source : ONED, enquête nationale informations préoccupantes 2011  
 Note : certains responsables de CRIP ayant fait part d'une augmentation du nombre d'IP n'ont pas donné d'explications et d'autres en ont donné plusieurs*

Le nombre de mineurs pris en charge en protection de l'enfance est au 31 décembre 2009 de 271 500 soit un taux de prise en charge de 18,9 pour mille des moins de 18 ans.

La carte suivante nous montre les 11 départements où ce chiffre est le plus élevé (jusqu'à 36,5 pour mille) et qui a connu une augmentation de plus de 10% sur la période 2006-2009.

Rappelons qu'il s'agit là du reflet de l'augmentation des signalements de suspicion de maltraitances, d'où une augmentation des enfants pris en charge par la protection de l'enfance.

Carte 1 : Part des mineurs pris en charge (au moins une mesure au 31 décembre 2009), pour 1000 mineurs dans le département



Malheureusement ce dernier rapport n'a pas pu donner de réponses chiffrées concernant le nombre d'enfants signalés.

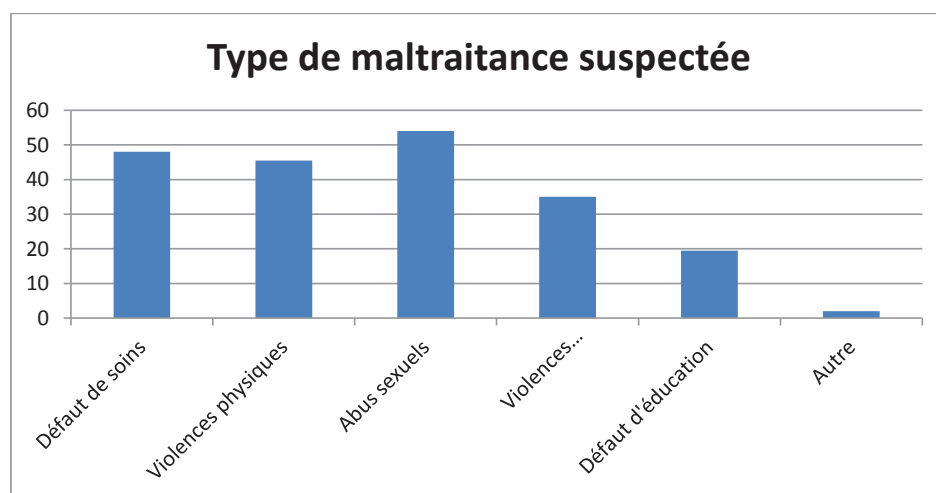


## Etat des lieux des signalements faits par les médecins généralistes

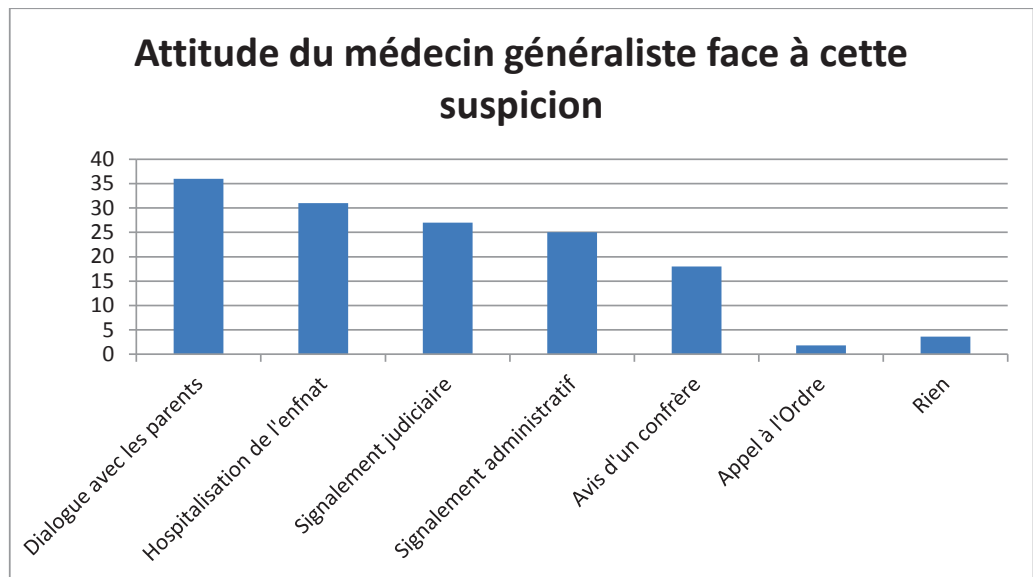
La thèse d'exercice réalisée par le Dr El Hanaoui-Atif en 2012 consiste en une étude quantitative du signalement par les médecins généralistes des suspicions de maltraitance à enfants (32).

Celle-ci a permis de mettre en évidence plusieurs points :

1. sur les 150 médecins interrogés, 21% avaient été confrontés à une situation de suspicion de maltraitance dans les 12 derniers mois
2. parmi les types de maltraitance on retrouvait surtout un défaut de soins, une violence physique ou une agression sexuelle à hauteur de 42-45%.

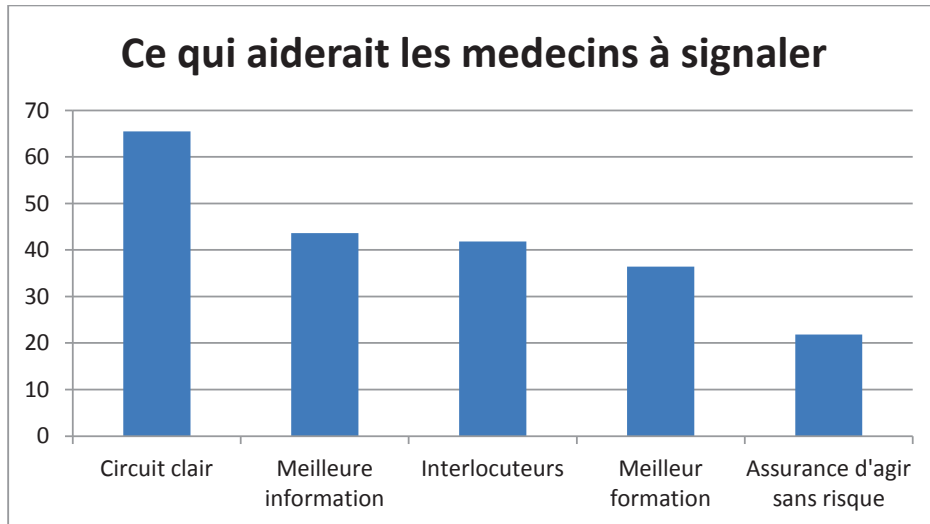


3. Ce qui est intéressant c'est l'attitude du médecin face à la suspicion de maltraitance :



3,6% des médecins n'ont rien fait : pour 97% d'entre eux c'est parce qu'ils n'étaient pas sûrs d'eux et pour les 3% restants c'était parce qu'ils ne voulaient pas créer de problèmes avec la famille.

4. 70% des médecins avouent se sentir démunis face à une situation de maltraitance.
5. Enfin ce qui est intéressant c'est que pour 68% des médecins un circuit plus clair les aiderait à mieux signaler :



Cette étude est extrêmement informative et intéressante et amène à se poser beaucoup de questions :

- les médecins qui n'ont pas signalé ne l'ont pas fait car ils n'étaient pas sûr d'eux mais les 21% qui ont signalés ont quand même éprouvé des difficultés : lesquelles ?
- à aucun moment on parle de difficultés de repérage hors la majorité des médecins ne sont pas formés à la maltraitance : quels sont vraiment les connaissances des médecins en matière de maltraitance ?
- près de 20% d'enfants signalés et 21% de médecins qui signalent : cela semble beau, trop beau, quelle est la réalité sur le terrain : face à une suspicion quelles sont les facteurs qui vont permettre au médecin de faire ou non le signalement
- en matière de prévention, quels moyens utilisent les médecins pour éviter d'en arriver au signalement ?
- quels sont selon eux les moyens possibles pour améliorer le taux de signalement par les médecins généralistes ?

Notre étude s'intéresse à cette seule et ambitieuse question qui est :

« Pourquoi les médecins généralistes signalent peu les suspicions de maltraitances ? »

Est ce un problème de formation ? De méconnaissance du signalement ?

D'absence de population à signaler ? Manque de repérage ? Peur ?

Pour tenter de trouver des éléments de réponse, l'étude qualitative est la plus appropriée.

## **10. ARTICLE**

*(Article soumis en mai 2014 à la revue "Exercer")*

**Quels sont les freins au signalement des cas de suspicion de maltraitance pour les médecins généralistes ? Résultats d'une étude qualitative auprès de 30 médecins généralistes en Ile-de-France**

### RESUME

*Introduction* – En France, 95000 cas de suspicions de maltraitements sur enfants ont été signalés à l'ODAS en 2005. Parmi ces signalements seuls 1% ont été réalisés par des médecins généralistes. Alors que les médecins généralistes ont une place privilégiée dans le dépistage et le signalement des suspicions de maltraitements, quelles sont les raisons de ce manque de signalement et quels en sont les freins ?

*Matériels et Méthodes* - Une étude qualitative par entretiens semi-structurés a été réalisée entre septembre 2012 et juillet 2013 afin de recueillir les perceptions, attitudes et expériences des médecins généralistes d'île de France à propos des maltraitements à enfants.

*Résultats* – L'étude a été réalisée auprès de 30 médecins généralistes et l'analyse qualitative a permis de mettre en évidence 8 thèmes avec entre 4 et 16 sous-thèmes : Image de la maltraitance, méconnaissances des signes cliniques de maltraitance, méconnaissance de la Protection de l'enfance, identification du médecin au parent agresseur, perception du signalement par le médecin généraliste, déni de la maltraitance, répercussions du signalement, contraintes administratives supposées.

*Discussion* – Les principaux freins retrouvés sont entre autres: le manque de repérage des situations de maltraitances, la non connaissance du signalement, la complexité déclarée et supposée de la procédure.

Le manque de repérage est lié à un manque de connaissance des maltraitances par les médecins généralistes, rares sont ceux qui ont été formés et parmi ceux qui ont eu une formation, celle-ci était selon eux non adaptée à leur pratique professionnelle, et plus adaptée au milieu hospitalier.

Ce travail nous permet de mettre en évidence les mécanismes conscient et inconscient d'occultation, de déni, de refus de voir, et donc de refus de dépistage des maltraitances envers les enfants que nous médecins, mettons en place faute de formation adaptée sur ce sujet.

La complexité de la procédure du signalement est enfin évoquée pour justifier du peu de signalements, il s'agit là encore d'une supposée raison invoquée pour déresponsabiliser les médecins.

Une information régulière sur les certificats, les signalements, la responsabilité médicale, les obligations des médecins et sur la CRIP permettraient d'améliorer les connaissances des médecins, le repérage et la protection des enfants victimes.

Une implication de l'ordre des médecins qui accompagneraient enfin les médecins, sans les culpabiliser ou les effrayer en cas de signalements permettraient de modifier l'implication des médecins.

## INTRODUCTION

Les médecins généralistes ont une place privilégiée dans la prévention et le signalement des suspicions de maltraitances sur les enfants. Ils sont amenés à suivre les enfants dès leur plus jeune âge, et développent ainsi une relation de confiance

avec le jeune patient. Ainsi ils sont à même de pouvoir repérer un changement de comportement, une trace, une marque, un « symptôme » qui pourrait évoquer une situation de maltraitance.

En France il y a entre 1 et 2 enfants qui meurent chaque jour des conséquences de maltraitances. Sur ces 300 à 600 enfants par an, seuls 10% avaient été signalés. (10).

En 2005, il y a eu 95000 signalements d'après l'ODAS. Seuls 1% des signalements proviennent des médecins généralistes (1).

Comment améliorer le nombre de signalements ? Quels sont les freins au signalement ?

Afin de répondre à ces questions, nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 30 médecins généralistes d'Ile-de-France.

## MATERIELS ET METHODES

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été conduite afin de recueillir les perceptions, attitudes et expériences de médecins généralistes d'Ile-de-France à propos de la maltraitance à enfants. Les entretiens ont été conduits jusqu'à saturation des données.

L'objectif était de collecter un maximum d'informations sur un échantillon le plus diversifié possible en terme de genre, d'âge. Les entretiens ont été conduits entre septembre 2012 et juillet 2013 en région parisienne. Ils ont intéressé des médecins généralistes contactés initialement par téléphone, afin de convenir d'un rendez-vous pour conduire les entretiens. Ils ont été interrogés en face-à-face à l'aide d'un guide d'entretien. Les entretiens ont été enregistrés et intégralement retranscrits pour l'analyse. L'analyse a porté sur leurs perceptions de la maltraitance à enfants, et leur attitude et expériences en cas de suspicion. Les réponses ont été traitées par analyse

de contenu. Initialement, deux lecteurs (CR et EDG) ont indépendamment classés les réponses en thèmes et sous thèmes. Ils ont ensuite discuté de ce classement jusqu'à obtention d'un accord sur cette catégorisation. Un troisième lecteur (GL) a alors relu cette proposition de classement, et les discordances ont été discutées par les trois lecteurs jusqu'à obtention d'un consensus.

## RESULTATS

### *Caractéristiques des médecins généralistes*

De septembre 2012 à juillet 2013, 200 médecins généralistes d'Ile de France ont été contactés par téléphone afin de savoir s'ils voulaient participer à l'étude qualitative.

La saturation des données a été atteinte après participation de 30 médecins généralistes.

Les caractéristiques de la population étudiée sont regroupées dans le tableau 1

*TABLEAU 1: Caractéristiques de la population étudiée*

	Sexe	Années d'installation	Code postal
<b>1</b>	Femme	17 ans	75010
<b>2</b>	Homme	30 ans	75003
<b>3</b>	Homme	20 ans	94000
<b>4</b>	Femme	11 ans	94000
<b>5</b>	Femme	15 ans	94000
<b>6</b>	Femme	20 ans	75020
<b>7</b>	Homme	30 ans	75012
<b>8</b>	Homme	15 ans	75012
<b>9</b>	Homme	3,5 ans	75012
<b>10</b>	Homme	7 ans	75020
<b>11</b>	Femme	3 ans	75020
<b>12</b>	Homme	43 ans	75020
<b>13</b>	Homme	16 ans	75004



14	Homme	30 ans	75004
15	Femme	5 ans	75020
16	Homme	18 ans	61000
17	Homme	33 ans	75019
18	Femme	22 ans	75019
19	Homme	37 ans	75019
20	Femme	21 ans	75019
21	Homme	33 ans	75019
22	Femme	15 ans	94220
23	Femme	24 ans	94220
24	Femme	12 ans	94220
25	Homme	37 ans	75020
26	Femme	2 ans	75020
27	Femme	18 ans	75020
28	Femme	25 ans	75019
29	Homme	4,5 ans	75019
30	Homme	8 ans	75019

Sur les 30 médecins interrogés, il y avait 16 hommes et 14 femmes.

Leur durée moyenne d'installation était de 19 ans.

La durée moyenne de chaque entretien était de 16 minutes et 30 secondes.

### **Analyse qualitative : principaux freins aux signalements**

L'analyse a permis de mettre en évidence 8 thèmes avec entre 4 et 16 sous thèmes (tableau 2).

TABLEAU 2 : Analyse thématique

<b>THEMES ET SOUS-THEMES</b>	<b>n</b>	<b>Extraits des verbatim</b>
<b>1. Image de la maltraitance</b>	<b>28</b>	
<i>Alcool et précarité</i>	15	« précarité » (1, 2, 4, 7, 14, 19, 22, 28) « alcool » (1, 2, 4, 8, 12, 19, 20, 22, 28) « toxicomanie » (1, 7, 12, 28) « difficultés socio-économiques » (3) « si on a affaire à des milieux défavorisés il y a plus de risque » (16) « il y a beaucoup d'ivrognes » (17) « les conditions socio-économiques c'est évident » (23)
<i>Tous les milieux sont touchés</i>	10	« ça touche tous les milieux » (5, 6) « de la maltraitance il y en a partout » (9) « forcément il y a aussi des maltraitances dans les familles où « tout va bien » (11) « ça existe aussi bien dans le 16 <sup>e</sup> que partout » (13) « c'est autant dans les hauts niveaux socio-économiques » (15) « la maltraitance c'est dans tous les milieux socio-culturels » (20) « maltraiter alors là ça peut être dans n'importe quel milieu. » (25) « Tout le monde est à risque entre guillemets. » (26) « ça touche tout le monde » (30)
<i>Réduction de la maltraitance à deux formes</i>	8	« physique ou psychologique » (5, 9, 10, 14, 21, 23, 25, 26)
<i>Difficultés familiales</i>	7	« les parents divorçaient » (4) « c'était un cas de divorce, de séparation » (5) « un couple qui se sépare » (7) « des conflits, une séparation » (8, 22) « se méfier des couples reformés » (27) « les divorces » (28)
<i>Troubles psychologiques des parents</i>	5	« problèmes psychologiques chez les parents » (14) « dépressif » (15) « des gens qui sont un peu immatures » (17) « un trait psychologique particulier » (22) « la mère avait une personnalité très particulière » (28)
<i>« Hérité » de la</i>	5	« les gens reproduisent ce qu'ils ont vécu » (12)

<i>maltraitance</i>		« une histoire soit même de maltraitance » (13) « avoir été maltraité soi-même déjà » (15) « des gens qui ont souffert et qui font souffrir » (17) « des gens qui ont été violés dans l'enfance ils vont refaire ça » (17) « bien sûr il y a déjà les parents qui ont été maltraités eux mêmes dans l'enfance et qui peuvent reporter ça sur leurs enfants » (25)
<i>Les « petites » maltraitances</i>	4	« ça englobe aussi les petites négligences votre truc ? vous voulez dire que ça aboutirait à une déclaration ? » (19) « c'est que de la négligence psychologique, ça je vois mais je ne signale pas » (19) « pas des maltraitances, des négligences peut-être » (20) « c'était plutôt d'ordre psychologique, ce n'est pas ce que j'appellerai de la maltraitance » (21) « C'était pas des lésions graves » (30)
<i>Âges extrêmes des parents</i>	4	« très jeunes parents » (3) « mères très jeunes » (11) « la jeunesse des parents (14) « jeune maman » (15)
<i>Pas de facteur de risque</i>	2	« je pense qu'il n'y a pas de facteur de risque » (10) « quand vous voyez quelqu'un qui est noir et qui est pauvre, comme je suis blanc et que je suis à peu près à l'aise, j'ai un a priori, euh... négatif, se méfier des apparences, parce que aucune règle n'est bonne » (29)
<i>Fratrie</i>	2	« la jumeauté, les enfants rapprochés » (3) « des enfants très rapprochés » (11)
<i>Famille monoparentale</i>	2	« familles seules » (11) « le parent seul » (19)
<i>Isolement social et familial</i>	2	« isolement social » (3) « la solitude aussi » (23)
<i>Difficultés de dépistage fonction du statut socio économique</i>	1	« on ne maltraite pas moins dans les milieux socio-économiques élevés, on maltraite différemment » (3)
<i>Maltraitance psychologique</i>	1	« il y a les harcèlements, toute forme de harcèlements » (3)
<i>Surmenage</i>	1	« une maman surchargée de travail » (3)
<i>Enfants malades</i>	1	« les enfants handicapés ou malades sont plus à risque » (10)
<b>2. Méconnaissances des signes cliniques de maltraitance</b>	<b>28</b>	
<i>Non formation des soignants pendant leurs</i>	20	« jamais » (1, 2, 4, 5, 6, 7, 13, 14, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 30)

<i>études ou en DPC*</i>		<p>« pendant mes études, ça n'existait pas » (21)  « j'ai lu des articles » (23)  « absolument pas » (28)  « dans la formation, si vraiment j'ai rien retenu c'est qu'elle est nulle » (29)</p>
<i>Interrogatoire de l'enfant : l'enfant affabule, invente, ment, est pervers et suggestionnable</i>	14	<p>« s'il a plus de 4 ans oui » (1)  « un enfant c'est mignon, c'est insidieux, c'est difficile à prendre en considération » (2)  « la deuxième était trop petite : 2 ans » (3)  « j'aurai tendance à dire à partir de 3, 4 ans, dans ces eaux là » (9)  « ça m'est arrivé de poser la question, alors plus pour un ado » (11)  « si vous posez la question à l'enfant il va dire « non je ne suis pas battu », je tourne le problème à l'envers » (12)  « les enfants peuvent être pervers » (17)  « certaines filles vont raconter ce genre de choses pour échapper à une rigueur un peu trop stricte » (18)  « elle avait inventé ça vis à vis de son père » (19)  « en fait il (l'enfant) protège toujours » (21)  « il ne vous répondra pas » (21)  « ça sert à rien de lui demander » (23)  « elle affabulait, comme il y avait de mauvaises relations entre le père et la fille » (24)  « Interroger les enfants ça dépend de la situation, de l'âge, s'ils sont trop petits je le ferai pas. » (26)  « 6-7 ans, avant c'est un peu difficile » (28)</p>
<i>Non repérage de la maltraitance : méconnaissance du circuit de repérage, repérage difficile,</i>	6	<p>« on sait tous ce qu'il faut faire, juste on ne fait pas le diagnostic » (4)  « je n'ai pas découvert, je n'ai pas vu » (5)  « c'est des gens qui avait l'air franc quoi » (10)  « le problème, c'est le repérage plus que le signalement » (10)  « on n'est pas bien formé à repérer » (11)  « j'ai pas l'impression d'avoir eu des enfants maltraités, sans ça j'aurai fait ce qu'il fallait » (20)  « on ne peut pas signaler si on n'a rien à signaler » (23)</p>
<i>Formation à la maltraitance sur enfants</i>	6	<p>« on a eu des soirées FMC » (3)  « on a eu un cours à Paris 6 » (11, 15)  « je me suis formé plus tard » (17)  « j'avais fait une formation sur la maltraitance dans le cadre de la SFTG » (26)  « j'ai déjà été formée parce que j'ai travaillé en PMI »</p>

		(27)
<b>3. Méconnaissance de la Protection de l'enfance:</b>	<b>18</b>	
<i>Absence de travail en équipe</i>	15	<p>« la PMI ne m'a jamais contacté » (1)</p> <p>« je n'ai jamais de retour de la PMI » (4)</p> <p>« on ne travaille pas encore assez en réseau » (4)</p> <p>« il faut plus de contact avec la PMI » (5)</p> <p>« je n'ai eu aucun retour du juge ou de l'ASE » (6)</p> <p>« la PMI n'en avait rien à faire » (6)</p> <p>« le pédiatre ne m'avait pas écrit pour me dire ça » (9)</p> <p>« on n'a aucun contact avec la PMI, assistants sociaux » (16)</p> <p>« on n'a aucun réseau » (16)</p> <p>« non pas du tout » (20, 22)</p> <p>« la PMI pas trop » (17)</p> <p>« j'aimerais bien que quand un juge intervient que les assistantes sociales viennent nous voir pour qu'on essaie de trouver une solution ensemble » (18)</p> <p>« je ne sais pas qui je pourrai contacter pour avoir un avis différent » (21)</p> <p>« c'est rarissime d'avoir des liens avec les médecins scolaires ou la PMI, ça leur vient pas à l'idée de nous contacter » (23)</p> <p>« et moi j'étais jartée alors que c'est quand même l'infirmière et moi qui lui signalions des problèmes » (24)</p> <p>« On ne sait pas très bien quelles sont les suites qui sont données et par qui ? si on avait des explications... » (25)</p> <p>« Je pense que le médecin scolaire pourrait avoir un rôle » (28)</p>
<i>Doutes sur les compétences de la Protection de l'enfance : Non connaissance de la protection de l'enfance</i>	6	<p>« On a eu une enquête sociale, on vous prévient quand on vient, il suffit de faire bonne figure et au final tout se passe bien. » (1)</p> <p>« il y a beaucoup d'idées, beaucoup de fantasmes mais peu d'actions » (10)</p> <p>« j'avais prévenu la mère que j'avais appelé la PMI, elle m'a dit qu'elle ne leur ouvrirait pas » (15)</p> <p>« il y a beaucoup de lâches » (17)</p> <p>« faut pas bouger la hiérarchie » (17)</p> <p>« Si l'enquête est faite de façon subtile c'est très bien. Maintenant on n'a aucune certitude. » (25)</p> <p>« On ne sait pas comment ça se passe » (30)</p>
<b>4. Identification du médecin au parent</b>	<b>21</b>	

<i>agresseur</i>		
<p><i>Alliance inconsciente avec le parent agresseur :</i>  <i>Empathie vis à vis des parents maltraitants</i>  <i>Manque de distance vis à vis des parents</i></p>	12	<p>« c'est très mal vécu par la famille » (2, 9)  « il aime tellement sa fille qu'il la serre de façon un petit peu indécente » (2)  « c'est des parents qui n'en peuvent plus, ce ne sont pas forcément des parents violents » (3)  « j'ai été parent et filer une baffe à mon enfant parce que je n'en pouvais plus ça m'est arrivé » (6)  « je suis parent » (7)  « c'est quelque chose d'assez contraignant pour eux » (9)  « les parents se sentent mis en cause mais à la fois hyper inquiets pour leur enfant, alors on ne sait pas trop » (11)  « on projetait beaucoup sur eux » (11)  « c'est pas qu'ils ne veulent pas mais qu'ils ne savent pas forcément où est le dialogue » (18)  « il y a une différence entre la volonté de la maltraitance et l'impression de vouloir bien faire, d'avoir la main légère et considérer que c'est une forme d'éducation » (18)  « on est des êtres humains et de temps en temps on peut s'oublier, une gifle de trop je peux comprendre » (18)  « c'est les parents qui sont très seuls dans l'histoire » (19)  « il y a une négligence sociale généralisée : les parents sont négligés par la société du coup les jeunes sont négligés, on est responsable de tout ça » (19)  « ça sera mal perçu » (21)  « j'ai eu une maman qui était un peu brusque avec ses enfants, mais elle était brutale avec tout le monde » (22)  « une petite tape sur les fesses c'est arrivé à tout le monde de faire ça » (22)  « se sentir mis en accusation c'est terrible » (22)  « les parents n'aiment pas trop évoquer ce genre de choses » (23)  « c'est difficile de faire face à un enfant tout le temps tout le temps » (23)  « Après j'ai un peu peur des services sociaux, on n'a aucun moyen de défense en tant que parent, ça peut être l'enfer » (30)</p>
<p><i>Absence de « preuves » ou plutôt absence de certitude</i></p>	9	<p>« il va falloir prouver tout ça quand même » « sans doute ai-je pensé que c'était à moi de prouver quelque</p>

		<p>chose » (1)</p> <p>« quand j'ai des doutes je demande au gens du quartier » (2)</p> <p>« je vais signaler si un tiers me donne l'info » (6)</p> <p>« on n'était pas du tout sûr que c'était les parents » (11)</p> <p>« il faut convoquer les parents et les interroger » (12)</p> <p>« c'est très délicat, il faut être sûr, ne pas se tromper » (12)</p> <p>« on n'est pas des policiers » (17)</p> <p>« j'ai d'abord besoin de cerner un peu mieux l'enfant » (18)</p> <p>« je ne sais pas si c'est vrai » (19)</p> <p>« il faut être sûr de soi » (21)</p>
<p><i>Peur des représailles : peur des conséquences pour le père ou la mère, indentification aux agresseurs, peur pour le médecin qui signale, peur des conflits</i></p>	8	<p>« je me suis toujours posé la question des représailles » (1)</p> <p>« provoquer des problématiques de répercussions, une réaction du père... » (3)</p> <p>« on était le médecin traitant et on n'a pas du tout été protégé ! » (6)</p> <p>« on s'en prend toujours plein la gueule quand on rentre dans ces trucs » (6)</p> <p>« j'avais lu des trucs marrants sur des médecins qui ont fait des signalements et se sont retrouvés dans des merdes pas possible » (7)</p> <p>« signaler pourrait entraîner des répercussions » (9)</p> <p>« risquer de créer un clash ici, j'ai aucune envie d'avoir un clash ici » (10)</p> <p>« ça part de la volonté de se protéger » (10)</p> <p>« un médecin en cabinet il est isolé, il y a la menace de la représailles » (12)</p> <p>« le risque de créer une relation conflictuelle » (14)</p>
<p><i>Peur de déclencher à tort des conséquences pour les parents</i></p>	8	<p>« on a peur de se tromper » (5, 22)</p> <p>« le risque de se tromper » (9, 14)</p> <p>« le risque c'est l'erreur » (12)</p> <p>« on a peur de faire des choses irréversibles, de se tromper » (15)</p> <p>« il faut mouiller le maillot » (17)</p> <p>« c'est la peur que j'ai de déclencher des trucs à tort » (19)</p>
<p><i>« Protection » du cercle familial : peur de briser les familles, identification des médecins</i></p>	4	<p>« les conséquences que ça peut avoir sur une famille » (5)</p> <p>« pour un enfant la présence de la mère c'est quand même indispensable » (15)</p>

<i>aux parents</i>		<p>« c'est pas leur rendre service que de les opposer complètement à leur famille » (18)</p> <p>« les éducateurs c'est pas la famille » (18)</p> <p>« les médecins ont peur d'être traumatisant pour l'enfant et pour la famille » (22)</p>
<i>Manque de distance vis à vis des parents</i> <i>Identification du médecin</i>	4	<p>« on n'a pas ce regard suffisamment critique » (3)</p> <p>« tu n'as pas forcément le recul » (4)</p> <p>« on connaît la famille, on l'aime bien » (19)</p> <p>« nous on n'a pas vocation à accuser qui que ce soit, surtout quand on connaît les familles, parce qu'après ça va s'interposer dans la relation. » (25)</p>
<b>5. Perception du signalement par le médecin généraliste</b>	<b>26</b>	
<i>Transfert des responsabilités : La protection de l'enfant se fait à l'hôpital</i>	13	<p>« j'ai envoyé les enfants à l'hôpital » (3)</p> <p>« essayer d'hospitaliser le gamin » (5)</p> <p>« je l'ai faite hospitalisée » (7)</p> <p>« je contacterai les urgences pédiatriques » (9)</p> <p>« c'est plutôt à l'hôpital » (11)</p> <p>« Moi je les enverrai à l'hôpital » (12)</p> <p>« elle a été hospitalisée » (16)</p> <p>« l'hôpital reste un bon plan » (17)</p> <p>« je l'avais envoyé à l'hôpital » (19)</p> <p>« j'ai fait hospitaliser l'enfant » (22)</p> <p>« j'essaierai d'hospitaliser si j'ai le moindre doute » (23)</p> <p>« ça s'est passé plutôt avec l'hôpital » (25)</p> <p>« Moi je les envoie aux urgences » (26)</p>
<i>Non connaissance du circuit du signalement et des obligations du médecin</i>	12	<p>« Je ne sais pas très bien » (1, 5, 6, 7, 10, 13, 16, 19, 25, 30)</p> <p>« je n'irai pas forcément par le juge ou le procureur de la république, je ne crois pas que c'est par là qu'il faut passer » (20)</p> <p>« Je ne sais pas Mais quand je ne sais pas j'appelle le conseil de l'ordre » (28)</p>
<i>Minimiser le signalement : Il n'est pas indispensable</i>	6	<p>« peut-être qu'il faut les recadrer et ça suffit » (5)</p> <p>« en connaissant les familles on arrive à traiter les problèmes » (8)</p> <p>« se dire que peut-être ce serait mieux que ça se règle tout seul » (10)</p> <p>« je pense qu'on a bien fait de ne pas alourdir la peine et que ça s'est finalement bien résolu » (15)</p> <p>« j'essaie de calmer le jeu » (18)</p> <p>« j'ai essayé de rétablir les choses, j'ai pas fait de signalement, les choses sont rentrés dans l'ordre » (20)</p>



<i>Occulter l'intérêt du signalement : Intrusion dans la vie des gens</i>	4	« on n'a pas à s'immiscer dans la vie des parents » (5) « c'était un peu une rupture de confiance » (6) « alors ils vous disent : qu'est ce que ça peut vous faire ? » (12) « essayer pas de faire d'intrusion, pas d'abuser de votre pouvoir » (29)
<i>Occulter l'importance du signalement : Délation</i>	3	« je ne suis pas trop dénonciation anonyme style seconde guerre mondiale » « je n'aime pas signaler » (2) « tu n'as pas l'impression de balancer tout (avec la CRIP) » (6) « je n'aime pas faire les choses à l'insu des gens » (20)
<i>Ce n'est pas le rôle du médecin généraliste</i>	3	« on veut que le médecin il soit le médecin, l'assistante sociale, l'éducateur » (12) « on nous place en position de psychiatre, psychologue, pédiatre » (13) « Et peut être que c'est pas mon métier, parce que le problème du médecin généraliste c'est qu'on devient assistante sociale, c'est le boulot de l'assistante sociale » (29)
<b>6. Dénî de la maltraitance : mécanisme de pensée pour minimiser, pour ne pas voir</b>	<b>18</b>	
<i>Environnement</i>	10	« vous avez vu le quartier ? non ça ne m'est pas du arrivé ici » (7) « je suis peu d'enfants » (7) « ça dépend de l'endroit où on travaille » (9) « pas dans ce quartier, vous n'en verrez pas » (12) « il y a des parents très rigoureux parmi les autochtones ici » (12) « en vérité je vois peu d'enfants » (13) « par rapport à la clientèle que j'ai, ça concerne plus des personnes âgées que des enfants » (14) « j'ai une patientèle qui dans l'ensemble respecte ses enfants » (17) « on ne voit ces choses là finalement (en cabinet de ville) » (19) « des personnes âgées oui mais pas des enfants » (21) « les enfants on les voit moins, le pédiatre le voit plus » (21) « j'ai pas eu à me poser la question par rapport à la patientèle que j'ai » (21) « cette partie du 19 <sup>e</sup> c'est pas un coin déshérité, il y a pas de pauvreté intellectuelle, c'est quand même relativement privilégié » (21) « faut dire aussi que j'ai une clientèle assez favorisée,

		<p>donc voilà » (23)</p> <p>« je tomberai des nues si j'apprenais un jour que l'un des mes petits patients était maltraité » (23)</p> <p>« Je connais suffisamment bien mes patients, je pense savoir qui est susceptible d'être violent ou pas » (28)</p>
<i>Culture, ethnie, respect du mode d'éducation</i>	6	<p>« il y a aussi le côté culturel » (5)</p> <p>« des attitudes qui ne correspondent pas à notre culture » (5)</p> <p>« Et je trouvais que c'était aussi important de respecter le mode d'éducation de ce père qui était un « bon père » (6)</p> <p>« chacun fait comment il le ressent, en fonction de son éducation, de sa culture, de ses origines » (9)</p> <p>« il y a plein d'éducatrices différentes » (15)</p> <p>« ayant vécu en Afrique du Nord, je peux concevoir » (18)</p> <p>« culturellement au Maghreb une bonne claque c'est fait pour éduquer » (18)</p> <p>« Dieu me gardera de me mêler de culture que je connais pas » (28)</p>
<i>Confiance dans les parents</i>	6	<p>« ça s'est pas vu parce que tout simplement je met moi les enfants au monde de mes patientes donc je suis les enfants et je connais les familles » (12)</p> <p>« on connaît les familles » (15)</p> <p>« c'est pas évident de suspecter quelqu'un » (16)</p> <p>« il se trouve que moi je connais vraiment bien toute ma patientèle » (17)</p> <p>« je suis assez sûr de moi » (17)</p> <p>« je pars du principe que les gens sont de bonne foi » (20)</p> <p>« j'ai des patients que j'ai depuis tout petit et d'ont je soigne les enfants, je les connais bien » (21)</p>
<i>Déni</i>	6	<p>« tu ne veux pas voir » (4)</p> <p>« on ne veut pas voir parce qu'on ne sait pas comment le gérer » (5)</p> <p>« on ne veut pas voir, c'est dérangeant » (10)</p> <p>« ça paraît tellement impensable, impossible » (13)</p> <p>« on cherche à se masquer la face » (15)</p> <p>« on ne voit pas et ce n'est pas évident de voir » (20)</p>
<b>7. Répercussions du signalement</b>	<b>19</b>	
<i>Les « perdus de vue »</i>	9	<p>« ces gens là ont déménagé » (1)</p> <p>« la personne concernée a compris qu'on l'a cernée, elle n'est pas dupe » (2)</p> <p>« je ne les ai pas revus ces gens là » (5)</p> <p>« je ne les ai pas revus ensuite » (6)</p>

		<p>« vous dites à quelqu'un : vous faites ceci cela, et vous ne le voyez plus, qu'est ce que vous faites ? » (12)</p> <p>« je n'ai plus eu de nouvelles » (13)</p> <p>« ils déménagent » (13)</p> <p>« ils en profitent pour s'évanouir dans la nature » (14)</p> <p>« elle m'avait donné un faux numéro, je n'ai pas pu aller plus loin » (18)</p> <p>« Alors là je ne l'ai plus jamais revu » (24)</p>
<i>Peur des répercussions</i>	9	<p>« j'ai foutu une merde » (7)</p> <p>« si je fais un signalement, ça va être la zone » (10)</p> <p>« ça va me faire chier, ça va les faire chier, ça va faire chier tout le monde » (10)</p> <p>« on risque de créer un clash » (14)</p> <p>« on risque d'être plus délétère » (15)</p> <p>« ça me fout la journée en l'air ça » (17)</p> <p>« il ne faut pas gâcher la vie d'un prof s'il n'a rien fait » (17)</p> <p>« c'est difficile de déclarer parce que ça veut dire enquête aussi sec auprès des parents par des services sociaux » (19)</p> <p>« c'est quand même une responsabilité importante » (21)</p> <p>« les médecins ont peur (...) de perdre les patients » (22)</p> <p>« faire un signalement à quelqu'un c'est ENORME de conséquences » (29)</p>
<i>Reconnaissance du non signalement</i>	7	<p>« je m'en veux » (1)</p> <p>« à aucun moment je n'y aurai pensé » (4)</p> <p>« je me dis que si en 7 ans je n'en ai jamais vu c'est que soit mes patients ils sont vraiment trop classe, soit il y a un gag » (10)</p> <p>« j'ai forcément laissé passer des choses en 16 ans d'exercice » (13)</p> <p>« je n'ai jamais été convaincu, mais finalement peut-être que je suis passé à côté de choses » (19)</p> <p>« je n'ai pas fait le signalement » (20)</p> <p>« ça paraît un peu étrange parce que je vois beaucoup d'enfants » (23)</p>
<i>Manque de compétences/confiance</i>	6	<p>« je me suis demandé ce que j'allais faire avec le gamin » (4)</p> <p>« moi je suis un jeune médecin » (9)</p> <p>« jeune médecin d'assumer je ne le sentais pas trop » (11)</p> <p>« je suis un médecin « naïf » (20)</p> <p>« c'est moi qui ai l'esprit mal tourné » (24)</p>

		« Suspicion oui, signalement non Je m'en veux un peu mais je ne l'ai pas fait » (30)
<i>Problématique du devenir des enfants signalés : danger et conséquences du signalement ?</i>	5	« est ce que ça ne va pas augmenter le problème ? » (10) « est-ce que finalement l'équilibre actuel n'est pas moins pire que ce que l'on va engendrer » (15) « il faut penser à tous ces enfants placés en famille d'accueil qui posent problème » (16) « leur suivi est loin d'être optimal » (16) « elle s'est retrouvée en foyer et là ça a été la descente aux enfers » (18) « j'ai vu beaucoup de cas où la mise en foyer n'a vraiment rien régler » (18) « personnellement je ne mesure pas les conséquences je pense qu'elles nous échappent complètement les conséquences » (30)
<i>Image du médecin qui a signalé</i>	1	« dans une grande ville ce n'est pas gênant parce qu'on est incognito, mais imaginez dans une petite ville où tout le monde est connu » (21)
<b>8. Contraintes administratives supposées</b>	<b>17</b>	
<i>Complexité déclarées et supposées des modalités administratives</i>	11	« on ne sait pas comment faire » (1) « on ne sait pas les démarches qu'il faut faire » (5) « la démarche n'est pas protocolisée dans ma tête » (6) « je ne connais pas du tout les démarches » (7) « il y a un formulaire je crois » (8) « il faut faciliter le signalement, par le biais d'un numéro » (9) « j'avais eu du mal à gérer » (11) « c'est des choses où on se sent très démunis » (13) « je ne savais pas trop ce qu'il fallait faire » (22) « C'est long faut envoyer des fax au TIG, au CRIP » (27) « il y a des choses on pourrait nous les apprendre simplement, concrètement, pas faire des tonnes » (29) « le signalement, je devrai faire un certificat médical descriptif et dire à l'assistante sociale euh... avec un numéro, UN pas douze » (29)
<i>Manque de temps</i>	9	« on ne le fait pas parce qu'on n'a pas le temps » (1) « les consultations durent qu'un quart d'heure » (4) « les consultations sont chargées » (6) « c'est une consultation qui peut durer ¾ d'heure » (12) « on les voit peu en peu de temps » (14) « il y a forcément un manque de temps » (16)

		<p>« on n'a pas le temps d'approfondir le reste » (16)</p> <p>« le type qui doit faire son chiffre d'affaire avec 23 euros, il va voir 6 patient à l'heure et il n'aura pas le temps, moi j'en vois 2 à l'heure, pour signaler il faut prendre le temps » (17)</p> <p>« c'est à chaque fois du temps » (27)</p> <p>« quand vous devez faire un signalement ça peut vous prendre dans une après midi de consultation...mais c'est du DELIRE, on n'a pas de temps qui est prévu pour ça » (29)</p> <p>« (...) s'il y a bien quelque chose qui est clair, (...) que si vous voulez pas perdre de temps et que vous ne voulez pas chercher la merde, (...) n'essayez pas parce que ça va être long ça va être non rémunérateur et ça va être chiant » (29)</p>
<i>CRIP et LOI DE 2007 peu ou pas connues</i>	5	<p>« le nom de la CRIP me dit quelque chose » (1)</p> <p>« la CRIP ne me dit rien » (5, 7)</p> <p>« non je ne connais pas » (9)</p> <p>« je n'ai pas une adresse sous le coude » (18)</p>
<i>Non rémunérateur</i>	1	« NON on ne rémunère pas des choses pénibles » (29)

Le premier thème retrouvé est l'image qu'ont les médecins de la maltraitance sur enfants. Dans ce premier thème on retrouve comme sous-thèmes les facteurs de risque de maltraitements. Pour les participants, les facteurs de risque les plus fréquents étaient l'alcool et la précarité puis la situation familiale fragile (familles monoparentales, les familles isolées, les âges jeunes des parents et enfin les fratries d'âges rapprochés).

Les difficultés familiales comme le divorce sont également considérées comme des facteurs de risque.

On retrouve ensuite les troubles psychologiques des parents comme un syndrome dépressif ou « une personnalité particulière ».

Un médecin a évoqué la maladie de l'enfant comme pouvant être un facteur de risque de maltraitance.

Enfin quelques rares médecins considèrent qu'il existe une hérédité de la maltraitance.

Pour un tiers des médecins interrogés la maltraitance se présente sous deux formes : soit la maltraitance psychologique soit la maltraitance physique mais les deux peuvent être liées. Et certains rares médecins considèrent qu'il existe des « petites maltraitements » comme la négligence psychologique, pour laquelle ils ne feraient pas de signalement.

Le deuxième thème qui ressort de l'analyse concernait la méconnaissance des signes cliniques de maltraitance. La première cause évoquée était la non formation des soignants au dépistage et au diagnostic de maltraitance, ce qui est le cas pour 2/3 des médecins interrogés.

Le deuxième sous thème mis en évidence souligne la difficulté d'interrogatoire de l'enfant. Pour la plupart des médecins interrogés il est difficile de poser des questions à l'enfant quand il est trop petit, en général en dessous de 4 ans : « s'il a plus de 4 ans oui »(1)..

Certains vont jusqu'à dire que la parole de l'enfant n'est pas toujours fiable : « les enfants peuvent être pervers » (17), « elle affabulait, comme il y avait de mauvaises relations entre le père et la fille » (24).

Le troisième thème identifié est la méconnaissance de la protection de l'enfance avec en premier lieu l'absence de travail en équipe avec les autorités administratives : « la PMI ne m'a jamais contacté » (1). Le deuxième sous-thème concerne les doutes des médecins sur les compétences de la Protection de l'Enfance : « On a eu une enquête sociale, on vous prévient quand on vient, il suffit de faire bonne figure et au final tout se passe bien. » (1).

Le quatrième thème identifié est l'identification inconsciente voire l'alliance du médecin au parent agresseur. Il concerne deux tiers des médecins interrogés. Le premier sous-thème est l'empathie vis à vis des parents : « j'ai été parent et filer une baffé à mon enfant parce que je n'en pouvais plus ça m'est arrivé» (6). Le deuxième sous-thème est l'absence de certitude et le besoin de preuve pour croire l'enfant : « j'ai d'abord besoin de cerner un peu mieux l'enfant » (18). Puis les autres sous-thèmes retrouvés sont la peur des représailles aussi bien pour le médecin : « j'avais lu des trucs marrants sur des médecins qui ont fait des signalements et se sont retrouvés dans des merdes pas possibles » (7) ; que pour le parent agresseur, d'où une nouvelle forme d'identification au parent agresseur, la crainte de « détruire » le cercle familial

et le manque de distance vis à vis des parents : « pour un enfant la présence de la mère c'est quand même indispensable » (15)

« On connaît la famille, on l'aime bien » (19).

Le cinquième thème concerne la perception et surtout la minimisation du signalement par les médecins généralistes en faisant passer le signalement pour une démarche non indispensable : « peut-être qu'il faut les recadrer et ça suffit » (5), en transférant la responsabilité sur l'hôpital pour un tiers des médecins interrogés : « j'ai envoyé les enfants à l'hôpital » (3). D'autres médecins déclaraient que ce n'était pas le rôle du médecin généraliste.

Enfin certains médecins ont comparé le signalement à une intrusion dans la vie des gens voire une délation : « je ne suis pas trop dénonciation anonyme style seconde guerre mondiale » « je n'aime pas signaler » (2). Finalement inconsciemment, le signalement visant à protéger un enfant maltraité est comparé à une dénonciation anonyme, à un crime semblable à celui des collaborateurs pendant la Seconde Guerre mondiale.

Le sixième thème regroupe l'ensemble des mécanismes de pensée visant à minimiser et à ne pas voir la maltraitance. Pour certains médecins la maltraitance n'existe pas dans certains milieux : « vous avez vu le quartier ? non ça ne m'est pas du tout arrivé ici » (7)

Enfin dans certains cas les médecins ne considèrent pas certaines pratiques comme étant de la maltraitance car elles sont liées à une culture et qu'il faut les respecter : « culturellement au Maghreb une bonne claque c'est fait pour éduquer » (18)



Le septième thème concerne les répercussions du signalement, la première étant les perdus de vue. Un autre des freins au signalement est la peur des répercussions : « ça va me faire chier, ça va les faire chier, ça va faire chier tout le monde » (10) et certains reconnaissent ne pas avoir fait de signalement alors qu'ils auraient du le faire : « je m'en veux » (1).

Un des sous-thème qui ressort concerne la problématique du devenir des enfants signalés. Pour quelques rares médecins signaler un enfant en danger ne serait pas forcément lui rendre service : « est-ce que finalement l'équilibre actuel n'est pas moins pire que ce que l'on va engendrer » (15).

Enfin un des médecins a évoqué le fait que signaler peut être mal perçu surtout dans une petite ville : « dans une grande ville ce n'est pas gênant parce qu'on est incognito, mais imaginez dans une petite ville où tout le monde est connu » (21).

Le dernier thème de cette analyse concerne les contraintes supposées administratives. La plupart des médecins s'accordent sur le fait que les modalités administratives seraient trop complexes : « il faut faciliter le signalement, par le biais d'un numéro » (9). De la même manière la CRIP est inconnue pour certains médecins. La CRIP ou Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes a pour objectif de centraliser toutes les informations concernant des mineurs présumés en danger ou en risque de l'être.

Certains considèrent que s'ils ne signalent pas ou peu c'est qu'ils manquent de temps : « on ne le fait pas parce qu'on n'a pas le temps » (1). Un seul médecin a évoqué le fait que le signalement prendrait du temps et ne serait pas rémunérateur : « NON on ne rémunère pas des choses pénibles » (29).

## DISCUSSION

L'objectif de cette étude était de repérer les freins au signalement des suspicions de maltraitances par les médecins généralistes.

Pour cela nous avons procédé à une analyse qualitative à l'aide de 30 entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes volontaires.

Ces entretiens ont mis en évidence 8 thèmes.

L'analyse de ces thèmes a permis de retrouver 5 principaux freins au signalement :

- les représentations de la maltraitance
- les mécanismes d'occultation de la maltraitance : méconnaissance de la maltraitance et déni
- l'absence du travail en équipe
- l'alliance inconsciente avec le parent agresseur
- la complexité supposée et déclarée de la réalisation du signalement

### *Les représentations de la maltraitance sont un frein au signalement*

L'image souvent biaisée de la maltraitance est une des premières explications à l'absence de signalement par les médecins généralistes. En effet, il semble qu'un certain nombre de participants n'envisage cette problématique que dans certains contextes familiaux difficiles tels que la précarité, la monoparentalité ou la maladie. Un petit nombre de médecins ont cependant souligné l'absence de différence quelque soit le milieu social de la famille. Ils ont tout de même précisé qu'au sein des familles les plus favorisées, la maltraitance est un phénomène existant mais mieux « caché ». Ces résultats sont cohérents avec l'étude qualitative réalisée par Jeu-Steenhouwer en 2012 auprès de 50 médecins généralistes (2), où un petit nombre de

médecins interrogés expliquaient également le fait que la maltraitance existait au sein de tous les milieux sociaux.

La prématurité, facteur de risque largement décrit (3, 4, 5), n'avait pas été citée ni dans notre étude ni dans celle conduite par Steenhouver et al.(2).

Un point intéressant mis en évidence lors de nos entretiens est la notion « d'hérédité » de la maltraitance. Ce point ne semble pas avoir été retrouvé dans les différentes études menées sur le sujet de la maltraitance à enfants (2, 6). Bien que pour certains médecins il existerait une hérédité de la maltraitance peu sont ceux qui posent la question aux parents de savoir s'ils ont été maltraités dans l'enfance, ce qui finalement semble assez contradictoire.

Concernant les formes de maltraitance, il est intéressant de constater que facilement les médecins distinguent maltraitance psychologique et maltraitance physique et surtout que quelques médecins considèrent certaines formes comme n'étant pas de maltraitance ou alors comme étant des formes « mineures ». Citons par exemple la négligence, le harcèlement ou l'humiliation, certaines lésions cutanées non graves... Il s'agit là une première façon inconsciente de nier l'existence de certaines formes de maltraitements.

*La méconnaissance des signes de maltraitance ou le refus de voir est un élément retardant le diagnostic et le signalement*

Le deuxième thème qui ressort de ces entretiens est la méconnaissance des signes cliniques de maltraitance. Il s'agit là plutôt de l'impossibilité de penser les violences, ce que les médecins interrogés considèrent comme de la méconnaissance. Nous ne signalons pas parce que nous ne repérons pas, nous ne repérons pas car nous ne connaissons pas, nous ne connaissons pas car nous n'avons pas été formé.

En effet il est surprenant de constater que presque tous les médecins interrogés n'ont jamais été formés à la maltraitance que ce soit à la faculté ou en DPC. Le DPC ou Développement Professionnel Continu correspond à l'ensemble que constitue la formation professionnelle continue et l'évaluation des pratiques professionnelles. Quelques rares médecins ont eu une formation notamment parmi les plus jeunes mais ils considèrent qu'il s'agissait d'une formation trop théorique axée sur des cas hospitaliers finalement moins représentatifs que ceux rencontrés en soins primaires. Il semble donc qu'une sensibilisation des étudiants à cette problématique soit nécessaire puisque son défaut est un frein au signalement clairement évoquée par les médecins.

Le manque de repérage des enfants maltraités est un des principaux freins retrouvés dans d'autres études qualitatives déjà réalisées sur le sujet (2, 7).

Ce repérage passe par un recueil d'éléments de parole ou d'attitude permettant de suspecter une éventuelle maltraitance auprès de l'enfant victime et dans la plupart des cas les médecins semblent ne pas interroger les enfants.

La première raison invoquée est l'âge. Certains des médecins ont dit qu'avant l'âge de 3-4 ans voire même parfois 6-7 ans un enfant n'est pas interrogeable, qu'il est trop petit pour être entendu, ou pour considérer sa parole.

Il est surprenant de constater que lors de nos entretiens, l'enfant apparaît parfois comme suggestionnable, qu'il est pervers, qu'il affabule, qu'il ment et donc qu'il n'y aurait finalement pas d'intérêt à l'interroger ni à être cru...

Les autres raisons invoquées sont que les enfants ne sont pas toujours fiables, que parfois ils protègent leurs parents ou la personne qui les maltraite.

Pourtant il ne s'agit pas là de devenir enquêteur spécialisé et de questionner un enfant, mais rechercher des éléments de parole ou dans l'attitude de l'enfant permet parfois de conforter ses soupçons et d'aller plus facilement vers le signalement.

Cette notion de non-fiabilité de la parole de l'enfant a été remise en question par une étude réalisée en 2013 par Brainerd (8). Celle-ci nous montre que contrairement aux idées reçues datant du siècle dernier (9), les enfants sont moins capables de fabriquer des faux souvenirs par rapport aux adultes, et par conséquent leurs réponses sont plus proches de la vérité que celles des adultes.

*L'absence de collaboration pluri professionnelle constituerait un frein au signalement pour les médecins généralistes.*

Les médecins interrogés déplorent le manque de collaboration entre les différentes structures médicales et paramédicales qui entourent un enfant, et notamment le fait que la PMI (Protection Maternelle Infantile) ne les contacterait pas lorsqu'un des enfants que suit le praticien est en danger. De la même façon, il est tout aussi rare d'entendre des médecins dire que lorsqu'ils ont un doute ils appellent la PMI pour s'informer d'avantage.

L'autre problème invoqué est le manque de retour de la part de la Protection de l'enfance lorsqu'un signalement a été effectué. Les rares médecins qui ont signalé ne savent pas ce qu'à donner leur signalement. Il est vrai qu'un retour d'information permettrait aux médecins de se conforter ou au contraire de se remettre en question afin d'améliorer leur attitude future.

Ce manque de communication entre le monde administratif et le monde médical est un frein retrouvé dans une étude qualitative réalisée par Auvity pour sa thèse de médecine générale en 2012 (1).

Ce manque de collaboration doit cependant être nuancé. En effet, il apparaît malheureusement dans nos entretiens que si les médecins ne signalent pas c'est parce que la PMI ou le juge ou le milieu scolaire ne communique pas avec eux. Finalement que le problème de l'absence de signalement n'est pas de leur fait mais de la faute «des autres ». Or il s'agit certes d'un dysfonctionnement à améliorer mais en aucun d'une raison valable pour ne pas signaler un enfant potentiellement en danger.

Citons enfin le cas de ce médecin généraliste qui a effectué un signalement sans en informer la famille et pour lequel le juge a dit à la famille en montrant le signalement qui les avait signalés, ce qui a engendré des problèmes de conflit entre la famille et leur médecin traitant. Il est vrai que ce manque de travail en équipe peut freiner les médecins généralistes, car contrairement aux médecins hospitaliers, ils se retrouvent souvent seuls face à leur doute, aux conséquences du signalement et se sentent non protégés. Mais le travail en équipe ne se génère pas spontanément et c'est au médecin de créer son équipe et de savoir s'entourer.

Et en effet certains médecins interrogés arrivent à s'entourer d'associations qui les aident dans leurs démarches et les soutiennent. et ne travaillent ainsi pas seuls.

Le deuxième frein évoqué par les généralistes est l'absence de preuves ou plutôt l'absence de certitude. Pour les médecins interrogés le signalement se fait que si ce que dit l'enfant est « vrai ». Il s'agit pourtant de présomptions, il faut rechercher des indices de suspicions de violences et non pas des preuves visant à accuser un parent, car cela n'est absolument pas notre rôle.

Mais beaucoup des médecins craignent les conséquences d'une fausse allégation et par conséquent « mènent d'abord l'enquête » avant de se « lancer » dans le signalement. Il s'agit là d'une perte de temps importante et surtout d'une grande cause de perte de vue des patients. Le médecin perd de vue que son rôle principal est

de protéger avant tout l'enfant, et non pas de chercher des preuves de culpabilité, des preuves que ce que l'enfant dit est vrai.

Dans la même optique les médecins interrogés ont peur de se tromper, de déclencher des enquêtes qui seront finalement injustifiées et qui au final laisseront beaucoup de séquelles psychologiques, financières ou sociales dans les familles touchées. Plus que la crainte de se tromper c'est la peur de déclencher à tort des conséquences sur les parents. Ainsi le médecin non seulement peine dans son rôle de protéger l'enfant mais inconsciemment s'identifie au parent agresseur et aux conséquences d'une fausse allégation sur celui-ci sans se soucier des conséquences dramatiques d'un non signalement d'un enfant en danger.

Le troisième frein limitant les signalements est la peur des représailles. Le caractère encore souvent isolé de la pratique de médecin généraliste accentue cette crainte. En effet, que la réalité de la maltraitance soit actée ou non, les menaces envers le médecin ou le « risque » d'erreur diagnostic et de ses conséquences sur la réputation du médecin sont autant de difficultés exprimées par les médecins interrogés.

Les représentations des médecins concernant l'avenir de l'enfant suite à un signalement sont souvent nourries par les médias et/ou les récits de patients mais pas par un retour d'informations provenant de la protection de l'enfance. Certains imputent parfois l'évolution dramatique de certains enfants (conduites à risque, prises de toxiques, délinquance) au placement mais pas aux maltraitances subies.

D'autres représentations relatives à la démarche administrative du signalement constituent un frein majeur au signalement.

En effet, près de la moitié des médecins interrogés préfèrent adresser l'enfant à l'hôpital pour que le signalement soit fait par un médecin hospitalier. Une des raisons invoquée est qu'à l'hôpital les médecins sont plus « protégés » et entourés et qu'il y

aurait moins de conséquences s'ils se trompent. Ce recours à l'hôpital est retrouvé dans les autres études qualitatives réalisées sur le sujet (1, 2).

Près de la moitié des médecins interrogés ne savent pas comment s'y prendre pour faire un signalement. La plupart savent quand même où trouver l'information ou sinon ils s'en réfèrent au conseil de l'ordre.

Dans une étude qualitative réalisée en 2010 à Saint Etienne et publiée dans la revue *Médecine* par Devevey et Thevenon (7), aucun des 21 médecins interrogés ne connaissaient la procédure de transmission d'une information préoccupante.

Il est triste de constater que pour quelques médecins, rares heureusement, le signalement n'est pas indispensable. Ce sous thème rejoint un peu celui de la protection du cercle familial et la volonté de certains médecins de ne pas faire intervenir le côté « administratif » et d'essayer de régler la situation « seul ».

D'autres préfèrent ne pas signaler car cela signifierait s'immiscer dans la vie des gens et cela ne les regarde pas, d'autres vont plus loin et compare l'acte du signalement comme une « délation style seconde guerre mondiale »...

Enfin pour quelques rares médecins ce n'est pas leur rôle de signaler. C'est le rôle du médecin scolaire ou l'infirmière scolaire ou de l'assistante sociale, c'est le rôle encore une fois « des autres ».

Finalement tous les médecins qui ne signalent pas ont pour eux une raison « valable » de ne pas le faire. Ils mettent en effet en place des mécanismes pour occulter le caractère indispensable du signalement, en minimisant voire en caractérisant de dangereux son impact sur les enfants. Puis en doutant des compétences de la Protection de l'enfance.



*L'empathie ou alliance inconsciente avec le parent agresseur, facteurs de risque d'absence de signalement ?*

Près de deux tiers des médecins interrogés s'identifie inconsciemment au parent suspect de maltraitance, en se reconnaissant à travers eux : « j'ai été parent et filer une baffe à mes enfants parce que je n'en pouvais plus, ça m'est déjà arrivé ». Certains vont même jusqu'à leur trouver une excuse : « il aime tellement sa fille que parfois il la serre de façon un petit peu indécente ». Cette identification constitue une alliance inconsciente qui se traduit par un déni de la maltraitance et par une certaine « empathie » inappropriée au détriment de l'enfant en danger. Cette alliance passe par la peur des conséquences d'un signalement à tort et la peur de briser le cercle familial sans évoquer pour autant le risque de laisser l'enfant dans un environnement potentiellement dangereux.

Un des médecins interrogés considère que s'il y a maltraitance des parents envers leurs enfants, c'est aussi parce qu'il y a maltraitance de la société envers les parents. Le parent agresseur apparaît alors comme la « victime ». A aucun moment l'enfant en danger n'est pris en compte et à aucun moment le médecin s'identifie à l'enfant agressé. Au final, cette projection du médecin vis à vis du parent suspect empêche parfois le recul nécessaire à la réalisation d'un signalement.

Les entretiens ont été réalisés dans divers arrondissements de l'est parisien et sa banlieue proche, mais pour un tiers des médecins interrogés, ces derniers exerçaient dans un quartier « trop aisé » pour qu'il y ait de la maltraitance, et par conséquent ils pensaient ne pas en voir parmi leur patientèle. L'idée selon laquelle les maltraitances n'intéresseraient pas tous les milieux sociaux de la même manière et malheureusement répandue également été retrouvée dans l'étude qualitative de Devevey et Thevenon (7).

Quelques rares médecins ont également dit que la maltraitance existait dans les générations précédentes mais que de nos jours « cela ne se faisait plus »...

Enfin il est étonnant de constater que quelques médecins interrogés considèrent qu'on ne peut pas vraiment parler de maltraitance quand il s'agit d'un phénomène culturel ou ethnique et par là même excusent en quelque sorte les parents maltraitants. En conséquence les médecins ne signaleraient pas car il n'y aurait pas de maltraitances. Tout ceci constitue autant de mécanismes inconscients visant à nier l'existence de la maltraitance. Les médecins interrogés ne veulent ou ne souhaitent pas voir. Ils ne voient pas puisque cela n'existe pas. Cela n'existe pas puisqu'on ne la voit pas.

#### *Le signalement, un casse-tête administratif pour les médecins ?*

Tout d'abord il est clair pour quasiment la moitié des médecins interrogés que la procédure du signalement apparaît comme une démarche très complexe, les informations sont difficiles à trouver et du coup sa Les médecins interrogés considèrent que le manque de signalement vient du fait que la démarche est complexe, mais celle-ci s'est considérablement simplifiée depuis 2007, que le manque de signalements vient du fait qu'ils ne travaillent pas assez en équipe, mais ce travail en équipe doit se construire comme l'ont si bien fait quelques uns des médecins interrogés en s'entourant d'associations et de contacts.

Encore une fois il s'agit là d'une autre raison invoquée par les médecins pour ne pas faire de signalement.

Deuxièmement, les médecins signaleraient peu car cela leur prend beaucoup de temps d'une part de repérer la situation de maltraitance, d'autre part de rédiger un éventuel signalement.

De la même façon de très rares médecins ont quand même évoqué le fait que c'était un acte qui prenait du temps et du coup n'était pas forcément rémunérateur, comme beaucoup d'actes que l'on demande de faire au médecin généraliste et qui au final ne seraient pas rémunérés à leur juste valeur.

Tout ceci constitue un ensemble de raisons invoqués pour ne pas faire de signalement, donc pour ne pas mettre en place des actions visant à protéger l'enfant en danger : du travail en plus, du temps et de l'argent en moins.

L'objectif de cette étude était de mettre en évidence les freins au signalement des suspicions de maltraitances sur enfant par les médecins généralistes.

Bien que certains rares médecins affirment que la maltraitance ne se voit plus, le problème est que les médecins sont confrontés aux situations de maltraitances, ils en parlent volontiers lors des entretiens, mais ce ne sont quasiment jamais eux qui ont rédigés le signalement.

Cependant, certains des médecins reconnaissent avec le recul, qu'ils auraient pu ou auraient du réaliser un signalement et la plupart le regrette.

Les principaux freins retrouvés sont entre autres: la mise en place de mécanismes d'occultation des situations de maltraitances, la non connaissance signalement et la complexité supposée et déclarée de la procédure. Ces résultats sont comparables aux résultats des autres études qualitatives réalisées sur le sujet.

Le manque de repérage est lié à un manque de connaissance des maltraitances par les médecins généralistes, rares sont ceux qui ont été formés et parmi ceux qui ont eu une formation, celle-ci était selon eux non adaptée à leur pratique professionnelle, et plus adaptée au milieu hospitalier.

La complexité déclarée de la procédure du signalement est toujours avancée pour justifier le peu de signalement. Une meilleure diffusion de l'information et la mise en place de formation sur les signalements auprès des médecins généralistes permettraient d'améliorer leur implication.

## BIBLIOGRAPHIE

1. AUVITY J. Médecine générale et enfance en danger. Enquête auprès de 23 médecins généralistes de Meurthe et Moselle, *Thèse de médecine générale*, 2012
2. JEU-STEENHOUWER M. Le médecin généraliste face à la maltraitance infantile : perception des facteurs de risque et difficultés rencontrées, *Thèse de médecine générale*, 2012.
3. LABBE Jean, La maltraitance des enfants en Occident, *Le Clinicien*, octobre 2001
4. FRANCHITTO N. Maltraitance à enfants, *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, 2011, **15** : 110-118.
5. DE BECKER E L'enfant en dessous de 3 ans maltraité sexuellement : comment les tout-petits « parlent » d'un abus et comment y faire face ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2003 ; **51** :105-110.
6. EL HANAOUI-ATIF H Le signalement des maltraitements à enfants par les médecins généralistes, *Thèse de médecine générale*, Grenoble, 2012.
7. DEVEVEY J. THEVENON M. Enfance en danger : pour mieux aider les familles en difficulté, *Médecine*, 2012 ; **8** : 232-237
8. BRAINERD CJ. Developmental reversals in false memory : a new look at the reliability of children's evidence, *Current Directions in Psychological Science*, 2013 ; **22(5)** : 335-341.
9. BINET A. La suggestibilité, 1900, Paris : Schleicher Frères.
10. TURSZ A. Les oubliés : Enfants maltraités en France et par la France, 2010, *Ed. Seuil*.

**GUIDE D'ENTRETIEN**

**Signalement de suspicion de maltraitements sur enfants par le médecin généraliste**

DATE de l'entretien :

NOM :

Sexe :

Age :

Adresse :

Milieu : rural/semi rural/urbain

**1<sup>ère</sup> partie : Connaissance du signalement**

Définition et démarches

Qui doit-on signaler?

A qui ?

Avez vous déjà signalé ?

Si oui quelles difficultés avez vous rencontré ?

Avez vous été formé ?

En informez-vous les parents ?

Freins? Problème de formation ? Problème de reconnaissance de la maltraitance ?

**2<sup>e</sup> partie : Connaissance de la maltraitance**

Définition et vécu

Différents type de maltraitance

Facteurs de risque de maltraitance

Relation avec des correspondants ?

Rôle du généraliste dans l'aide à l'éducation des enfants

## 11. CONCLUSION

L'objectif de cette étude était de mettre en évidence les freins au signalement des suspicions de maltraitances sur enfant par les médecins généralistes.

Bien que certains rares médecins affirment que la maltraitance ne se voit plus, le problème est que les médecins sont confrontés aux situations de maltraitances, ils en parlent volontiers lors des entretiens, mais ce ne sont quasiment jamais eux qui ont rédigés le signalement.

Les principaux freins retrouvés sont entre autres: le manque de repérage des situations de maltraitances, la non connaissance du signalement, la complexité déclarée et supposée de la procédure.

Le manque de repérage est lié à un manque de connaissance des maltraitances par les médecins généralistes, rares sont ceux qui ont été formé et parmi ceux qui ont eu une formation, celle ci était selon eux non adaptée à leur pratique professionnelle, et plus adaptée au milieu hospitalier.

Ce travail nous permet de mettre en évidence les mécanismes conscient et inconscient d'occultation, de déni, de refus de voir, et refus de dépistage des maltraitances envers les enfants que nous médecins nous mettons en place faute de formation adaptée sur ce sujet.

La complexité de la procédure du signalement est enfin évoquée pour justifier du peu de signalement, encore une supposée raison invoquée pour déresponsabiliser les médecins.

Une information régulière sur les certificats, les signalements, la responsabilité médicale, les obligations des médecins et sur la CRIP permettraient d'améliorer les connaissances des médecins, le repérage et la protection des enfants victimes.

Une implication de l'ordre des médecins qui accompagneraient enfin les médecins, sans les culpabiliser ou les effrayer en cas de signalements permettraient de modifier l'implication des médecins.



## 12. BIBLIOGRAPHIE

1. MELAMPOUS L'évolution du statut de l'enfant p 39-58,  
*disponible en ligne sur :*  
[http://www.afmjf.fr/IMG/pdf\\_MELAMPOUS\\_HORS\\_SERIE\\_chap\\_2\\_evolution\\_statut\\_enfant.pdf](http://www.afmjf.fr/IMG/pdf_MELAMPOUS_HORS_SERIE_chap_2_evolution_statut_enfant.pdf)
2. FRECHON Isabelle, Insertion sociale et familiale de jeunes femmes anciennement placées en foyers socio-éducatifs, *Thèse de sociologie et démographie sociale*, soutenue le 1<sup>er</sup> juillet 2003, faculté de Nanterre, Paris X.
3. LABBE Jean, La maltraitance des enfants en Occident, *Le Clinicien*, octobre 2001.
4. KEMPE Ch. The battered child syndrome, *JAMA*, **181** :17, 1962.
5. ROUSSEAU JJ. Emile ou de l'éducation, [1762], Paris, *Garnier Flammarion*, 1996, p.37.
6. KEY E. Le siècle de l'enfant, 1910, *ed. Flammarion*
7. MULLEY C. The Woman who saved the children: a biography of Eglantyne Jebb, 2009, *ed. Oneworld Publications*.
8. ONU Déclaration des droits de l'enfant 1959, *texte intégral disponible en ligne sur :* <http://www.droitsenfant.com/telecharge/declaration-droits-enfant-1959pdf.pdf>
9. Convention relative aux droits des enfants, 1989, *texte intégral disponible en ligne sur :* <http://www2.ohchr.org/french/law/pdf/crc.pdf>

10. Convention 182 de l'Organisation Internationale du Travail, 1999,  
*texte disponible en ligne sur :*  
<http://www.ilo.org/public/french/standards/relm/ilc/ilc87/com-chic.htm>
11. Protocole facultatif sur les enfants soldats, 2000, Assemblée Générale des Nations Unies, *texte disponible en ligne sur :*  
<http://www2.ohchr.org/french/law/crc-conflict.htm>
12. Protocole facultatif concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants, 2001, Assemblée Générale des Nations Unies, *texte disponible en ligne sur :*  
<http://www2.ohchr.org/french/law/crc-sale.htm>
13. Loi du 18 juillet 1889 relative sur la protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés, Ministre de l'Intérieur CONSTANS,  
*disponible en ligne sur :* <http://criminocorpus.cnrs.fr/sources/12861>.
14. TARDIEU A Etude médico-légale sur l'infanticide, *Baillère et fils*, 1868.
15. ODAS Protection de l'enfance : une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs, *La lettre de l'ODAS*, Nov. 2007.
16. FRANCHITTO N. Maltraitance à enfants, *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, 2011, **15** : 110-118.
17. LASEK-DURIESZ A Signes cutanés des sévices à enfants ( à l'exclusion des sévices sexuels), *Annales de dermatologie et de vénéréologie*, 2009 ; **136** : 838-844.
18. RAMMOUZ I Infanticide du post-partum : à propos d'un cas, *L'Encéphale*, 2008 ; **34** : 284-288.

19. PRESCRIRE Mort inattendue du nourrisson : savoir évoquer l'infanticide, *La Revue Prescrire*, 2007 ; **27** ; 279 : p68-69.
20. TURSZ A Quelles données recueillir pour améliorer les pratiques professionnelles face aux morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an ? Etudes auprès des parquets, *Institut National de la santé et de la recherche médicale*, 2005.
21. NATHANSON M Maltraitance envers les enfants et les adolescents, *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2011 ; **24** : 295-300.
22. DE BECKER E L'enfant en dessous de 3 ans maltraité sexuellement : comment les tout-petits « parlent » d'un abus et comment y faire face ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2003 ; **51** :105-110.
23. STHENEUR C Repérage des situations de maltraitance psychologiques à l'adolescence, *Archives de Pédiatrie*, 2012 ; **19** : 213-214.
24. BOOLS C Follow-up victims of fabricated illness, *Arch Dis Child*, 1993 ; **69** : 625-630.
25. HUMANT S Angleterre : Le royaume des enfants perdus, 2012, documentaire canal plus disponible en ligne sur : <http://www.canalplus.fr/c-infos-documentaires/pid3357-c-special-investigation.html?vid=786911>
26. RACAMIER PC Le génie des origines, *Payot* ;1992.
27. MORHAIN Y L'inceste : une expérience traumatique, *J Pédiatr Puericulture*, 1999 ; **12** : 343-347.
28. HAS Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur, *Recommandations HAS*, 2011.

29. DOUCOURE A Les Internes en Médecine Générale Face aux Mutilations Sexuelles Féminines : Connaissances, Attitudes, Enseignement, *Thèse de Médecine Générale, Paris V*, 2011.
30. MEADOW R Münchhausen syndrome by proxy, the Hinterland of child abuse, *Lancet*, 1977 ; **2** : 343-345.
31. VINVILLE LOEB B Le syndrome de Munchhausen par procuration, Revue de la littérature, *J Pediatr Puériculture*, 2001 ; **14** : 97-103.
32. SHREIER H On the importance of motivation in Münchhausen by proxy : the case of Kathy Bush, *Child Abuse Negl*, 2002 ; **26** : 537-549.
33. ANNEQUIN D Syndrome de Münchhausen par procuration, *Archives de Pédiatrie*, 2010 ; **17** : 644-644.
34. RENIER D Syndrome du bébé secoué, *J Pediatr Puériculture*, 2012 ; **25** : 158-164.
35. STARLING SP Analysis of perpetrator admissions to inflicted traumatic brain injury in children, *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2004 ; **158** : 454-458.
36. EL HANAOUI-ATIF H Le signalement des maltraitances à enfants par les médecins généralistes, *Thèse de médecine générale*, Grenoble, 2012.
37. Art. 309, 310 et 312 du Code Pénal révisé en 1832.
38. ARVEILLER J Le syndrome Tardieu. Maltraitance des enfants, médecine légale et psychiatrie au XIXe siècle, *L'évolution psychiatrique*, 2011 ; **76** : 219-243.

39. TARDIEU A Etude médico-légale sur les attentats aux mœurs, 3<sup>e</sup> éd. Paris, JB Baillière et Fils, 1859.
40. FREMY D A propos de la parole de l'enfant : éléments de réflexion dans le contexte d'expertise psychiatrique légale, *Annales médico-psychologiques*, 2007 ; **165** : 32-36.
41. BENSUSSAN P Forensic psychiatry in France : The Outreau Cas and false allegations of child sexual abuse, *Childs and Adolescent Psychiatric Clinics in North America*, 2011 ; **20 (3)** : 519-532.
42. LE MALEFAN P Dupré, père de l'enfant menteur appelé aussi mythomane ou un trouble des conduites au temps de la doctrine des constitutions, *L'évolution psychiatrique*, 2006 ; **71** : 447-469.
43. CHILD AID SOCIETY OF OTTAWA, 2005.
44. FRIEDRICH W N Sexual victimization and sexual behaviour in children : A review of recent literature, *Child Abuse and neglect*, 1993 ; **17** : 59-66.
45. FRIEDRICH W N Behavioural Manifestations of child sexual abuse, *Child Abuse and neglect*, 1998 ; **22** : 523-531.
46. DE BECKER E Clinique et repères diagnostiques de l'enfant abusé sexuellement, *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2006 ; **19** : 211-217.
47. GABEL M Les enfants victimes d'abus sexuels, Paris : Puf, 2002.
48. GUILLET-MAY F Le médecin face aux agressions sexuelles et au viol, *Médecine et Droit*, 2006 ; **2006** : 35-43.

49. RIBIEIRO O Traumatismes de l'enfant à domicile : quels sont les facteurs de risque de maltraitance ? *JEUR*, 2004 ; **17** : 125-127.
50. DE BECKER E Comment la maltraitance intrafamiliale se répète-t-elle ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2007 ; **55** : 185-193.
51. CHABERT D Devenir mère après avoir été abusée sexuellement ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2005 ; **53** : 62-70.
52. OMS La maltraitance des enfants, *Aide mémoire*, 2010 ; **150**.
53. BRISSIAUD P Y Surmonter ses blessures : de la maltraitance à la résilience, *Paris retz*, 2001.
54. DE BECKER E Comment évaluer une allégation de maltraitance d'enfant ? Un dispositif d'évaluation intégratif, *Annales médico-psychologiques*, 2012 ; **170** : 109-111.
55. MOUHOT F Observation des interactions mère-enfant à risque en maison maternelle, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2001 ; **49** : 469-476.
56. VONCHON M Traumatismes crâniens accidentels ou non du nourrisson : étude prospective de 88 cas, *Presse médicale*, 2004 ; **33** ; 1174-1179.
57. ERTEM I Intergenerational continuity of child physical abuse : how good is the evidence? *The Lancet*, 2000 ; **356** : 814-819.
58. BADER-MEUNIER B Prise en charge initiale des enfants victimes de mauvais traitements, *EMC Médecine*, 2004 ; **1** : 352-364.
59. TISON B Le signalement dans le cadre de la protection de l'enfance, *Ethique et Santé*, 2005 ; **2** : 67-71.

60. DE BECKER E Questions autour du placement dans les situations de maltraitances à enfant, *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2005 ; **18** : 401-408.
61. ONED Septième rapport annuel de l'observatoire national de l'enfance e, danger remis au gouvernement et au parlement, Mars 2012.
62. VAN ROYEN P Cours d'introduction à la recherche qualitative, *Institut de médecine tropicale de Bruxelles*, Décembre 2007.
63. AUBIN AUGER I Introduction à la recherche qualitative, *La revue de médecine générale française*, 2008 ; **84** : 142-145.
64. BEUCHOT MALZAC V. Maltraitance de l'enfant : difficultés des médecins généralistes biterrois dans la prise en charge. Enquête qualitative, *Thèse de médecine générale*, 2011.
65. MODULAIRE L. Diagnostic et prévention des carences affectives chez le nourrisson. Une enquête auprès des médecins généralistes de Loire Atlantique, *Thèse de médecine générale*, 2011.
66. AUVITY J. Médecine générale et enfance en danger. Enquête auprès de 23 médecins généralistes de Meurthe et Moselle, *Thèse de médecine générale*, 2012.
67. SIMIAN-BUISSONNET J. Quelle démarche élabore le médecin généraliste devant une suspicion de maltraitance infantile, *Thèse de médecine générale*, 2012.
68. BARBESIER M. Enfance en danger : identification et prise en charge médico-judiciaire. Le rôle clef du médecin généraliste, *Thèse de médecine générale*, 2010.

69. DA DESSOUTER C. Signalement de la maltraitance infantile et médecin généraliste, *Thèse de médecine générale*, 2010.
70. COULOMBEL F. Le médecin généraliste et le syndrome du bébé secoué. Etude à partir d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes du Nord, *Thèse de médecine générale*, 2011.
71. KOUTO A. L'enfance en danger : repérage et prise en charge par les médecins généralistes. Enquête auprès de 83 médecins généralistes de la Vienne (86), *Thèse de médecine générale*, 2011.
72. PAT Y. MAZET C. Le médecin généraliste face à l'enfance en danger : enquête dans les départements du Nord et du Pas de Calais, *Thèse de médecine générale*, 2012.
73. JEU-STEENHOUWER M. Le médecin généraliste face à la maltraitance infantile : perception des facteurs de risque et difficultés rencontrées, *Thèse de médecine générale*, 2012.
74. SAPPA C. Impact de la campagne d'information effectuée par l'URPS Médecins Libéraux PACA sur le signalement et la prévention de la maltraitance infantile, *Thèse de médecine générale*, 2013.
75. DEVEVEY J. THEVENON M. Enfance en danger : pour mieux aider les familles en difficulté, *Médecine*, 2012 ; **8** : 232-237.
76. BRAINERD CJ. Developmental reversals in false memory: a new look at the reliability of children's evidence, *Current Directions in Psychological Science*, 2013 ; **22(5)** : 335-341.
77. BINET A. La suggestibilité, 1900, Paris : Schleicher Frères.
78. ARIES P. L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime, 1975, *Ed. Seuil*.



79. GRYSON M. *Outreau, la vérité abusée*, 2009, *Ed. Hugo et Compagnie*.
80. TURSZ A. *Les oubliés : Enfants maltraités en France et par la France*, 2010, *Ed. Seuil*.

## 13. ANNEXES

### Annexe 1

Parlement. L'ordonnance du 15 juillet 1763 prévoit en effet que « *les parents dont les fils seront tombés dans des cas de dérangement de conduite capables d'exposer l'honneur et la tranquillité de leur famille sans cependant s'être rendu coupables de crimes, pourront demander au Secrétaire d'Etat à la guerre et à la marine leur exportation dans l'île de la Désirade* ».

### Annexe 2

#### **Déclaration de Genève**

##### **Préambule**

Par la présente Déclaration des droits de l'enfant, dite déclaration de Genève, les hommes et les femmes de toutes les nations reconnaissent que l'humanité doit donner à l'enfant ce qu'elle a de meilleur, affirmant leurs devoirs, en dehors de toute considération de race, de nationalité, de croyance.

##### **Article 1**

L'enfant doit être mis en mesure de se développer d'une façon normale, matériellement et spirituellement.

##### **Article 2**

L'enfant qui a faim doit être nourri ; l'enfant malade doit être soigné ; l'enfant arriéré doit être encouragé ; l'enfant dévoyé doit être ramené ; l'enfant orphelin et l'abandonné doivent être recueillis et secourus.

##### **Article 3**

L'enfant doit être le premier à recevoir des secours en cas de détresse.

##### **Article 4**

L'enfant doit être mis en mesure de gagner sa vie et doit être protégé contre toute exploitation.

##### **Article 5**

L'enfant doit être élevé dans le sentiment que ses meilleures qualités devront être mises au service de ses frères.

### Annexe 3

## **Déclaration des droits de l'enfant 20 novembre 1959 (Texte intégral)**

*Afin de répondre pleinement aux besoins spécifiques de l'enfance, la communauté internationale adopte, à l'unanimité, lors de l'Assemblée générale des Nations Unies du 20 novembre 1959, la Déclaration des droits de l'enfant. Le texte commence par le rappel des grands thèmes qui ont présidé à la rédaction de la Charte des Nations Unies et de la Déclaration des droits de l'homme. Référence est faite ensuite à la Déclaration de Genève. Le texte énonce 10 principes.*

### **Préambule**

Considérant que, dans la Charte, les peuples des Nations unies ont proclamé à nouveau leur foi dans les droits fondamentaux de l'homme et dans la dignité et la valeur de la personne humaine, et qu'ils se sont déclarés résolus à favoriser le progrès social et à instaurer de meilleures conditions de vie dans une liberté plus grande,  
Considérant que, dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, les Nations unies ont proclamé que chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés qui y sont énoncés, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation,  
Considérant que l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance,  
Considérant que la nécessité de cette protection spéciale a été énoncée dans la Déclaration de Genève de 1924 sur les droits de l'enfant et reconnue dans la Déclaration universelle des droits de l'homme ainsi que dans les statuts des institutions spécialisées et des organisations internationales qui se consacrent au bien-être de l'enfance,  
Considérant que l'humanité se doit de donner à l'enfant le meilleur d'elle-même,

L'Assemblée générale

Proclame la présente Déclaration des droits de l'enfant afin qu'il ait une enfance heureuse et bénéficie, dans son intérêt comme dans l'intérêt de la société, des droits et libertés qui y sont énoncés; elle invite les parents, les hommes et les femmes à titre individuel, ainsi que les organisations bénévoles, les autorités locales et les gouvernements nationaux à reconnaître ces droits et à s'efforcer d'en assurer le respect au moyen de mesures législatives et autres adoptées progressivement en application des principes suivants :

### **Principe premier :**

L'enfant doit jouir de tous les droits énoncés dans la présente Déclaration. Ces droits doivent être reconnus à tous les enfants sans exception aucune, et sans distinction ou discrimination fondées sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou autres, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, ou sur toute autre situation, que celle-ci s'applique à l'enfant lui-même ou à sa famille.

### **Principe 2 :**

L'enfant doit bénéficier d'une protection spéciale et se voir accorder des possibilités et des facilités par l'effet de la loi et par d'autres moyens, afin d'être en mesure de se développer d'une façon saine et normale sur le plan physique, intellectuel, moral, spirituel et social, dans des conditions de liberté et de dignité. Dans l'adoption de lois à cette fin, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être la considération déterminante.

### **Principe 3 :**

L'enfant a droit, dès sa naissance, à un nom et à une nationalité.

### **Principe 4 :**

L'enfant doit bénéficier de la sécurité sociale, il doit pouvoir grandir et se développer d'une façon saine; à cette fin, une aide et une protection spéciales doivent lui être assurées ainsi qu'à sa mère, notamment des soins prénatals et postnatals adéquats. L'enfant a droit à une alimentation, à un logement, à des loisirs et à des soins médicaux adéquats.

### **Principe 5 :**

L'enfant physiquement, mentalement ou socialement désavantagé doit recevoir le traitement, l'éducation et les soins spéciaux que nécessite son état ou sa situation.

## **Annexe 4**

**Convention relative aux droits de l'enfant**  
**Adoptée et ouverte à la signature, ratification et adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution**  
**44/25 du 20 novembre 1989**  
**Entrée en vigueur le 2 septembre 1990, conformément à l'article 49**

## **Préambule**

Les Etats parties à la présente Convention,  
Considérant que, conformément aux principes proclamés dans la Charte des Nations Unies, la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine ainsi que l'égalité et le caractère inaliénable de leurs droits sont le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde,  
Ayant à l'esprit le fait que les peuples des Nations Unies ont, dans la Charte, proclamé à nouveau leur foi dans les droits fondamentaux de l'homme et dans la dignité et la valeur de la personne humaine, et qu'ils ont résolu de favoriser le progrès social et d'instaurer de meilleures conditions de vie dans une liberté plus grande,  
Reconnaissant que les Nations Unies, dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et dans les pactes internationaux relatifs aux droits de l'homme, ont proclamé et sont convenues que chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés qui y sont énoncés, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation,  
Rappelant que, dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, les Nations Unies ont proclamé que l'enfance a droit à une aide et à une assistance spéciales,  
Convaincus que la famille, unité fondamentale de la société et milieu naturel pour la croissance et le bien-être de tous ses membres et en particulier des enfants, doit recevoir la protection et l'assistance dont elle a besoin pour pouvoir jouer pleinement son rôle dans la communauté,  
Reconnaissant que l'enfant, pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, doit grandir dans le milieu familial, dans un climat de bonheur, d'amour et de compréhension,  
Considérant qu'il importe de préparer pleinement l'enfant à avoir une vie individuelle dans la société, et de l'élever dans l'esprit des idéaux proclamés dans la Charte des Nations Unies, et en particulier dans un esprit de paix, de dignité, de tolérance, de liberté, d'égalité et de solidarité,  
Ayant à l'esprit que la nécessité d'accorder une protection spéciale à l'enfant a été énoncée dans la Déclaration de Genève de 1924 sur les droits de l'enfant et dans la Déclaration des droits de l'enfant adoptée par l'Assemblée générale le 20 novembre 1959, et qu'elle a été reconnue dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, dans le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (en particulier aux articles 23 et 24), dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (en particulier à l'article 10) et  
Sont convenus de ce qui suit :

## **Article premier**

### **Première partie**

[2]

dans les statuts et instruments pertinents des institutions spécialisées et des organisations internationales qui se préoccupent du bien-être de l'enfant,

Ayant à l'esprit que, comme indiqué dans la Déclaration des droits de l'enfant, «l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance»,

Rappelant les dispositions de la Déclaration sur les principes sociaux et juridiques applicables à la protection et au bien-être des enfants, envisagés surtout sous l'angle des pratiques en matière d'adoption et de placement familial sur les plans national et international, de l'Ensemble de règles minima des Nations Unies concernant l'administration de la justice pour mineurs (Règles de Beijing) et de la Déclaration sur la protection des femmes et des enfants en période d'urgence et de conflit armé,

Reconnaissant qu'il y a dans tous les pays du monde des enfants qui vivent dans des conditions particulièrement difficiles, et qu'il est nécessaire d'accorder à ces enfants une attention particulière,

Tenant dûment compte de l'importance des traditions et valeurs culturelles de chaque peuple dans la protection et le développement harmonieux de l'enfant,

Reconnaissant l'importance de la coopération internationale pour l'amélioration des conditions de vie des enfants dans tous les pays, en particulier dans les pays en développement,

Au sens de la présente Convention, un enfant s'entend de 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.

## **Article 2**

1. Les Etats parties s'engagent à respecter les droits qui sont énoncés dans la présente Convention et à les garantir à tout enfant relevant de leur juridiction, sans distinction aucune, indépendamment de toute considération de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre de l'enfant ou de ses parents ou représentants légaux, de leur origine nationale, ethnique ou sociale, de leur situation de fortune, de leur incapacité, de leur naissance ou de toute autre situation.

2. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour que l'enfant soit effectivement protégé contre toutes formes de discrimination ou de sanction motivées par la situation juridique, les activités, les opinions déclarées ou les convictions de ses parents, de ses représentants légaux ou des membres de sa famille.

[3]

## **Article 3**

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 Etats parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des 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.

3. Les Etats parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur protection soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, particulièrement dans le domaine de la sécurité et de la santé et en ce qui concerne le nombre et la compétence de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié.

**Article 4**

Les Etats parties s'engagent à prendre toutes les mesures législatives, administratives et autres qui sont nécessaires pour mettre en oeuvre les droits reconnus dans la présente Convention. Dans le cas des droits économiques, sociaux et culturels, ils prennent ces mesures dans toutes les limites des ressources dont ils disposent et, s'il y a lieu, dans le cadre de la coopération internationale.

**Article 5**

Les Etats parties respectent la responsabilité, le droit et le devoir qu'ont les parents ou, le cas échéant, les membres de la famille élargie ou de la communauté, comme prévu par la coutume locale, les tuteurs ou autres personnes légalement responsables de l'enfant, de donner à celui-ci, d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités, l'orientation et les conseils appropriés à l'exercice des droits que lui reconnaît la présente Convention.

**Article 6**

1. Les Etats parties reconnaissent que tout enfant a un droit inhérent à la vie.
2. Les Etats parties assurent dans toute la mesure possible la survie et le développement de l'enfant.

**Article 7**

1. L'enfant est enregistré aussitôt sa naissance et a dès celle-ci le droit à un nom, le droit d'acquérir une nationalité et, dans la mesure du possible, le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux.
2. Les Etats parties veillent à mettre ces droits en oeuvre conformément à leur législation nationale et aux obligations que leur imposent les instruments internationaux applicables en la matière, en particulier dans les cas où faute de cela l'enfant se trouverait apatride.

[4]

**Article 8**

1. Les Etats parties s'engagent à respecter le droit de l'enfant de préserver son identité, y compris sa nationalité, son nom et ses relations familiales, tels qu'ils sont reconnus par la loi, sans ingérence illégale.
2. Si un enfant est illégalement privé des éléments constitutifs de son identité ou de certains d'entre eux, les Etats parties doivent lui accorder une assistance et une protection appropriées, pour que son identité soit rétablie aussi rapidement que possible.

**Article 9**

1. Les Etats parties veillent à ce que l'enfant ne soit pas séparé de ses parents contre leur gré, à moins que les autorités compétentes ne décident, sous réserve de révision judiciaire et conformément aux lois et procédures applicables, que cette séparation est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Une décision en ce sens peut être nécessaire dans certains cas particuliers, par exemple lorsque les parents maltraitent ou négligent l'enfant, ou lorsqu'ils vivent séparément et qu'une décision doit être prise au sujet du lieu de résidence de l'enfant.
2. Dans tous les cas prévus au paragraphe 1 du présent article, toutes les parties intéressées doivent avoir la possibilité de participer aux délibérations et de faire connaître leurs vues.
3. Les Etats parties respectent le droit de l'enfant séparé de ses deux parents ou de l'un d'eux d'entretenir régulièrement des relations personnelles et des contacts directs avec ses deux parents, sauf si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant.
4. Lorsque la séparation résulte de mesures prises par un Etat partie, telles que la détention, l'emprisonnement, l'exil, l'expulsion ou la mort (y compris la mort, quelle qu'en soit la cause, survenue en cours de détention) des deux parents ou de l'un d'eux, ou de l'enfant, l'Etat partie donne sur demande aux parents, à l'enfant ou, s'il y a lieu, à un autre membre de la famille les renseignements essentiels sur le lieu où se trouvent le membre ou les membres de la famille, à moins que la divulgation de ces renseignements ne soit préjudiciable au bien-être de l'enfant. Les Etats parties veillent en outre à ce que la présentation d'une telle demande n'entraîne pas en elle-même de conséquences fâcheuses pour la personne ou les personnes intéressées.

**Article 10**

1. Conformément à l'obligation incombant aux Etats parties en vertu du paragraphe 1 de l'article 9, toute demande faite par un enfant ou ses parents en vue d'entrer dans un Etat partie ou de le quitter aux fins de réunification familiale est considérée par les Etats parties dans un esprit positif, avec humanité et diligence. Les Etats parties veillent en outre à ce que la présentation d'une telle demande n'entraîne pas de conséquences fâcheuses pour les auteurs de la demande et les membres de leur famille.
2. Un enfant dont les parents résident dans des Etats différents a le droit d'entretenir, sauf circonstances exceptionnelles, des relations personnelles et des contacts directs réguliers avec ses deux parents. A cette fin, et conformément à l'obligation incombant aux Etats parties en vertu du paragraphe 1 de l'article 9, les Etats parties respectent le droit qu'ont l'enfant et ses

[5]

parents de quitter tout pays, y compris le leur, et de revenir dans leur propre pays. Le droit de quitter tout pays ne peut faire l'objet que des restrictions prescrites par la loi qui sont nécessaires pour protéger la sécurité nationale, l'ordre public, la santé ou la moralité publiques, ou les droits et libertés d'autrui, et qui sont compatibles avec les autres droits reconnus dans la présente Convention.

**Article 11**

1. Les Etats parties prennent des mesures pour lutter contre les déplacements et les non-retours illicites d'enfants à l'étranger.
2. A cette fin, les Etats parties favorisent la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux ou l'adhésion aux accords existants.

**Article 12**

1. Les Etats parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion

sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité.

2. A cette fin, on donnera notamment à l'enfant la possibilité d'être entendu dans toute procédure judiciaire ou administrative l'intéressant, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un représentant ou d'une organisation appropriée, de façon compatible avec les règles de procédure de la législation nationale.

#### **Article 13**

1. L'enfant a droit à la liberté d'expression. Ce droit comprend la liberté de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées de toute espèce, sans considération de frontières, sous une forme orale, écrite, imprimée ou artistique, ou par tout autre moyen du choix de l'enfant.

2. L'exercice de ce droit ne peut faire l'objet que des seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires :

- a) Au respect des droits ou de la réputation d'autrui; ou
- b) A la sauvegarde de la sécurité nationale, de l'ordre public, de la santé ou de la moralité publiques.

#### **Article 14**

1. Les Etats parties respectent le droit de l'enfant à la liberté de pensée, de conscience et de religion.

2. Les Etats parties respectent le droit et le devoir des parents ou, le cas échéant, des représentants légaux de l'enfant, de guider celui-ci dans l'exercice du droit susmentionné d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités.

[6]

3. La liberté de manifester sa religion ou ses convictions ne peut être soumise qu'aux seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires pour préserver la sûreté publique, l'ordre public, la santé et la moralité publiques, ou les libertés et droits fondamentaux d'autrui.

#### **Article 15**

1. Les Etats parties reconnaissent les droits de l'enfant à la liberté d'association et à la liberté de réunion pacifique.

2. L'exercice de ces droits ne peut faire l'objet que des seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires dans une société démocratique, dans l'intérêt de la sécurité nationale, de la sûreté publique ou de l'ordre public, ou pour protéger la santé ou la moralité publiques, ou les droits et libertés d'autrui.

#### **Article 16**

1. Nul enfant ne fera l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes illégales à son honneur et à sa réputation. 2. L'enfant a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes.

#### **Article 17**

Les Etats parties reconnaissent l'importance de la fonction remplie par les médias et veillent à ce que l'enfant ait accès à une information et à des matériels provenant de sources nationales et internationales diverses, notamment ceux qui visent à promouvoir son bien-être social, spirituel et moral ainsi que sa santé physique et mentale. A cette fin, les Etats parties :

- a) Encouragent les médias à diffuser une information et des matériels qui présentent une utilité sociale et culturelle pour l'enfant et répondent à l'esprit de l'article 29;
- b) Encouragent la coopération internationale en vue de produire, d'échanger et de diffuser une information et des matériels de ce type provenant de différentes sources culturelles, nationales et internationales;
- c) Encouragent la production et la diffusion de livres pour enfants;
- d) Encouragent les médias à tenir particulièrement compte des besoins linguistiques des enfants autochtones ou appartenant à un groupe minoritaire;
- e) Favorisent l'élaboration de principes directeurs appropriés destinés à protéger l'enfant contre l'information et les matériels qui nuisent à son bien-être, compte tenu des dispositions des articles 13 et 18.

#### **Article 18**

1. Les Etats parties s'emploient de leur mieux à assurer la reconnaissance du principe selon lequel les deux parents ont une responsabilité commune pour ce qui est d'élever l'enfant et

[7]

d'assurer son développement. La responsabilité d'élever l'enfant et d'assurer son développement incombe au premier chef aux parents ou, le cas échéant, à ses représentants légaux. Ceux-ci doivent être guidés avant tout par l'intérêt supérieur de l'enfant.

2. Pour garantir et promouvoir les droits énoncés dans la présente Convention, les Etats parties accordent l'aide appropriée aux parents et aux représentants légaux de l'enfant dans l'exercice de la responsabilité qui leur incombe d'élever l'enfant et assurent la mise en place d'institutions, d'établissements et de services chargés de veiller au bien-être des enfants.

3. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour assurer aux enfants dont les parents travaillent le droit de bénéficier des services et établissements de garde d'enfants pour lesquels ils remplissent les conditions requises.

#### **Article 19**

1. Les Etats 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 ou 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 ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié.

2. Ces mesures de protection doivent comprendre, selon qu'il conviendra, des procédures efficaces pour l'établissement de programmes sociaux visant à fournir l'appui nécessaire à l'enfant et à ceux à qui il est confié, ainsi que pour d'autres formes de prévention, et aux fins d'identification, de rapport, de renvoi, d'enquête, de

traitement et de suivi pour les cas de mauvais traitements de l'enfant décrits ci-dessus, et comprendre également, selon qu'il conviendra, des procédures d'intervention judiciaire.

#### **Article 20**

1. Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciales de l'Etat. 2. Les Etats parties prévoient pour cet enfant une protection de remplacement conforme à leur législation nationale. 3. Cette protection de remplacement peut notamment avoir la forme du placement dans une famille, de la kafalah droit islamique, de l'adoption ou, en cas de nécessité, du placement dans un établissement pour enfants approprié. Dans le choix entre ces solutions, il est dûment tenu compte de la nécessité d'une certaine continuité dans l'éducation de l'enfant, ainsi que de son origine ethnique, religieuse, culturelle et linguistique.

#### **Article 21**

Les Etats parties qui admettent et/ou autorisent l'adoption s'assurent que l'intérêt supérieur de l'enfant est la considération primordiale en la matière, et :

a) Veillent à ce que l'adoption d'un enfant ne soit autorisée que par les autorités compétentes, qui vérifient, conformément à la loi et aux procédures applicables et sur la base de tous les

[8]

renseignements fiables relatifs au cas considéré, que l'adoption peut avoir lieu eu égard à la situation de l'enfant par rapport à ses père et mère, parents et représentants légaux et que, le cas échéant, les personnes intéressées ont donné leur consentement à l'adoption en connaissance de cause, après s'être entourées des avis nécessaires;

b) Reconnaissent que l'adoption à l'étranger peut être envisagée comme un autre moyen d'assurer les soins nécessaires à l'enfant, si celui-ci ne peut, dans son pays d'origine, être placé dans une famille nourricière ou adoptive ou être convenablement élevé;

c) Veillent, en cas d'adoption à l'étranger, à ce que l'enfant ait le bénéfice de garanties et de normes équivalant à celles existant en cas d'adoption nationale;

d) Prennent toutes les mesures appropriées pour veiller à ce que, en cas d'adoption à l'étranger, le placement de l'enfant ne se traduise pas par un profit matériel indu pour les personnes qui en sont responsables;

e) Poursuivent les objectifs du présent article en concluant des arrangements ou des accords bilatéraux ou multilatéraux, selon les cas, et s'efforcent dans ce cadre de veiller à ce que les placements d'enfants à l'étranger soient effectués par des autorités ou des organes compétents.

#### **Article 22**

1. Les Etats parties prennent les mesures appropriées pour qu'un enfant qui cherche à obtenir le statut de réfugié ou qui est considéré comme réfugié en vertu des règles et procédures du droit international ou national applicable, qu'il soit seul ou accompagné de ses père et mère ou de toute autre personne, bénéficie de la protection et de l'assistance humanitaire voulues pour lui permettre de jouir des droits que lui reconnaissent la présente Convention et les autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme ou de caractère humanitaire auxquels lesdits Etats sont parties.

2. A cette fin, les Etats parties collaborent, selon qu'ils le jugent nécessaire, à tous les efforts faits par l'Organisation des Nations Unies et les autres organisations intergouvernementales ou non gouvernementales compétentes collaborant avec l'Organisation des Nations Unies pour protéger et aider les enfants qui se trouvent en pareille situation et pour rechercher les père et mère ou autres membres de la famille de tout enfant réfugié en vue d'obtenir les renseignements nécessaires pour le réunir à sa famille. Lorsque ni le père, ni la mère, ni aucun autre membre de la famille ne peut être retrouvé, l'enfant se voit accorder, selon les principes énoncés dans la présente Convention, la même protection que tout autre enfant définitivement ou temporairement privé de son milieu familial pour quelque raison que ce soit.

#### **Article 23**

1. Les Etats parties reconnaissent que les enfants mentalement ou physiquement handicapés doivent mener une vie pleine et décente, dans des conditions qui garantissent leur dignité, favorisent leur autonomie et facilitent leur participation active à la vie de la collectivité.

2. Les Etats parties reconnaissent le droit à des enfants handicapés de bénéficier de soins spéciaux et encouragent et assurent, dans la mesure des ressources disponibles, l'octroi, sur demande, aux enfants handicapés remplissant les conditions requises et à ceux qui en ont la

[9]

charge, d'une aide adaptée à l'état de l'enfant et à la situation de ses parents ou de ceux à qui il est confié.

3. Eu égard aux besoins particuliers des enfants handicapés, l'aide fournie conformément au paragraphe 2 du présent article est gratuite chaque fois qu'il est possible, compte tenu des ressources financières de leurs parents ou de ceux à qui l'enfant est confié, et elle est conçue de telle sorte que les enfants handicapés aient effectivement accès à l'éducation, à la formation, aux soins de santé, à la rééducation, à la préparation à l'emploi et aux activités récréatives, et bénéficient de ces services de façon propre à assurer une intégration sociale aussi complète que possible et leur épanouissement personnel, y compris dans le domaine culturel et spirituel.

4. Dans un esprit de coopération internationale, les Etats parties favorisent l'échange d'informations pertinentes dans le domaine des soins de santé préventifs et du traitement médical, psychologique et fonctionnel des enfants handicapés, y compris par la diffusion d'informations concernant les méthodes de rééducation et les services de formation professionnelle, ainsi que l'accès à ces données, en vue de permettre aux Etats parties d'améliorer leurs capacités et leurs compétences et d'élargir leur expérience dans ces domaines. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

#### **Article 24**

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.

2. Les Etats parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent les



mesures appropriées pour :

- a) Réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants;
- b) Assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires;
- c) Lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre de soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel;
- d) Assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés;
- e) Faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information;
- f) Développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.

[10]

3. Les Etats parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants.

4. Les Etats parties s'engagent à favoriser et à encourager la coopération internationale en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation du droit reconnu dans le présent article. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

#### **Article 25**

Les Etats parties reconnaissent à l'enfant qui a été placé par les autorités compétentes pour recevoir des soins, une protection ou un traitement physique ou mental, le droit à un examen périodique dudit traitement et de toute autre circonstance relative à son placement.

#### **Article 26**

1. Les Etats parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale.

2. Les prestations doivent, lorsqu'il y a lieu, être accordées compte tenu des ressources et de la situation de l'enfant et des personnes responsables de son entretien, ainsi que de toute autre considération applicable à la demande de prestation faite par l'enfant ou en son nom.

#### **Article 27**

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social.

2. C'est aux parents ou autres personnes ayant la charge de l'enfant qu'incombe au premier chef la responsabilité d'assurer, dans les limites de leurs possibilités et de leurs moyens financiers, les conditions de vie nécessaires au développement de l'enfant.

3. Les Etats parties adoptent les mesures appropriées, compte tenu des conditions nationales et dans la mesure de leurs moyens, pour aider les parents et autres personnes ayant la charge de l'enfant à mettre en oeuvre ce droit et offrent, en cas de besoin, une assistance matérielle et des programmes d'appui, notamment en ce qui concerne l'alimentation, le vêtement et le logement.

4. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées en vue d'assurer le recouvrement de la pension alimentaire de l'enfant auprès de ses parents ou des autres personnes ayant une responsabilité financière à son égard, que ce soit sur leur territoire ou à l'étranger. En particulier, pour tenir compte des cas où la personne qui a une responsabilité financière à l'égard de l'enfant vit dans un Etat autre que celui de l'enfant, les Etats parties favorisent l'adhésion à des accords internationaux ou la conclusion de tels accords ainsi que l'adoption de tous autres arrangements appropriés.

#### **Article 28**

[11]

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant à l'éducation, et en particulier, en vue d'assurer l'exercice de ce droit progressivement et sur la base de l'égalité des chances :

- a) Ils rendent l'enseignement primaire obligatoire et gratuit pour tous;
- b) Ils encouragent l'organisation de différentes formes d'enseignement secondaire, tant général que professionnel, les rendent ouvertes et accessibles à tout enfant, et prennent des mesures appropriées, telles que l'instauration de la gratuité de l'enseignement et l'offre d'une aide financière en cas de besoin;
- c) Ils assurent à tous l'accès à l'enseignement supérieur, en fonction des capacités de chacun, par tous les moyens appropriés;
- d) Ils rendent ouvertes et accessibles à tout enfant l'information et l'orientation scolaires et professionnelles;
- e) Ils prennent des mesures pour encourager la régularité de la fréquentation scolaire et la réduction des taux d'abandon scolaire.

2. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour veiller à ce que la discipline scolaire soit appliquée d'une manière compatible avec la dignité de l'enfant en tant qu'être humain et conformément à la présente Convention.

3. Les Etats parties favorisent et encouragent la coopération internationale dans le domaine de l'éducation, en vue notamment de contribuer à éliminer l'ignorance et l'analphabétisme dans le monde et de faciliter l'accès aux connaissances scientifiques et techniques et aux méthodes d'enseignement modernes. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

#### **Article 29**

Observation générale sur son application

1. Les Etats parties conviennent que l'éducation de l'enfant doit viser à : a) Favoriser l'épanouissement de la



personnalité de l'enfant et le développement de ses dons et de ses aptitudes mentales et physiques, dans toute la mesure de leurs potentialités;

b) Inculquer à l'enfant le respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales, et des principes consacrés dans la Charte des Nations Unies;

c) Inculquer à l'enfant le respect de ses parents, de son identité, de sa langue et de ses valeurs culturelles, ainsi que le respect des valeurs nationales du pays dans lequel il vit, du pays duquel il peut être originaire et des civilisations différentes de la sienne;

d) Préparer l'enfant à assumer les responsabilités de la vie dans une société libre, dans un esprit de compréhension, de paix, de tolérance, d'égalité entre les sexes et d'amitié entre tous les peuples et groupes ethniques, nationaux et religieux, et avec les personnes d'origine autochtone;

[12]

e) Inculquer à l'enfant le respect du milieu naturel.

2. Aucune disposition du présent article ou de l'article 28 ne sera interprétée d'une manière qui porte atteinte à la liberté des personnes physiques ou morales de créer et de diriger des établissements d'enseignement, à condition que les principes énoncés au paragraphe 1 du présent article soient respectés et que l'éducation dispensée dans ces établissements soit conforme aux normes minimales que l'Etat aura prescrites.

#### **Article 30**

Dans les Etats 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.

#### **Article 31**

1. Les Etats parties reconnaissent à l'enfant le droit au repos et aux loisirs, de se livrer au jeu et à des activités récréatives propres à son âge et de participer librement à la vie culturelle et artistique.

2. Les Etats parties respectent et favorisent le droit de l'enfant de participer pleinement à la vie culturelle et artistique et encouragent l'organisation à son intention de moyens appropriés de loisirs et d'activités récréatives, artistiques et culturelles, dans des conditions d'égalité.

#### **Article 32**

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant d'être protégé contre l'exploitation économique et de n'être astreint à aucun travail comportant des risques ou susceptible de compromettre son éducation ou de nuire à sa santé ou à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social.

2. Les Etats parties prennent des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives pour assurer l'application du présent article. A cette fin, et compte tenu des dispositions pertinentes des autres instruments internationaux, les Etats parties, en particulier :

a) Fixent un âge minimum ou des âges minimums d'admission à l'emploi; b) Prévoient une réglementation appropriée des horaires de travail et des conditions d'emploi;

c) Prévoient des peines ou autres sanctions appropriées pour assurer l'application effective du présent article.

#### **Article 33**

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées, y compris des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives, pour protéger les enfants contre l'usage illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, tels que les définissent les conventions

[13]

internationales pertinentes, et pour empêcher que des enfants ne soient utilisés pour la production et le trafic illicites de ces substances.

#### **Article 34**

Les Etats parties s'engagent à protéger l'enfant contre toutes les formes d'exploitation sexuelle et de violence sexuelle. A cette fin, les Etats prennent en particulier toutes les mesures appropriées sur les plans national, bilatéral et multilatéral pour empêcher :

a) Que des enfants ne soient incités ou contraints à se livrer à une activité sexuelle illégale;

b) Que des enfants ne soient exploités à des fins de prostitution ou autres pratiques sexuelles illégales;

c) Que des enfants ne soient exploités aux fins de la production de spectacles ou de matériel de caractère pornographique.

#### **Article 35**

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées sur les plans national, bilatéral et multilatéral pour empêcher l'enlèvement, la vente ou la traite d'enfants à quelque fin que ce soit et sous quelque forme que ce soit.

#### **Article 36**

Les Etats parties protègent l'enfant contre toutes autres formes d'exploitation préjudiciables à tout aspect de son bien-être.

#### **Article 37**

Les Etats parties veillent à ce que :

a) Nul enfant ne soit soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Ni la peine capitale ni l'emprisonnement à vie sans possibilité de libération ne doivent être prononcés pour les infractions commises par des personnes âgées de moins de dix-huit ans;

b) Nul enfant ne soit privé de liberté de façon illégale ou arbitraire. L'arrestation, la détention ou l'emprisonnement d'un enfant doit être en conformité avec la loi, n'être qu'une mesure de dernier ressort, et être d'une durée aussi brève que possible;

c) Tout enfant privé de liberté soit traité avec humanité et avec le respect dû à la dignité de la personne humaine, et

d'une manière tenant compte des besoins des personnes de son âge. En particulier, tout enfant privé de liberté sera séparé des adultes, à moins que l'on estime préférable de ne pas le faire dans l'intérêt supérieur de l'enfant, et il a le droit de rester en contact avec sa famille par la correspondance et par les visites, sauf circonstances exceptionnelles;

d) Les enfants privés de liberté aient le droit d'avoir rapidement accès à l'assistance juridique ou à toute autre assistance appropriée, ainsi que le droit de contester la légalité de leur privation

[14]

de liberté devant un tribunal ou une autre autorité compétente, indépendante et impartiale, et à ce qu'une décision rapide soit prise en la matière.

#### **Article 38**

1. Les Etats parties s'engagent à respecter et à faire respecter les règles du droit humanitaire international qui leur sont applicables en cas de conflit armé et dont la protection s'étend aux enfants. 2. Les Etats parties prennent toutes les mesures possibles dans la pratique pour veiller à ce que les personnes n'ayant pas atteint l'âge de quinze ans ne participent pas directement aux hostilités.

3. Les Etats parties s'abstiennent d'enrôler dans leurs forces armées toute personne n'ayant pas atteint l'âge de quinze ans. Lorsqu'ils incorporent des personnes de plus de quinze ans mais de moins de dix-huit ans, les Etats parties s'efforcent d'enrôler en priorité les plus âgées.

4. Conformément à l'obligation qui leur incombe en vertu du droit humanitaire international de protéger la population civile en cas de conflit armé, les Etats parties prennent toutes les mesures possibles dans la pratique pour que les enfants qui sont touchés par un conflit armé bénéficient d'une protection et de soins.

#### **Article 39**

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour faciliter la réadaptation physique et psychologique et la réinsertion sociale de tout enfant victime de toute forme de négligence, d'exploitation ou de sévices, de torture ou de toute autre forme de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, ou de conflit armé. Cette réadaptation et cette réinsertion se déroulent dans des conditions qui favorisent la santé, le respect de soi et la dignité de l'enfant.

#### **Article 40**

1. Les Etats parties reconnaissent à tout enfant suspecté, accusé ou convaincu d'infraction à la loi pénale le droit à un traitement qui soit de nature à favoriser son sens de la dignité et de la valeur personnelle, qui renforce son respect pour les droits de l'homme et les libertés fondamentales d'autrui, et qui tienne compte de son âge ainsi que de la nécessité de faciliter sa réintégration dans la société et de lui faire assumer un rôle constructif au sein de celle-ci.

2. A cette fin, et compte tenu des dispositions pertinentes des instruments internationaux, les Etats parties veillent en particulier :

a) A ce qu'aucun enfant ne soit suspecté, accusé ou convaincu d'infraction à la loi pénale en raison d'actions ou d'omissions qui n'étaient pas interdites par le droit national ou international au moment où elles ont été commises;

b) A ce que tout enfant suspecté ou accusé d'infraction à la loi pénale ait au moins le droit aux garanties suivantes :

i) Etre présumé innocent jusqu'à ce que sa culpabilité ait été légalement établie;

[15]

ii) Etre informé dans le plus court délai et directement des accusations portées contre lui, ou, le cas échéant, par l'intermédiaire de ses parents ou représentants légaux, et bénéficier d'une assistance juridique ou de toute autre assistance appropriée pour la préparation et la présentation de sa défense;

iii) Que sa cause soit entendue sans retard par une autorité ou une instance judiciaire compétentes, indépendantes et impartiales, selon une procédure équitable aux termes de la loi, en présence de son conseil juridique ou autre et, à moins que cela ne soit jugé contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant en raison notamment de son âge ou de sa situation, en présence de ses parents ou représentants légaux;

iv) Ne pas être contraint de témoigner ou de s'avouer coupable; interroger ou faire interroger les témoins à charge, et obtenir la comparution et l'interrogatoire des témoins à décharge dans des conditions d'égalité;

v) S'il est reconnu avoir enfreint la loi pénale, faire appel de cette décision et de toute mesure arrêtée en conséquence devant une autorité ou une instance judiciaire supérieure compétentes, indépendantes et impartiales, conformément à la loi;

vi) Se faire assister gratuitement d'un interprète s'il ne comprend ou ne parle pas la langue utilisée;

vii) Que sa vie privée soit pleinement respectée à tous les stades de la procédure.

3. Les Etats parties s'efforcent de promouvoir l'adoption de lois, de procédures, la mise en place d'autorités et d'institutions spécialement conçues pour les enfants suspectés, accusés ou convaincus d'infraction à la loi pénale, et en particulier :

a) D'établir un âge minimum au-dessous duquel les enfants seront présumés n'avoir pas la capacité d'enfreindre la loi pénale;

b) De prendre des mesures, chaque fois que cela est possible et souhaitable, pour traiter ces enfants sans recourir à la procédure judiciaire, étant cependant entendu que les droits de l'homme et les garanties légales doivent être pleinement respectés.

4. Toute une gamme de dispositions, relatives notamment aux soins, à l'orientation et à la supervision, aux conseils, à la probation, au placement familial, aux programmes d'éducation générale et professionnelle et aux solutions autres qu'institutionnelles seront prévues en vue d'assurer aux enfants un traitement conforme à leur bien-être et proportionné à leur situation et à l'infraction.

#### **Article 41**

Aucune des dispositions de la présente Convention ne porte atteinte aux dispositions plus propices à la réalisation des droits de l'enfant qui peuvent figurer :

a) Dans la législation d'un Etat partie; ou b) Dans le droit international en vigueur pour cet Etat.

#### **Article 42**

[16]

## Deuxième partie

Les Etats parties s'engagent à faire largement connaître les principes et les dispositions de la présente Convention, par des moyens actifs et appropriés, aux adultes comme aux enfants.

### Article 43

1. Aux fins d'examiner les progrès accomplis par les Etats parties dans l'exécution des obligations contractées par eux en vertu de la présente Convention, il est institué un Comité des droits de l'enfant qui s'acquitte des fonctions définies ci-après.

2. Le Comité se compose de dix-huit experts de haute moralité et possédant une compétence reconnue dans le domaine visé par la présente Convention. // Ses membres sont élus par les Etats parties parmi leurs ressortissants et siègent à titre personnel, compte tenu de la nécessité d'assurer une répartition géographique équitable et eu égard aux principaux systèmes juridiques.

3. Les membres du Comité sont élus au scrutin secret sur une liste de personnes désignées par les Etats parties. Chaque Etat partie peut désigner un candidat parmi ses ressortissants.

4. La première élection aura lieu dans les six mois suivant la date d'entrée en vigueur de la présente Convention. Les élections auront lieu ensuite tous les deux ans. Quatre mois au moins avant la date de chaque élection, le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies invitera par écrit les Etats parties à proposer leurs candidats dans un délai de deux mois. Le Secrétaire général dressera ensuite la liste alphabétique des candidats ainsi désignés, en indiquant les Etats parties qui les ont désignés, et la communiquera aux Etats parties à la présente Convention.

5. Les élections ont lieu lors des réunions des Etats parties, convoquées par le Secrétaire général au Siège de l'Organisation des Nations Unies. A ces réunions, pour lesquelles le quorum est constitué par les deux tiers des Etats parties, les candidats élus au Comité sont ceux qui obtiennent le plus grand nombre de voix et la majorité absolue des voix des représentants des Etats parties présents et votants.

6. Les membres du Comité sont élus pour quatre ans. Ils sont rééligibles si leur candidature est présentée à nouveau. Le mandat de cinq des membres élus lors de la première élection prend fin au bout de deux ans. Les noms de ces cinq membres seront tirés au sort par le président de la réunion immédiatement après la première élection.

7. En cas de décès ou de démission d'un membre du Comité, ou si, pour toute autre raison, un membre déclare ne plus pouvoir exercer ses fonctions au sein du Comité, l'Etat partie qui avait présenté sa candidature comme un autre expert parmi ses ressortissants pour pourvoir le poste ainsi vacant jusqu'à l'expiration du mandat correspondant, sous réserve de l'approbation du Comité.

8. Le Comité adopte son règlement intérieur.

[17]

9. Le Comité élit son bureau pour une période de deux ans.

10. Les réunions du Comité se tiennent normalement au Siège de l'Organisation des Nations Unies, ou en tout autre lieu approprié déterminé par le Comité. Le Comité se réunit normalement chaque année. La durée de ses sessions est déterminée et modifiée, si nécessaire, par une réunion des Etats parties à la présente Convention, sous réserve de l'approbation de l'Assemblée générale.

11. Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies met à la disposition du Comité le personnel et les installations qui lui sont nécessaires pour s'acquitter efficacement des fonctions qui lui sont confiées en vertu de la présente Convention.

12. Les membres du Comité institué en vertu de la présente Convention reçoivent, avec l'approbation de l'Assemblée générale, des émoluments prélevés sur les ressources de l'Organisation des Nations Unies dans les conditions et selon les modalités fixées par l'Assemblée générale.

### Article 44

1. Les Etats parties s'engagent à soumettre au Comité, par l'entremise du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, des rapports sur les mesures qu'ils auront adoptées pour donner effet aux droits reconnus dans la présente Convention et sur les progrès réalisés dans la jouissance de ces droits :

a) Dans les deux ans à compter de la date de l'entrée en vigueur de la présente Convention pour les Etats parties intéressés;

b) Par la suite, tous les cinq ans.

2. Les rapports établis en application du présent article doivent, le cas échéant, indiquer les facteurs et les difficultés empêchant les Etats parties de s'acquitter pleinement des obligations prévues dans la présente Convention. Ils doivent également contenir des renseignements suffisants pour donner au Comité une idée précise de l'application de la Convention dans le pays considéré.

3. Les Etats parties ayant présenté au Comité un rapport initial complet n'ont pas, dans les rapports qu'ils lui présentent ensuite conformément à l'alinéa b du paragraphe 1 du présent article, à répéter les renseignements de base antérieurement communiqués.

4. Le Comité peut demander aux Etats parties tous renseignements complémentaires relatifs à l'application de la Convention.

5. Le Comité soumet tous les deux ans à l'Assemblée générale, par l'entremise du Conseil économique et social, un rapport sur ses activités.

6. Les Etats parties assurent à leurs rapports une large diffusion dans leur propre pays.

### Article 45

[18]

Pour promouvoir l'application effective de la Convention et encourager la coopération internationale dans le domaine visé par la Convention :

a) Les institutions spécialisées, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et d'autres organes des Nations Unies ont le droit de se faire représenter lors de l'examen de l'application des dispositions de la présente Convention qui

relèvent de leur mandat. Le Comité peut inviter les institutions spécialisées, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et tous autres organismes qu'il jugera appropriés à donner des avis spécialisés sur l'application de la Convention dans les domaines qui relèvent de leurs mandats respectifs. Il peut inviter les institutions spécialisées, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et d'autres organes des Nations Unies à lui présenter des rapports sur l'application de la Convention dans les secteurs qui relèvent de leur domaine d'activité;

b) Le Comité transmet, s'il le juge nécessaire, aux institutions spécialisées, au Fonds des Nations Unies pour l'enfance et aux autres organismes compétents tout rapport des Etats parties contenant une demande ou indiquant un besoin de conseils ou d'assistance techniques, accompagné, le cas échéant, des observations et suggestions du Comité touchant ladite demande ou indication;

c) Le Comité peut recommander à l'Assemblée générale de prier le Secrétaire général de procéder pour le Comité à des études sur des questions spécifiques touchant les droits de l'enfant;

d) Le Comité peut faire des suggestions et des recommandations d'ordre général fondées sur les renseignements reçus en application des articles 44 et 45 de la présente Convention. Ces suggestions et recommandations d'ordre général sont transmises à tout Etat partie intéressé et portées à l'attention de l'Assemblée générale, accompagnées, le cas échéant, des observations des Etats parties.

### **Troisième partie**

#### **Article 46**

La présente Convention est ouverte à la signature de tous les Etats.

#### **Article 47**

La présente Convention est sujette à ratification. Les instruments de ratification seront déposés auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

#### **Article 48**

La présente Convention restera ouverte à l'adhésion de tout Etat. Les instruments d'adhésion seront déposés auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

#### **Article 49**

[19]

1. La présente Convention entrera en vigueur le trentième jour qui suivra la date du dépôt auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies du vingtième instrument de ratification ou d'adhésion.

2. Pour chacun des Etats qui ratifieront la présente Convention ou y adhéreront après le dépôt du vingtième instrument de ratification ou d'adhésion, la Convention entrera en vigueur le trentième jour qui suivra le dépôt par cet Etat de son instrument de ratification ou d'adhésion.

#### **Article 50**

1. Tout Etat partie peut proposer un amendement et en déposer le texte auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. Le Secrétaire général communique alors la proposition d'amendement aux Etats parties, en leur demandant de lui faire savoir s'ils sont favorables à la convocation d'une conférence des Etats parties en vue de l'examen de la proposition et de sa mise aux voix. Si, dans les quatre mois qui suivent la date de cette communication, un tiers au moins des Etats parties se prononcent en faveur de la convocation d'une telle conférence, le Secrétaire général convoque la conférence sous les auspices de l'Organisation des Nations Unies. Tout amendement adopté par la majorité des Etats parties présents et votants à la conférence est soumis pour approbation à l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies.

2. Tout amendement adopté conformément aux dispositions du paragraphe 1 du présent article entre en vigueur lorsqu'il a été approuvé par l'Assemblée générale des Nations Unies et accepté par une majorité des deux tiers des Etats parties.

3. Lorsqu'un amendement entre en vigueur, il a force obligatoire pour les Etats parties qui l'ont accepté, les autres Etats parties demeurant liés par les dispositions de la présente Convention et par tous amendements antérieurs acceptés par eux.

#### **Article 51**

1. Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies recevra et communiquera à tous les Etats le texte des réserves qui auront été faites par les Etats au moment de la ratification ou de l'adhésion. 2. Aucune réserve incompatible avec l'objet et le but de la présente Convention n'est autorisée.

3. Les réserves peuvent être retirées à tout moment par notification adressée au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, lequel en informe tous les Etats parties à la Convention. La notification prend effet à la date à laquelle elle est reçue par le Secrétaire général.

#### **Article 52**

Tout Etat partie peut dénoncer la présente Convention par notification écrite adressée au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. La dénonciation prend effet un an après la date à laquelle la notification a été reçue par le Secrétaire général.

#### **Article 53**

[20]

Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies est désigné comme dépositaire de la présente Convention.

#### **Article 54**

L'original de la présente Convention, dont les textes anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe font également foi, sera déposé auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. EN FOI DE QUOI les plénipotentiaires soussignés, dûment habilités par leurs gouvernements respectifs, ont signé la présente

## **Annexe 5**

### **Convention 182**

#### **CONVENTION CONCERNANT L'INTERDICTION DES PIRES FORMES DE TRAVAIL DES ENFANTS ET L'ACTION IMMEDIATE EN VUE DE LEUR ELIMINATION**

- La Conférence générale de l'Organisation internationale du Travail, convoquée à Genève par le Conseil d'administration du Bureau international du Travail, et s'y étant réunie le 1<sup>er</sup> juin 1999, en sa quatre-vingt-septième session; Considérant la nécessité d'adopter de nouveaux instruments visant l'interdiction et l'élimination des pires formes de travail des enfants en tant que priorité majeure de l'action nationale et internationale, notamment de la coopération et de l'assistance internationales, pour compléter la convention et la recommandation concernant l'âge minimum d'admission à l'emploi, 1973, qui demeurent des instruments fondamentaux en ce qui concerne le travail des enfants; Considérant que l'élimination effective des pires formes de travail des enfants exige une action d'ensemble immédiate, qui tienne compte de l'importance d'une éducation de base gratuite et de la nécessité de soustraire de toutes ces formes de travail les enfants concernés et d'assurer leur réadaptation et leur intégration sociale, tout en prenant en considération les besoins de leurs familles; Rappelant la résolution concernant l'élimination du travail des enfants adoptée par la Conférence internationale du Travail à sa quatre-vingt-troisième session, en 1996; Reconnaisant que le travail des enfants est pour une large part provoqué par la pauvreté et que la solution à long terme réside dans la croissance économique soutenue menant au progrès social, et en particulier à l'atténuation de la pauvreté et à l'éducation universelle; Rappelant la Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée le 20 novembre 1989 par l'Assemblée générale des Nations Unies; Rappelant la Déclaration de l'OIT relative aux principes et droits fondamentaux au travail et son suivi, adoptée par la Conférence internationale du Travail à sa quatre-vingt-sixième session, en 1998; Rappelant que certaines des pires formes de travail des enfants sont couvertes par d'autres instruments internationaux, en particulier la convention sur le travail forcé, 1930, et la Convention supplémentaire des Nations Unies relative à l'abolition de l'esclavage, de la traite des esclaves et des institutions et pratiques analogues à l'esclavage, 1956; Après avoir décidé d'adopter diverses propositions relatives au travail des enfants, question qui constitue le quatrième point à l'ordre du jour de la session; Après avoir décidé que ces propositions prendraient la forme d'une convention internationale,

adopte, ce dix-septième jour de juin mil neuf cent quatre-vingt-dix-neuf, la convention ci-après, qui sera dénommée Convention sur les pires formes de travail des enfants, 1999.

#### *Article 1*

Tout Membre qui ratifie la présente convention doit prendre des mesures immédiates et efficaces pour assurer l'interdiction et l'élimination des pires formes de travail des enfants et ce, de toute urgence.

#### *Article 2*

Aux fins de la présente convention, le terme «enfant» s'applique à l'ensemble des personnes de moins de 18 ans.

#### *Article 3*

Aux fins de la présente convention, l'expression «les pires formes de travail des enfants» comprend:

a) toutes les formes d'esclavage ou pratiques analogues, telles que la vente et la traite des enfants, la servitude pour dettes et le servage ainsi que le travail forcé ou obligatoire, y compris le recrutement forcé ou obligatoire des enfants en vue de leur utilisation dans des conflits armés;

b) l'utilisation, le recrutement ou l'offre d'un enfant à des fins de prostitution, de production de matériel pornographique ou de spectacles pornographiques;

c) l'utilisation, le recrutement ou l'offre d'un enfant aux fins d'activités illicites, notamment pour la production et le trafic de stupéfiants, tels que les définissent les conventions internationales pertinentes;

d) les travaux qui, par leur nature ou les conditions dans lesquelles ils s'exercent, sont susceptibles de nuire à la santé, à la sécurité ou à la moralité de l'enfant.

#### *Article 4*

1. Les types de travail visés à l'article 3 d) doivent être déterminés par la législation nationale ou l'autorité compétente, après consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs intéressées, en prenant en considération les normes internationales pertinentes, et en particulier les paragraphes 3 et 4 de la recommandation sur les pires formes de travail des enfants, 1999.

2. L'autorité compétente, après consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs intéressées, doit localiser les types de travail ainsi déterminés.

3. La liste des types de travail déterminés conformément au paragraphe 1 du présent article doit être périodiquement examinée et, au besoin, révisée en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs intéressées.

#### *Article 5*

Tout Membre doit, après consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs, établir ou désigner des mécanismes appropriés pour surveiller l'application des dispositions donnant effet à la présente convention.

#### *Article 6*

1. Tout Membre doit élaborer et mettre en œuvre des programmes d'action en vue d'éliminer en priorité les pires formes de travail des enfants.

2. Ces programmes d'action doivent être élaborés et mis en œuvre en consultation avec les institutions publiques compétentes et les organisations d'employeurs et de travailleurs, le cas échéant en prenant en considération les vues d'autres groupes intéressés.

#### *Article 7*

1. Tout Membre doit prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la mise en œuvre effective et le respect des dispositions donnant effet à la présente convention, y compris par l'établissement et l'application de sanctions pénales ou, le cas échéant, d'autres sanctions.

2. Tout Membre doit, en tenant compte de l'importance de l'éducation en vue de l'élimination du travail des enfants, prendre des mesures efficaces dans un délai déterminé pour:

a) empêcher que des enfants ne soient engagés dans les pires formes de travail des enfants;

b) prévoir l'aide directe nécessaire et appropriée pour soustraire les enfants des pires formes de travail des enfants et assurer leur réadaptation et leur intégration sociale;

c) assurer l'accès à l'éducation de base gratuite et, lorsque cela est possible et approprié, à la formation professionnelle pour tous les enfants qui auront été soustraits des pires formes de travail des enfants;

d) identifier les enfants particulièrement exposés à des risques et entrer en contact direct avec eux;

e) tenir compte de la situation particulière des filles.

3. Tout Membre doit désigner l'autorité compétente chargée de la mise en œuvre des dispositions donnant effet à la présente convention.

#### *Article 8*

Les Membres doivent prendre des mesures appropriées afin de s'entraider pour donner effet aux dispositions de la présente convention par une coopération et/ou une assistance internationale renforcées, y compris par des mesures de soutien au développement économique et social, aux programmes d'éradication de la pauvreté et à l'éducation universelle.

#### *Article 9*

Les ratifications formelles de la présente convention seront communiquées au Directeur général du Bureau international du Travail et par lui enregistrées.

*Article 10*

1. La présente convention ne liera que les Membres de l'Organisation internationale du Travail dont la ratification aura été enregistrée par le Directeur général du Bureau international du Travail.
2. Elle entrera en vigueur douze mois après que les ratifications de deux Membres auront été enregistrées par le Directeur général.
3. Par la suite, cette convention entrera en vigueur pour chaque Membre douze mois après la date où sa ratification aura été enregistrée.

*Article 11*

1. Tout Membre ayant ratifié la présente convention peut la dénoncer à l'expiration d'une période de dix années après la date de la mise en vigueur initiale de la convention, par un acte communiqué au Directeur général du Bureau international du Travail et par lui enregistré. La dénonciation ne prendra effet qu'une année après avoir été enregistrée.
2. Tout Membre ayant ratifié la présente convention qui, dans le délai d'une année après l'expiration de la période de dix années mentionnée au paragraphe précédent, ne fera pas usage de la faculté de dénonciation prévue par le présent article sera lié pour une nouvelle période de dix années et, par la suite, pourra dénoncer la présente convention à l'expiration de chaque période de dix années dans les conditions prévues au présent article.

*Article 12*

1. Le Directeur général du Bureau international du Travail notifiera à tous les Membres de l'Organisation internationale du Travail l'enregistrement de toutes les ratifications et de tous actes de dénonciation qui lui seront communiqués par les Membres de l'Organisation.
2. En notifiant aux Membres de l'Organisation l'enregistrement de la deuxième ratification qui lui aura été communiquée, le Directeur général appellera l'attention des Membres de l'Organisation sur la date à laquelle la présente convention entrera en vigueur.

*Article 13*

Le Directeur général du Bureau international du Travail communiquera au Secrétaire général des Nations Unies, aux fins d'enregistrement, conformément à l'article 102 de la Charte des Nations Unies, des renseignements complets au sujet de toutes ratifications et de tous actes de dénonciation qu'il aura enregistrés conformément aux articles précédents.

*Article 14*

Chaque fois qu'il le jugera nécessaire, le Conseil d'administration du Bureau international du Travail présentera à la Conférence générale un rapport sur l'application de la présente convention et examinera s'il y a lieu d'inscrire à l'ordre du jour de la Conférence la question de sa révision totale ou partielle.

*Article 15*

1. Au cas où la Conférence adopterait une nouvelle convention portant révision totale ou partielle de la présente convention, et à moins que la nouvelle convention ne dispose autrement:
  - a) la ratification par un Membre de la nouvelle convention portant révision entraînerait de plein droit, nonobstant l'article 11 ci-dessus, dénonciation immédiate de la présente convention, sous réserve que la nouvelle convention portant révision soit entrée en vigueur;
  - b) à partir de la date de l'entrée en vigueur de la nouvelle convention portant révision, la présente convention cesserait d'être ouverte à la ratification des Membres.
2. La présente convention demeurerait en tout cas en vigueur dans sa forme et teneur pour les Membres qui l'auraient ratifiée et qui ne ratifieraient pas la convention portant révision.

*Article 16*

Les versions française et anglaise du texte de la présente convention font également foi.



Le texte qui précède est le texte authentique de la convention adoptée à l'unanimité par la Conférence générale de l'Organisation internationale du Travail dans sa quatre-vingt-septième session qui s'est tenue à Genève et qui a été déclarée close le 17 juin 1999.

EN FOI DE QUOI ont apposé leurs signatures, ce jour de juin 1999:

*Le Président de la Conférence,*

*Le Directeur général du Bureau international du Travail,*

## **Annexe 6**

### **Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant, concernant l'implication d'enfants dans les conflits armés**

Les États Parties au présent Protocole,

Encouragés par l'appui considérable recueilli par la Convention relative aux droits de l'enfant<sup>1</sup>, qui dénote une volonté générale de promouvoir et de protéger les droits de l'enfant,

Réaffirmant que les droits des enfants doivent être spécialement protégés et demandant à ce que la situation des enfants, sans distinction, soit sans cesse améliorée et qu'ils puissent s'épanouir et être éduqués dans des conditions de paix et de sécurité,

Troublés par les effets préjudiciables et étendus des conflits armés sur les enfants et leurs répercussions à long terme sur le maintien d'une paix, d'une sécurité et d'un développement durables,

Condamnant le fait que des enfants soient pris pour cible dans des situations de conflit armé ainsi que les attaques directes de lieux protégés par le droit international, notamment des endroits où se trouvent généralement de nombreux enfants, comme les écoles et les hôpitaux,

Prenant acte de l'adoption du Statut de Rome de la Cour pénale internationale, qui inclut en particulier parmi les crimes de guerre, dans les conflits armés tant internationaux que non internationaux, le fait de procéder à la conscription ou à l'enrôlement d'enfants de moins de 15 ans dans les forces armées nationales ou de les faire participer activement à des hostilités,

Considérant par conséquent que, pour renforcer davantage les droits reconnus dans la Convention relative aux droits de l'enfant, il importe d'accroître la protection des enfants contre toute implication dans les conflits armés,

Notant que l'article premier de la Convention relative aux droits de l'enfant spécifie que, au sens de la Convention, un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable,

Convaincus que l'adoption d'un protocole facultatif se rapportant à la Convention qui relèverait l'âge minimum de l'enrôlement éventuel dans les forces armées et de la participation aux hostilités contribuera effectivement à la mise en œuvre du principe selon lequel l'intérêt supérieur de l'enfant doit primer dans toutes les décisions le concernant,

Notant que la vingt-sixième Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge tenue en décembre 1995 a recommandé, notamment, que les parties à un conflit prennent toutes les mesures possibles pour éviter que des enfants de moins de 18 ans ne prennent part aux hostilités,



Se félicitant de l'adoption par consensus, en juin 1999, de la Convention no 182 de l'Organisation internationale du Travail concernant l'interdiction des pires formes de travail des enfants et l'action immédiate en vue de leur élimination, qui interdit l'enrôlement forcé ou obligatoire des enfants en vue de leur utilisation dans des conflits armés,

Condamnant avec une profonde inquiétude l'enrôlement, l'entraînement et l'utilisation – en deçà et au-delà des frontières nationales – d'enfants dans les hostilités par des groupes armés distincts des forces armées d'un État, et reconnaissant la responsabilité des personnes qui recrutent, forment et utilisent des enfants à cet égard,

Rappelant l'obligation pour toute partie à un conflit armé de se conformer aux dispositions du droit international humanitaire,

Soulignant que le présent Protocole est sans préjudice des buts et principes énoncés dans la Charte des Nations Unies, notamment à l'Article 51, et des normes pertinentes du droit humanitaire,

Tenant compte du fait que des conditions de paix et de sécurité fondées sur le respect intégral des buts et principes énoncés dans la Charte et le respect des instruments relatifs aux droits de l'homme applicables sont essentiels à la pleine protection des enfants, en particulier pendant les conflits armés et sous une occupation étrangère,

Conscients des besoins particuliers des enfants qui, en raison de leur situation économique et sociale ou de leur sexe, sont particulièrement vulnérables à l'enrôlement ou à l'utilisation dans des hostilités en violation du présent Protocole,

Conscients également de la nécessité de prendre en considération les causes économiques, sociales et politiques profondes de la participation des enfants aux conflits armés,

Convaincus de la nécessité de renforcer la coopération internationale pour assurer la réadaptation physique et psychologique et la réinsertion sociale des enfants qui sont victimes de conflits armés,

Encourageant la participation des communautés et, en particulier, des enfants et des enfants victimes, à la diffusion de l'information et aux programmes d'éducation concernant l'application du présent Protocole,

Sont convenus de ce qui suit:

#### **Article premier**

Les États Parties prennent toutes les mesures possibles pour veiller à ce que les membres de leurs forces armées qui n'ont pas atteint l'âge de 18 ans ne participent pas directement aux hostilités.

#### **Article 2**

Les États Parties veillent à ce que les personnes n'ayant pas atteint l'âge de 18 ans ne fassent pas l'objet d'un enrôlement obligatoire dans leurs forces armées.

#### **Article 3**

1. Les États Parties relèvent l'âge minimum de l'engagement volontaire dans leurs forces armées nationales par rapport à celui qui est fixé au paragraphe 3 de l'article 38 de la Convention relative aux droits de l'enfant<sup>1</sup>, en tenant compte des principes inscrits dans cet article et en reconnaissant qu'en vertu de la Convention les personnes âgées de moins de 18 ans ont droit à une protection spéciale.

2. Chaque État Partie dépose, lors de la ratification du présent Protocole ou de l'adhésion à cet instrument, une déclaration contraignante indiquant l'âge minimum à partir duquel il autorise l'engagement volontaire dans ses forces armées nationales et décrivant les garanties qu'il a prévues pour veiller à ce que cet engagement ne soit pas contracté de force ou sous la contrainte.

3. Les États Parties qui autorisent l'engagement volontaire dans leurs forces armées nationales avant l'âge de 18 ans mettent en place des garanties assurant, au minimum, que:

a) Cet engagement soit effectivement volontaire;

b) Cet engagement ait lieu avec le consentement, en connaissance de cause, des parents ou gardiens légaux de l'intéressé;

c) Les personnes engagées soient pleinement informées des devoirs qui s'attachent au service militaire national;

d) Ces personnes fournissent une preuve fiable de leur âge avant d'être admises au service militaire.

4. Tout État Partie peut, à tout moment, renforcer sa déclaration par voie de notification à cet effet adressée au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, qui en informe tous les autres États Parties. Cette notification prend effet à la date à laquelle elle est reçue par le Secrétaire général.

5. L'obligation de relever l'âge minimum de l'engagement volontaire visée au paragraphe 1 du présent article ne s'applique pas aux établissements scolaires placés sous l'administration ou le contrôle des forces armées des États Parties, conformément aux articles 28 et 29 de la Convention relative aux droits de l'enfant.

#### **Article 4**

1. Les groupes armés qui sont distincts des forces armées d'un État ne devraient en aucune circonstance enrôler ni utiliser dans les hostilités des personnes âgées de moins de 18 ans.

2. Les États Parties prennent toutes les mesures possibles pour empêcher l'enrôlement et l'utilisation de ces personnes, notamment les mesures d'ordre juridique nécessaires pour interdire et sanctionner pénalement ces pratiques.

3. L'application du présent article est sans effet sur le statut juridique de toute partie à un conflit armé.

#### **Article 5**

Aucune des dispositions du présent Protocole ne peut être interprétée comme empêchant l'application de dispositions de la législation d'un État Partie, d'instruments internationaux et du droit international humanitaire plus propices à la réalisation des droits de l'enfant.

#### **Article 6**

1. Chaque État Partie prend toutes les mesures – d'ordre juridique, administratif et autre – voulues pour assurer l'application et le respect effectifs des dispositions du présent Protocole dans les limites de sa compétence.

2. Les États Parties s'engagent à faire largement connaître les principes et dispositions du présent Protocole, aux adultes comme aux enfants, à l'aide de moyens appropriés.

3. Les États Parties prennent toutes les mesures possibles pour veiller à ce que les personnes relevant de leur compétence qui sont enrôlées ou utilisées dans des hostilités en violation du présent Protocole soient démobilisées ou de quelque autre manière libérées des obligations militaires. Si nécessaire, les États Parties accordent à ces personnes toute l'assistance appropriée en vue de leur réadaptation physique et psychologique et de leur réinsertion sociale.

#### **Article 7**

1. Les États Parties coopèrent à l'application du présent Protocole, notamment pour la prévention de toute activité contraire à ce dernier et pour la réadaptation et la réinsertion sociale des personnes qui sont victimes d'actes contraires au présent Protocole, y compris par une coopération technique et une assistance financière. Cette assistance et cette coopération se feront en consultation avec les États Parties concernés et les organisations internationales compétentes.

2. Les États Parties qui sont en mesure de le faire fournissent cette assistance par l'entremise des programmes multilatéraux, bilatéraux ou autres déjà en place ou, le cas échéant, dans le cadre d'un fonds de contributions volontaires constitué conformément aux règles établies par l'Assemblée générale.

#### **Article 8**

1. Chaque État Partie présente, dans les deux ans à compter de l'entrée en vigueur du présent Protocole à son égard, un rapport au Comité des droits de l'enfant contenant des renseignements détaillés sur les mesures qu'il a prises pour donner effet aux dispositions du Protocole, notamment celles concernant la participation et l'enrôlement.

2. Après la présentation de son rapport détaillé, chaque État Partie inclut dans les rapports qu'il présente au Comité des droits de l'enfant, conformément à l'article 44 de la Convention, tout

complément d'information concernant l'application du présent Protocole. Les autres États Parties au Protocole présentent un rapport tous les cinq ans.

3. Le Comité des droits de l'enfant peut demander aux États Parties un complément d'information concernant l'application du présent Protocole.

#### **Article 9**

1. Le présent Protocole est ouvert à la signature de tout État qui est Partie à la Convention ou qui l'a signée.

2. Le présent Protocole est soumis à la ratification et est ouvert à l'adhésion de tout État. Les instruments de ratification ou d'adhésion sont déposés auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

3. Le Secrétaire général, en sa qualité de dépositaire de la Convention et du Protocole, informe tous les États Parties à la Convention et tous les États qui ont signé la Convention du dépôt de chaque déclaration en vertu de l'article 3.

#### **Article 10**

1. Le présent Protocole entrera en vigueur trois mois après la date de dépôt du dixième instrument de ratification ou d'adhésion.

2. Pour chacun des États qui ratifieront le présent Protocole ou qui y adhéreront après son entrée en vigueur, le Protocole entrera en vigueur un mois après la date du dépôt par cet État de son instrument de ratification ou d'adhésion.

#### **Article 11**

1. Tout État Partie peut, à tout moment, dénoncer le présent Protocole par voie de notification écrite adressée au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, qui en informera les autres États Parties à la Convention et tous les États qui ont signé la Convention. La dénonciation prendra effet un an après la date à laquelle le Secrétaire général en aura reçu notification. Toutefois, si, à l'expiration de ce délai d'un an, l'État Partie auteur de la dénonciation est engagé dans un conflit armé, celle-ci ne prendra pas effet avant la fin du conflit.

2. Cette dénonciation ne saurait dégager l'État Partie de ses obligations en vertu du présent Protocole à raison de tout acte accompli avant la date à laquelle la dénonciation prend effet, pas plus qu'elle ne compromet en quelque manière que ce soit la poursuite de l'examen de toute question dont le Comité des droits de l'enfant serait saisi avant la date de prise d'effet de la dénonciation.

#### **Article 12**

1. Tout État Partie peut proposer un amendement et en déposer le texte auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. Celui-ci communique alors la proposition d'amendement aux États Parties, en leur demandant de lui faire savoir s'ils sont favorables à la convocation d'une conférence des États Parties en vue de l'examen de la proposition et de sa mise aux voix. Si, dans les quatre mois qui suivent la date de cette communication, un tiers au moins des États Parties se prononcent en faveur de la convocation d'une telle conférence, le Secrétaire général convoque la Conférence sous les auspices de l'Organisation des Nations Unies. Tout amendement adopté par la majorité des États Parties présents et votants à la conférence est soumis à l'Assemblée générale des Nations Unies pour approbation.

2. Tout amendement adopté conformément aux dispositions du paragraphe 1 du présent article entre en vigueur lorsqu'il a été approuvé par l'Assemblée générale et accepté par une majorité des deux tiers des États Parties.

3. Lorsqu'un amendement entre en vigueur, il a force obligatoire pour les États Parties qui l'ont accepté, les autres États Parties demeurant liés par les dispositions du présent Protocole et par tous amendements antérieurs acceptés par eux.

#### **Article 13**

1. Le présent Protocole, dont les textes anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe font également foi, sera déposé aux archives de l'Organisation des Nations Unies.
2. Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies fera parvenir une copie certifiée conforme du présent Protocole à tous les États Parties à la Convention et à tous les États qui ont signé la Convention.

## Annexe 7

### **Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant, concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants**

Les États Parties au présent Protocole,

Considérant que, pour aller de l'avant dans la réalisation des buts de la Convention relative aux droits de l'enfant<sup>1</sup> et l'application de ses dispositions, en particulier des articles premier, 11, 21, 32, 33, 34, 35 et 36, il serait approprié d'élargir les mesures que les États Parties devraient prendre pour garantir la protection de l'enfant contre la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants,

Considérant également que la Convention relative aux droits de l'enfant consacre le droit de l'enfant d'être protégé contre l'exploitation économique et de ne pas être astreint à un travail comportant des risques ou susceptible de compromettre son éducation ou de nuire à sa santé ou à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social,

Constatant avec une vive préoccupation que la traite internationale d'enfants aux fins de la vente d'enfants, de la prostitution des enfants et de la pornographie mettant en scène des enfants revêt des proportions considérables et croissantes,

Profondément préoccupés par la pratique répandue et persistante du tourisme sexuel auquel les enfants sont particulièrement exposés, dans la mesure où il favorise directement la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants,

Conscients qu'un certain nombre de groupes particulièrement vulnérables, notamment les fillettes, sont davantage exposés au risque d'exploitation sexuelle, et que l'on recense un nombre anormalement élevé de fillettes parmi les victimes de l'exploitation sexuelle,

Préoccupés par l'offre croissante de matériels pornographiques mettant en scène des enfants sur l'Internet et autres nouveaux supports technologiques, et rappelant que, dans ses conclusions, la Conférence internationale sur la lutte contre la pornographie impliquant des enfants sur l'Internet, tenue à Vienne en 1999, a notamment demandé la criminalisation dans le monde entier de la production, la distribution, l'exportation, l'importation, la transmission, la possession intentionnelle et la publicité de matériels pornographiques impliquant des enfants, et soulignant l'importance d'une coopération et d'un partenariat plus étroits entre les pouvoirs publics et les professionnels de l'Internet,

Convaincus que l'élimination de la vente d'enfants, de la prostitution des enfants et de la pornographie mettant en scène des enfants sera facilitée par l'adoption d'une approche globale tenant compte des facteurs qui contribuent à ces phénomènes, notamment le sous-développement, la pauvreté, les disparités économiques, l'inéquité des structures socioéconomiques, les dysfonctionnements familiaux, le manque d'éducation, l'exode rural, la discrimination fondée sur le sexe, le comportement sexuel irresponsable des adultes, les pratiques traditionnelles préjudiciables, les conflits armés et la traite des enfants,

Estimant qu'une action de sensibilisation du public est nécessaire pour réduire la demande qui est à l'origine de la vente d'enfants, de la prostitution des enfants et de la pornographie pédophile, et qu'il importe de renforcer le partenariat mondial entre tous les acteurs et d'améliorer l'application de la loi au niveau national,

Prenant note des dispositions des instruments juridiques internationaux pertinents en matière de protection des enfants, notamment la Convention de La Haye sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale, la Convention de La Haye sur les aspects civils de l'enlèvement international d'enfants, la Convention de La Haye concernant la compétence, la loi applicable, la reconnaissance, l'exécution et la coopération en matière de responsabilité parentale et

de mesures de protection des enfants, et la Convention no 182 de l'Organisation internationale du Travail concernant l'interdiction des pires formes de travail des enfants et l'action immédiate en vue de leur élimination,

Encouragés par l'appui considérable recueilli par la Convention relative aux droits de l'enfant, qui dénote une volonté générale de promouvoir et de protéger les droits de l'enfant,

Considérant qu'il importe de mettre en œuvre les dispositions du Programme d'action pour la prévention de la vente d'enfants, de la prostitution des enfants et de la pornographie impliquant des enfants et de la Déclaration et du Programme d'action adoptés en 1996 au Congrès mondial contre l'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales, tenu à Stockholm du 27 au 31 août 1996, ainsi que les autres décisions et recommandations pertinentes des organismes internationaux concernés,

Tenant dûment compte de l'importance des traditions et des valeurs culturelles de chaque peuple pour la protection de l'enfant et son développement harmonieux,

Sont convenus de ce qui suit:

### **Article premier**

Les États Parties interdisent la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants conformément aux dispositions du présent Protocole.

### **Article 2**

Aux fins du présent Protocole:

- a) On entend par vente d'enfants tout acte ou toute transaction en vertu desquels un enfant es remis par toute personne ou de tout groupe de personnes à une autre personne ou un autre groupe contre rémunération ou tout autre avantage;
- b) On entend par prostitution des enfants le fait d'utiliser un enfant aux fins d'activités sexuelles contre rémunération ou toute autre forme d'avantage;
- c) On entend par pornographie mettant en scène des enfants toute représentation, par quelque moyen que ce soit, d'un enfant s'adonnant à des activités sexuelles explicites, réelles ou simulées, ou toute représentation des organes sexuels d'un enfant, à des fins principalement sexuelles.

### **Article 3**

1. Chaque État Partie veille à ce que, au minimum, les actes et activités suivants soient pleinement couverts par son droit pénal, que ces infractions soient commises au plan interne ou transnational, par un individu ou de façon organisée:

- a) Dans le cadre de la vente d'enfants telle que définie à l'article 2:
  - i) Le fait d'offrir, de remettre, ou d'accepter un enfant, quel que soit le moyen utilisé, aux fins:
    - a. D'exploitation sexuelle de l'enfant;
    - b. De transfert d'organe de l'enfant à titre onéreux;
    - c. De soumettre l'enfant au travail forcé;
  - ii) Le fait d'obtenir indûment, en tant qu'intermédiaire, le consentement à l'adoption d'un enfant, en violation des instruments juridiques internationaux relatifs à l'adoption;
- b) Le fait d'offrir, d'obtenir, de procurer ou de fournir un enfant à des fins de prostitution, telle que définie à l'article 2;
- c) Le fait de produire, de distribuer, de diffuser, d'importer, d'exporter, d'offrir, de vendre ou de détenir aux fins susmentionnées, des matériels pornographiques mettant en scène des enfants, tels que définis à l'article 2.

2. Sous réserve du droit interne d'un État Partie, les mêmes dispositions valent en cas de tentative de commission de l'un quelconque de ces actes, de complicité dans sa commission ou de participation à celle-ci.

3. Tout État Partie rend ces infractions passibles de peines appropriées tenant compte de leur gravité.

4. Sous réserve des dispositions de son droit interne, tout État Partie prend, s'il y a lieu, les mesures qui s'imposent, afin d'établir la responsabilité des personnes morales pour les infractions visées au paragraphe 1 du présent article. Selon les principes juridiques de l'État Partie, cette responsabilité peut être pénale, civile ou administrative.

5. Les États Parties prennent toutes les mesures juridiques et administratives appropriées pour s'assurer que toutes les personnes intervenant dans l'adoption d'un enfant agissent conformément aux dispositions des instruments juridiques internationaux applicables.

#### **Article 4**

1. Tout État Partie prend les mesures nécessaires pour établir sa compétence aux fins de connaître des infractions visées au paragraphe 1 de l'article 3, lorsque ces infractions ont été commises sur son territoire ou à bord de navires ou d'aéronefs immatriculés dans cet État.

2. Tout État Partie peut prendre les mesures nécessaires pour établir sa compétence aux fins de connaître des infractions visées au paragraphe 1 de l'article 3, dans les cas suivants:

a) Lorsque l'auteur présumé de l'infraction est un ressortissant dudit État, ou a sa résidence habituelle sur le territoire de celui-ci;

b) Lorsque la victime est un ressortissant dudit État.

3. Tout État Partie prend également les mesures propres à établir sa compétence aux fins de connaître des infractions susmentionnées lorsque l'auteur présumé de l'infraction est présent sur son territoire et qu'il ne l'extrade pas vers un autre État Partie au motif que l'infraction a été commise par l'un de ses ressortissants.

4. Le présent Protocole n'exclut aucune compétence pénale exercée conformément aux lois nationales.

#### **Article 5**

1. Les infractions visées au paragraphe 1 de l'article 3 sont de plein droit comprises dans tout traité d'extradition en vigueur entre les États Parties et sont comprises dans tout traité d'extradition qui sera conclu ultérieurement entre eux, conformément aux conditions énoncées dans lesdits traités.

2. Si un État Partie qui subordonne l'extradition à l'existence d'un traité est saisi d'une demande d'extradition par un autre État Partie avec lequel il n'est pas lié par un traité d'extradition, il peut considérer le présent Protocole comme constituant la base juridique de l'extradition en ce qui concerne lesdites infractions. L'extradition est subordonnée aux conditions prévues par le droit de l'État requis.

3. Les États Parties qui ne subordonnent pas l'extradition à l'existence d'un traité reconnaissent lesdites infractions comme cas d'extradition entre eux dans les conditions prévues par le droit de l'État requis.

4. Entre États Parties, lesdites infractions sont considérées aux fins d'extradition comme ayant été commises non seulement au lieu de leur perpétration, mais aussi sur le territoire placé sous la juridiction des États tenus d'établir leur compétence en vertu de l'article 4.

5. Si une demande d'extradition est présentée au motif d'une infraction visée au paragraphe 1 de l'article 3, et si l'État requis n'extrade pas ou ne veut pas extradier, à raison de la nationalité de l'auteur de l'infraction, cet État prend les mesures voulues pour saisir ses autorités compétentes aux fins de poursuites.

#### **Article 6**

1. Les États Parties s'accordent l'entraide la plus large possible pour toute enquête, procédure pénale ou procédure d'extradition relative aux infractions visées au paragraphe 1 de l'article 3, y compris pour l'obtention des éléments de preuve dont ils disposent et qui sont nécessaires aux fins de la procédure.

2. Les États Parties s'acquittent de leurs obligations en vertu du paragraphe 1 du présent article en conformité avec tout traité ou accord d'entraide judiciaire qui peut exister entre eux. En l'absence d'un tel traité ou accord, les États Parties s'accordent cette entraide conformément à leur droit interne.

#### **Article 7**

Sous réserve des dispositions de leur droit interne, les États Parties:

- a) Prennent des mesures appropriées pour permettre la saisie et la confiscation, selon que de besoin:
  - i) Des biens tels que documents, avoirs et autres moyens matériels utilisés pour commettre les infractions visées dans le présent Protocole ou en faciliter la commission;
  - ii) Du produit de ces infractions;
- b) Donnent effet aux demandes de saisie ou de confiscation des biens ou produits visés aux paragraphes a) émanant d'un autre État Partie;
- c) Prennent des mesures en vue de fermer provisoirement ou définitivement les locaux utilisés pour commettre lesdites infractions.

#### **Article 8**

1. Les États Parties adoptent à tous les stades de la procédure pénale les mesures nécessaires pour protéger les droits et les intérêts des enfants victimes des pratiques prosrites par le présent Protocole, en particulier:
  - a) En reconnaissant la vulnérabilité des enfants victimes et en adaptant les procédures de manière à tenir compte de leurs besoins particuliers, notamment en tant que témoins;
  - b) En tenant les enfants victimes informés de leurs droits, de leur rôle ainsi que de la portée, du calendrier et du déroulement de la procédure, et de la décision rendue dans leur affaire;
  - c) En permettant que les vues, les besoins ou les préoccupations des enfants victimes soient présentés et examinés au cours de la procédure lorsque leurs intérêts personnels sont en jeu, d'une manière conforme aux règles de procédure du droit interne;
  - d) En fournissant une assistance appropriée aux enfants victimes à tous les stades de la procédure judiciaire;
  - e) En protégeant, s'il y a lieu, la vie privée et l'identité des enfants victimes et en prenant des mesures conformes au droit interne pour prévenir la diffusion de toute information pouvant conduire à leur identification;
  - f) En veillant, le cas échéant, à ce que les enfants victimes, ainsi que leur famille et les témoins à charge, soient à l'abri de l'intimidation et des représailles;
  - g) En évitant tout retard indu dans le prononcé du jugement et l'exécution des ordonnances ou des décisions accordant une indemnisation aux enfants victimes.
2. Les États Parties veillent à ce qu'une incertitude quant à l'âge réel de la victime n'empêche pas l'ouverture d'enquêtes pénales, notamment d'enquêtes visant à déterminer cet âge.
3. Les États Parties veillent à ce que, dans la manière dont le système de justice pénale traite les enfants victimes des infractions décrites dans le présent Protocole, l'intérêt supérieur de l'enfant soit la considération première.
4. Les États Parties prennent des mesures pour dispenser une formation appropriée, en particulier dans les domaines juridique et psychologique, aux personnes qui s'occupent des victimes des infractions visées dans le présent Protocole.
5. S'il y a lieu, les États Parties font le nécessaire pour garantir la sécurité et l'intégrité des personnes et/ou des organismes de prévention et/ou de protection et de réadaptation des victimes de telles infractions.

6. Aucune des dispositions du présent article ne porte atteinte au droit de l'accusé à un procès équitable et impartial ou n'est incompatible avec ce droit.

#### **Article 9**

1. Les États Parties adoptent ou renforcent, appliquent et diffusent des lois, mesures administratives, politiques et programmes sociaux pour prévenir les infractions visées dans le présent Protocole. Une attention spéciale est accordée à la protection des enfants particulièrement exposés à de telles pratiques.

2. Par l'information à l'aide de tous les moyens appropriés, l'éducation et la formation, les États Parties sensibilisent le grand public, y compris les enfants, aux mesures propres à prévenir les pratiques proscrites par le présent Protocole et aux effets néfastes de ces dernières. Pour s'acquitter de leurs obligations en vertu du présent article, les États Parties encouragent la participation des communautés et, en particulier, des enfants et des enfants victimes, à ces programmes d'information, d'éducation et de formation, y compris au niveau international.

3. Les États Parties prennent toutes les mesures possibles pour assurer toute l'assistance appropriée aux victimes des infractions visées dans le présent Protocole, notamment leur pleine réinsertion sociale et leur plein rétablissement physique et psychologique.

4. Les États Parties veillent à ce que tous les enfants victimes des infractions décrites dans le présent Protocole aient accès à des procédures leur permettant, sans discrimination, de réclamer réparation du préjudice subi aux personnes juridiquement responsables.

5. Les États Parties prennent des mesures appropriées pour interdire efficacement la production et la diffusion de matériels qui font la publicité des pratiques proscrites dans le présent Protocole.

#### **Article 10**

1. Les États Parties prennent toutes les mesures nécessaires pour renforcer la coopération internationale par des accords multilatéraux, régionaux et bilatéraux ayant pour objet de prévenir, identifier, poursuivre et punir les responsables d'actes liés à la vente d'enfants, à la prostitution des enfants, à la pornographie et au tourisme pédophiles, ainsi que d'enquêter sur de tels actes. Les États Parties favorisent également la coopération et la coordination internationales entre leurs autorités, les organisations non gouvernementales nationales et internationales et les organisations internationales.

2. Les États Parties encouragent la coopération internationale pour aider à la réadaptation physique et psychologique des enfants victimes, à leur réinsertion sociale et à leur rapatriement.

3. Les États Parties s'attachent à renforcer la coopération internationale pour éliminer les principaux facteurs, notamment la pauvreté et le sous-développement, qui rendent les enfants vulnérables à la vente, à la prostitution, à la pornographie et au tourisme pédophiles.

4. Les États Parties qui sont en mesure de le faire fournissent une aide financière, technique ou autre dans le cadre des programmes existants, multilatéraux, régionaux, bilatéraux ou autres.

#### **Article 11**

Aucune des dispositions du présent Protocole ne porte atteinte aux dispositions plus propices à la réalisation des droits de l'enfant qui peuvent figurer:

- a) Dans la législation d'un État Partie;
- b) Dans le droit international en vigueur pour cet État.

#### **Article 12**

1. Chaque État Partie présente, dans les deux ans à compter de l'entrée en vigueur du présent Protocole à son égard, un rapport au Comité des droits de l'enfant contenant des renseignements détaillés sur les mesures qu'il a prises pour donner effet aux dispositions du Protocole.

2. Après la présentation de son rapport détaillé, chaque État Partie inclut dans les rapports qu'il présente au Comité des droits de l'enfant, conformément à l'article 44 de la Convention, tout



complément d'information concernant l'application du présent Protocole. Les autres États Parties au Protocole présentent un rapport tous les cinq ans.

3. Le Comité des droits de l'enfant peut demander aux États Parties un complément d'information concernant l'application du présent Protocole.

#### **Article 13**

1. Le présent Protocole est ouvert à la signature de tout État qui est Partie à la Convention ou qui l'a signée.

2. Le présent Protocole est soumis à la ratification et est ouvert à l'adhésion de tout État qui est Partie à la Convention ou qui l'a signée. Les instruments de ratification ou d'adhésion seront déposés auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

#### **Article 14**

1. Le présent Protocole entrera en vigueur trois mois après la date du dépôt du dixième instrument de ratification ou d'adhésion.

2. Pour chacun des États qui ratifieront le présent Protocole ou y adhéreront après son entrée en vigueur, le Protocole entrera en vigueur un mois après la date du dépôt par cet État de son instrument de ratification ou d'adhésion.

#### **Article 15**

1. Tout État Partie peut, à tout moment, dénoncer le présent Protocole par notification écrite adressée au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, qui en informe les autres États Parties à la Convention et tous les États qui l'ont signée. La dénonciation prend effet un an après la date à laquelle la notification a été reçue par le Secrétaire général.

2. La dénonciation ne dégage pas l'État Partie qui en est l'auteur des obligations que lui impose le Protocole au regard de toute infraction survenue avant la date à laquelle la dénonciation prend effet, pas plus qu'elle n'entrave en aucune manière la poursuite de l'examen de toute question dont le Comité des droits de l'enfant serait déjà saisi avant cette date.

#### **Article 16**

1. Tout État Partie peut proposer un amendement et en déposer le texte auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. Celui-ci communique alors la proposition d'amendement aux États Parties, en leur demandant de lui faire savoir s'ils sont favorables à la convocation d'une conférence des États Parties en vue de l'examen de la proposition et de sa mise aux voix. Si, dans les quatre mois qui suivent la date de cette communication, un tiers au moins des États Parties se prononcent en faveur de la convocation d'une telle conférence, le Secrétaire général convoque la conférence sous les auspices de l'Organisation des Nations Unies. Tout amendement adopté par la majorité des États Parties présents et votants à la conférence est soumis à l'Assemblée générale des Nations Unies pour approbation.

2. Tout amendement adopté conformément aux dispositions du paragraphe 1 du présent article entre en vigueur lorsqu'il a été approuvé par l'Assemblée générale et accepté par une majorité des deux tiers des États Parties.

3. Lorsqu'un amendement entre en vigueur, il a force obligatoire pour les États Parties qui l'ont accepté, les autres États Parties demeurant liés par les dispositions du présent Protocole et par tous amendements antérieurs acceptés par eux.

#### **Article 17**

1. Le présent Protocole, dont les textes anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe font également foi, sera déposé aux archives de l'Organisation des Nations Unies.

2. Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies transmettra une copie certifiée conforme du présent Protocole à tous les États Parties à la Convention et à tous les États qui l'ont signée.

## Annexe 8

Loi du 24 juillet 1889

- Loi sur la protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés

### TITRE PREMIER

Chapitre premier. — De la déchéance de la puissance paternelle.

#### Article premier.

➤ Les père et mère et 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, 151, 346, 361, 372 à 387, 389, 390, 391, 397, 477 et 935 du code civil, à l'art. 3 du décret du 22 février 1851 et à l'art. 46 de la loi du 27 juillet 1872 : 1° S'ils sont condamnés par application du paragraphe 2 de l'art 334 du code pénal; 2° S'ils sont condamnés soit comme auteurs, co-auteurs ou complices d'un crime commis sur la personne d'un ou plusieurs de leurs enfants, soit comme co-auteurs ou complices d'un crime commis par un ou plusieurs de leurs enfants; 3° S'ils sont condamnés deux fois comme auteurs, co-auteurs 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.

➤

#### Art. 2.

— Peuvent être déclarés déchus des mêmes droits :

➤

➤ 1° Les père et mère condamnés aux **travaux forcés** à perpétuité ou à temps, ou à la **réclusion** comme auteurs, co-auteurs ou complices d'un crime autre que ceux prévus par les articles 86 à 101 du code pénal; 2° Les père et mère condamnés deux fois pour un des faits suivants : séquestration, suppression, exposition ou abandon d'enfants, ou pour vagabondage; 3° Les père et mère condamnés par application de l'article 2, paragraphe 2, de la **loi du 23 janvier 1873**, ou des articles 1,2 et 3 de la loi du 7 décembre 1874; 4° Les père et mère condamnés une première fois pour excitation habituelle de mineurs à la débauche; 5° Les père et mère dont les enfants ont été conduits dans une maison de correction, par application de l'article 66 du code pénal ; 6° En dehors de toute condamnation, les père et mère qui, par leur ivrognerie habituelle, leur inconduite notoire et scandaleuse ou par de mauvais traitements compromettent soit la santé, soit la sécurité, soit la moralité de leurs enfants.

➤

➤ **Art. 3.** — L'action en déchéance est intentée devant la chambre du Conseil du tribunal du domicile ou de la résidence du père ou de la mère, par un ou plusieurs parents du mineur au degré de cousin germain ou à un degré plus rapproché, ou par le ministère public.

➤

➤ **Art. 4.** — Le procureur de la République fait procéder à une enquête sommaire sur la situation de la famille du mineur et sur la moralité de ses parents connus, qui sont mis en demeure de présenter au tribunal les observations et oppositions qu'ils jugeront convenables. Le ministère public ou la partie intéressée introduit l'action en déchéance par un mémoire présenté au président du tribunal, énonçant les faits et accompagné des pièces justificatives. Ce mémoire est notifié aux père et mère ou ascendants dont la déchéance est demandée. Le président du tribunal commet un juge pour faire le rapport à jour indiqué. Il est procédé dans les formes prescrites par les articles 892 et 893 du code de procédure civile. Toutefois, la convocation du conseil de famille reste facultative pour le tribunal. La chambre du Conseil procède à l'examen de l'affaire sur le vu de la délibération du conseil de famille lorsqu'il a été convoqué, de l'avis du juge de paix du canton, après avoir appelé, s'il y a lieu, les parents ou autres personnes et entendu le ministère public dans ses réquisitions. Le jugement est prononcé en audience publique. Il peut être déclaré exécutoire nonobstant opposition ou appel.

➤

➤ **Art. 5.** — Pendant l'instance en déchéance, la Chambre du Conseil peut ordonner, relativement à la garde et à l'éducation des enfants, telles mesures provisoires qu'elle juge utiles. Les jugements sur cet objet sont exécutoires par provision.

➤

➤ **Art. 6.** — Les jugements par défaut prononçant la déchéance de la puissance paternelle peuvent être attaqués par la voie de l'opposition dans le délai de huit jours à partir de la notification à la personne et dans le délai d'un an à partir de la notification à domicile. Si, sur l'opposition, il intervient un second jugement par défaut, ce jugement ne peut être attaqué que par la voie de l'appel.

➤

➤ **Art. 7.** — L'appel des jugements appartient aux parties et au ministère public. Il doit être interjeté dans le délai de dix jours, à compter du jugement s'il est contradictoire, et, s'il est rendu par défaut, du jour où l'opposition n'est plus recevable.

➤

➤ **Art. 8.** — Tout individu déchus de la puissance paternelle est incapable d'être tuteur, subrogé-tuteur, curateur ou membre du Conseil de famille.

➤

➤ **Art. 9.** — Dans le cas de déchéance de plein droit encourue par le père, le ministère public ou les parents désignés à l'article 3 saisissent sans délai la juridiction compétente, qui décide si, dans l'intérêt de l'enfant, la mère exercera les droits de la puissance paternelle tels qu'ils sont définis par le Code civil. Dans ce cas, il est procédé comme à l'article 4. Les articles 5, 6 et 7 sont également applicables. Toutefois, lorsque les tribunaux répressifs prononceront les condamnations prévues aux articles 1 et 2, paragraphes 1, 2, 3 et 4, ils pourront statuer sur la déchéance de la puissance paternelle dans les

conditions établies par la présente loi. Dans le cas de déchéance facultative, le tribunal qui la prononce statue par le même jugement sur les droits de la mère à l'égard des enfants nés et à naître, sans préjudice, en ce qui concerne ces derniers, de toute mesure provisoire à demander à la Chambre du Conseil, dans les termes de l'article 5, pour la période premier âge. Si le père déchu de la puissance paternelle contracte un nouveau mariage, la nouvelle femme peut, en cas de survenance d'enfants, demander au tribunal l'attribution de la puissance paternelle sur ces enfants.

#### *Chapitre II. — De l'organisation de la tutelle en cas de déchéance de la puissance paternelle.*

**Art. 10.** — Si la mère est prédécédée, si elle a été déclarée déchue ou si l'exercice de la puissance paternelle ne lui est pas attribué, le tribunal décide la tutelle sera constituée dans les termes du droit commun, sans qu'il y ait, toutefois, obligation pour la personne désignée d'accepter cette charge. Les tuteurs institués en vertu de la présente loi remplissent leurs fonctions sans que leurs biens soient grevés de l'hypothèque légale du mineur. Toutefois, au cas où le mineur possède ou est appelé à recueillir des biens, le tribunal peut ordonner qu'une hypothèque générale ou spéciale soit constituée jusqu'à concurrence d'une somme déterminée.

**Art. 11.** — Si la tutelle n'a pas été constituée conformément à l'article précédent, elle est exercée par l'assistance publique, conformément aux lois des 15 pluviôse an XIII et 10 janvier 1849, ainsi qu'à l'article 24 de la présente loi. Les dépenses sont réglées conformément à la loi du 5 mai 1869. L'assistance publique peut, tout en gardant la tutelle, remettre les mineurs à d'autres établissements et même à des particuliers.

**Art. 12.** — Le tribunal, en prononçant sur la tutelle, fixe le montant de la pension qui devra être payée par les père et mère et ascendants auxquels des aliments peuvent être réclamés, ou déclare qu'à raison de l'indigence des parents il ne peut être exigé aucune pension.

**Art. 13.** — Pendant l'instance en déchéance, toute personne peut s'adresser au tribunal par voie de requête, afin d'obtenir que l'enfant lui soit confié. Elle doit déclarer qu'elle se soumet aux obligations prévues par le paragraphe 2 de l'article 364 du Code civil, au titre de la tutelle officieuse. Si le tribunal, après avoir recueilli tous les renseignements et pris, s'il y a lieu, l'avis du Conseil de famille, accueille la demande, les dispositions des articles 365 et 370 du même code sont applicables. En cas de décès du tuteur officieux avant la majorité du pupille, le tribunal est appelé à statuer de nouveau, conformément aux articles 11 et 12 de la présente loi. Lorsque l'enfant aura été placé par les administrations hospitalières ou par le directeur de l'Assistance publique de Paris chez un particulier, ce dernier peut, après trois ans, s'adresser au tribunal et demander que l'enfant lui soit confié dans les conditions prévues aux dispositions qui précèdent.

**Art. 14.** — En cas de déchéance de la puissance paternelle, les droits du père et, à défaut du père, les droits de la mère, quant au consentement au mariage, à l'adoption, à la tutelle officieuse et à l'émancipation, sont exercés par les mêmes personnes que si le père et la mère étaient décédés, sauf les cas où il aura été décidé autrement en vertu de la présente loi.

#### *Chapitre III. — De la restitution de la puissance paternelle.*

**Art. 15.** — Les père et mère frappés de déchéance dans les cas prévus par l'article 1er et par l'article 2, paragraphes 1, 2, 3 et 4, ne peuvent être admis à se faire restituer la puissance paternelle qu'après avoir obtenu leur réhabilitation. Dans les cas prévus aux paragraphes 5 et 6 de l'article 2, les père et mère frappés de la déchéance peuvent demander au tribunal que l'exercice de la puissance paternelle leur soit restitué. L'action ne peut être introduite que trois ans après le jour où le jugement qui a prononcé la déchéance est devenu irrévocable.

**Art. 16.** — La demande en restitution de la puissance paternelle introduite sur simple requête et instruite conformément aux dispositions des paragraphes 2 et suivants de l'article 4. L'avis du conseil de famille est obligatoire. La demande est notifiée au tuteur, qui peut présenter, dans l'intérêt de l'enfant, ou en son nom personnel, les observations et oppositions qu'il aurait à faire contre la demande. Les dispositions des articles 5, 6 et 7 sont également applicables à ces demandes. Le tribunal, en prononçant la restitution de la puissance paternelle, fixe, suivant les circonstances, l'indemnité due au tuteur, ou déclare qu'à raison de l'indigence des parents il ne sera alloué aucune indemnité. La demande qui aura été rejetée ne pourra être réintroduite, si ce n'est par la mère, après la dissolution du mariage.

#### *TITRE II. De la protection des mineurs placés avec ou sans l'intervention des parents.*

**Art. 17.** — Lorsque des administrations d'assistance publique, des associations de bienfaisance régulièrement autorisées à cet effet, des particuliers jouissant de leurs droits civils ont accepté la charge de mineurs de seize ans que des pères, mères ou des tuteurs autorisés par le conseil de famille leur ont confiés, le tribunal du domicile de ces pères, mères ou tuteurs peut, à la requête des parties intéressées agissant conjointement, décider qu'il y a lieu, dans l'intérêt de l'enfant, de déléguer à l'Assistance publique les droits de puissance paternelles abandonnés par les parents et de remettre l'exercice de ces droits à rétablissement ou au particulier gardien de l'enfant. Si des parents ayant conservé le droit de consentement au mariage d'un de leurs enfants refusent de consentir au mariage en vertu de l'article 148 du Code civil, l'Assistance publique peut les faire citer devant le tribunal, qui donne ou refuse le consentement, les parents entendus ou dûment appelés, dans la Chambre du Conseil.

**Art. 18.** — La requête est visée pour timbre et enregistrée gratis. Après avoir appelé les parents ou tuteur, en présence des particuliers ou des représentants réguliers de l'administration ou de l'établissement gardien de l'enfant, ainsi que du représentant de l'Assistance publique, le tribunal procède à l'examen de l'affaire en Chambre du Conseil, le ministère public entendu. Le jugement est prononcé en audience publique.

**Art. 19.** — Lorsque des administrations d'assistance publique, des associations de bienfaisance régulièrement autorisées à cet effet, des particuliers jouissant de leurs droits civils ont recueilli des enfants mineurs de seize ans sans l'intervention des père et mère ou tuteur, une déclaration doit être faite dans les trois jours au maire de la commune sur le territoire de laquelle l'enfant a été recueilli, et à Paris au commissaire de police, à peine d'une amende de cinq à quinze francs. En cas

de nouvelle **infraction** dans les douze mois, l'article 482 du Code pénal est applicable. Est également applicable aux cas prévus par la présente loi le dernier paragraphe de l'article 463 du même Code. Les maires et les commissaires de police doivent, dans le délai de quinzaine, transmettre ces déclarations au préfet, et dans le département de la Seine au préfet de police. Ces déclarations doivent être notifiées dans un nouveau délai de quinzaine aux parents de l'enfant.

- 
- **Art. 20.** — Si, dans les trois mois à dater de la déclaration, les père et mère ou tuteur n'ont point réclamé l'enfant, ceux qui l'ont recueilli peuvent adresser au président du tribunal de leur domicile une requête afin d'obtenir que, dans l'intérêt de l'enfant, l'exercice de tout ou partie des droits de la puissance paternelle leur soit confié. Le tribunal procède à l'examen de l'affaire en chambre du conseil, le ministère public entendu. Dans le cas où il ne confère au requérant qu'une partie des droits de la puissance paternelle, il déclare, par le même jugement, que les autres, ainsi que la puissance paternelle, sont dévolus à l'Assistance publique.
- 
- **Art. 21.** — Dans les cas visés par l'article 17 et l'article 19, les père, mère ou tuteur qui veulent obtenir que l'enfant leur soit rendu s'adressent au tribunal de la résidence de l'enfant, par voie de requête visée pour timbre et enregistrée gratis. Après avoir appelé celui auquel l'enfant a été confié et le représentant de l'Assistance publique, ainsi que toute personne qu'il juge utile, le tribunal procède à l'examen de l'affaire en chambre du Conseil, le ministère public entendu. Le jugement est prononcé en audience publique. Si le tribunal juge qu'il n'y a pas lieu de rendre l'enfant au père, mère ou tuteur, il peut, sur la réquisition du ministère public, prononcer la déchéance de la puissance paternelle ou maintenir à l'établissement ou au particulier gardien les droits qui lui ont été conférés en vertu des articles 17 ou 20. En cas de remise de l'enfant, il fixe l'indemnité due à celui qui en a eu la charge, ou déclare qu'à raison de l'indigence des parents il ne sera alloué aucune indemnité. La demande qui a été rejetée ne peut plus être renouvelée que trois ans après le jour où la décision de rejet est devenue irrévocable.
- 
- **Art. 22.** — Les enfants confiés à des particuliers ou à des associations de bienfaisance, dans les conditions de la présente loi, sont sous la surveillance de l'État, représenté par le préfet du département. Un règlement d'administration publique déterminera le mode de fonctionnement de cette surveillance, ainsi que de celle qui sera exercée par l'Assistance publique. Les infractions audit règlement seront punies d'une amende de vingt-cinq à mille francs. En cas de récidive, la peine d'emprisonnement de huit jours à un mois pourra être prononcée.
- 
- **Art. 23.** — Le préfet du département de la résidence de l'enfant confié à un particulier ou à une association de bienfaisance, dans les conditions de la présente loi, peut toujours se pourvoir devant le tribunal civil de cette résidence afin d'obtenir, dans l'intérêt de l'enfant, que le particulier ou l'association soit dessaisi de tout droit sur ce dernier et qu'il soit confié à l'Assistance publique. La requête du préfet est visée pour timbre et enregistrée gratis. Le tribunal statue, les parents entendus ou dûment appelés. La décision du tribunal peut être frappée d'appel, soit par le préfet, soit par l'association ou le particulier intéressé, soit par les parents. L'appel n'est pas suspensif. Les droits conférés au Préfet par le présent article appartiennent également à l'Assistance publique.
- 
- **Art. 24.** — Les représentants de l'Assistance publique pour l'exécution de la présente loi sont les inspecteurs départementaux des enfants assistés et, à Paris, le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique.
- 
- **Art. 25.** — Dans les départements où le Conseil général se sera engagé à assimiler, pour la dépense, les enfants faisant l'objet des deux titres de la présente loi aux enfants assistés, la subvention de l'État sera portée au cinquième des dépenses tant extérieures qu'intérieures des deux services, et le contingent des communes constituera pour celles-ci une dépense obligatoire conformément à l'article 136 de la loi du 5 avril 1884.
- 
- **Art. 26.** — La présente loi est applicable à l'Algérie ainsi qu'aux colonies de la Guadeloupe, de la Martinique et de la Réunion.
- 
- La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés sera exécutée comme loi de l'État.
- 
- Fait à Paris, le 24 juillet 1889.
- CARNOT
- Par le Président de la République Le Ministre de l'intérieur CONSTANS

## Annexe 9

JORF n°55 du 6 mars 2007

Texte n°7

LOI

**LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance (1)**

NOR: SANX0600056L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

## TITRE Ier : MISSIONS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

### Article 1

I. - Le chapitre II du titre Ier du livre Ier du code de l'action sociale et des familles est complété par deux articles L. 112-3 et L. 112-4 ainsi rédigés :

« Art. L. 112-3. - La protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs. Elle comporte à cet effet un ensemble d'interventions en faveur de ceux-ci et de leurs parents. Ces interventions peuvent également être destinées à des majeurs de moins de vingt et un ans connaissant des difficultés susceptibles de compromettre gravement leur équilibre. La protection de l'enfance a également pour but de prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et d'assurer leur prise en charge.

« Art. L. 112-4. - L'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant. »

II. - Après le 2° de l'article L. 123-1 du même code, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° Le service de protection maternelle et infantile mentionné à l'article L. 2112-1 du code de la santé publique. »

III. - L'article L. 2112-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, après les mots : « l'autorité », sont insérés les mots : « et la responsabilité » ;

2° Dans la première phrase du dernier alinéa, les mots : « placé sous la responsabilité d'un » sont remplacés par les mots : « dirigé par un ».

IV. - L'article L. 2112-2 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Le président du conseil général a pour mission d'organiser : » ;

2° Le 2° est ainsi rédigé :

« 2° Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle ; »

3° Dans le 4°, après les mots : « femmes enceintes », le mot : « et » est remplacé par les mots : « notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien systématique psychosocial réalisé au cours du quatrième mois de grossesse, et pour » ;

4° Après le 4°, il est inséré un 4° bis ainsi rédigé :

« 4° bis Des actions médico-sociales préventives et de suivi assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressées et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période post-natale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations ; »

5° Dans le dernier alinéa, le mot : « service » est remplacé par les mots : « conseil général », et les mots : « des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités » sont remplacés par les mots : « et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être » ;

6° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le service contribue également, à l'occasion des consultations et actions de prévention médico-sociale mentionnées aux 2° et 4°, aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Il oriente, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées. »

V. - L'article L. 541-1 du code de l'éducation est ainsi rédigé :

« Art. L. 541-1. - Au cours de leurs sixième, neuvième, douzième et quinzième années, tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite médicale au cours de laquelle un bilan de leur état de santé physique et psychologique est réalisé. Ces visites ne donnent pas lieu à contribution pécuniaire de la part des familles.

« Les parents ou tuteurs sont tenus, sur convocation administrative, de présenter les enfants à ces visites, sauf s'ils sont en mesure de fournir un certificat médical attestant que le bilan mentionné au premier alinéa a été assuré par un professionnel de santé de leur choix.

« A l'occasion de la visite de la sixième année, un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage est organisé. Les médecins de l'éducation nationale travaillent en lien avec l'équipe éducative, les professionnels de santé et les parents, afin que, pour chaque enfant, une prise en charge et un suivi adaptés soient réalisés suite à ces visites.

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

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

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

## **Article 2**

I. - Dans l'article L. 542-2 du code de l'éducation, les mots : « du deuxième » sont remplacés par les mots : « de l'avant-dernier ».

II. - Au début du premier alinéa de l'article L. 831-3 du même code, les mots : « Le deuxième » sont remplacés par les mots : « L'avant-dernier ».

## **Article 3**

Le titre II du livre II du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° L'article L. 221-1 est ainsi modifié :

a) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique tant aux mineurs et à leur famille ou à tout détenteur de l'autorité parentale, confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social, qu'aux mineurs émancipés et majeurs de moins de vingt et un ans confrontés à des difficultés familiales, sociales et éducatives susceptibles de compromettre gravement leur équilibre ; »

b) Dans le 5°, les mots : « des mauvais traitements » sont remplacés par les mots : « des situations de danger », et les mots : « des informations relatives aux mineurs maltraités et participer à la protection de ceux-ci » sont remplacés par les mots : « et la transmission, dans les conditions prévues à l'article L. 226-3, des informations préoccupantes relatives aux mineurs dont la santé, la sécurité, la moralité sont en danger ou risquent de l'être ou dont l'éducation ou le développement sont compromis ou risquent de l'être, et participer à leur protection » ;

c) Après le 5°, il est inséré un 6° ainsi rédigé :

« 6° Veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec d'autres personnes que ses parents soient maintenus, voire développés, dans son intérêt supérieur. » ;

2° L'intitulé du chapitre VI est ainsi rédigé : « Protection des mineurs en danger et recueil des informations préoccupantes » ;

3° Dans le premier alinéa de l'article L. 226-2, le mot : « maltraités » est remplacé par les mots : « en danger ou qui risquent de l'être » ;

4° L'article L. 226-6 est ainsi modifié :

a) Dans le premier alinéa et la première phrase du deuxième alinéa, le mot : « maltraités » est remplacé par les mots : « en danger » ;

b) La dernière phrase du deuxième alinéa est supprimée ;

c) Dans le troisième alinéa, les mots : « maltraitance envers les mineurs », « de maltraitance » et « , de dépistage et de prise en charge médico-sociale et judiciaire de la maltraitance » sont remplacés respectivement par les mots : « protection de l'enfance », « de mise en danger des mineurs » et « ainsi que de dépistage et de prise en charge

médico-sociale et judiciaire des mineurs en danger ».

#### **Article 4**

Le deuxième alinéa de l'article L. 132-6 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Les enfants qui ont été retirés de leur milieu familial par décision judiciaire durant une période d'au moins trente-six mois cumulés au cours des douze premières années de leur vie sont, sous réserve d'une décision contraire du juge aux affaires familiales, dispensés de droit de fournir cette aide. »

#### **Article 5**

L'article 367 du code civil est ainsi rédigé :

« Art. 367. - L'adopté doit des aliments à l'adoptant s'il est dans le besoin et, réciproquement, l'adoptant doit des aliments à l'adopté. Les père et mère de l'adopté ne sont tenus de lui fournir des aliments que s'il ne peut les obtenir de l'adoptant. L'obligation de fournir des aliments à ses père et mère cesse pour l'adopté dès lors qu'il a été admis en qualité de pupille de l'Etat ou pris en charge dans les délais prescrits à l'article L. 132-6 du code de l'action sociale et des familles. »

#### **Article 6**

L'article 99 de la loi n° 87-588 du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social est ainsi rédigé :

« Art. 99. - Est interdite l'installation, à moins de deux cents mètres d'un établissement d'enseignement, d'un établissement dont l'activité est la vente ou la mise à disposition du public d'objets à caractère pornographique. L'infraction au présent article est punie de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 EUR d'amende.

« Sont passibles des mêmes peines les personnes qui favorisent ou tolèrent l'accès d'un mineur à un établissement où s'exerce l'une des activités visées au premier alinéa.

« Pour cette infraction, les associations de parents d'élèves, de jeunesse et de défense de l'enfance en danger, régulièrement déclarées depuis au moins cinq ans à la date des faits, peuvent exercer les droits reconnus à la partie civile. »

#### **Article 7**

Le dernier alinéa de l'article 1er de la loi n° 2000-196 du 6 mars 2000 instituant un Défenseur des enfants est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les réclamations peuvent lui être présentées par des membres de la famille des mineurs, les services médicaux et sociaux ainsi que les associations reconnues d'utilité publique qui défendent les droits des enfants. En outre, le Défenseur des enfants peut se saisir des cas lui paraissant mettre en cause l'intérêt de l'enfant lorsqu'ils lui sont signalés par des personnes ou des associations n'entrant pas dans les catégories précitées.

« Les membres du Parlement peuvent saisir le Défenseur des enfants d'une question de sa compétence qui leur paraît mériter son intervention. Sur la demande d'une des six commissions permanentes de leur assemblée, le président du Sénat et le président de l'Assemblée nationale peuvent également transmettre au Défenseur des enfants toute pétition dont leur assemblée a été saisie. »

### **TITRE II : AUDITION DE L'ENFANT ET LIENS ENTRE PROTECTION SOCIALE ET PROTECTION JUDICIAIRE DE L'ENFANCE**

#### **Article 8**

La dernière phrase du premier alinéa de l'article 371-4 du code civil est ainsi rédigée :

« Seul l'intérêt de l'enfant peut faire obstacle à l'exercice de ce droit. »

#### **Article 9**

L'article 388-1 du code civil est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, après les mots : « entendu par le juge ou », sont insérés les mots : « , lorsque son intérêt le commande, par » ;



2° La première phrase du deuxième alinéa est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Cette audition est de droit lorsque le mineur en fait la demande. Lorsque le mineur refuse d'être entendu, le juge apprécie le bien-fondé de ce refus. » ;

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le juge s'assure que le mineur a été informé de son droit à être entendu et à être assisté par un avocat. »

#### **Article 10**

Après le 4° de l'article 776 du code de procédure pénale, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Aux présidents de conseils généraux saisis d'une demande d'agrément en vue d'adoption prévu à l'article L. 225-2 du code de l'action sociale et des familles. »

#### **Article 11**

Après le mot : « mineur », la fin du troisième alinéa du 1° de l'article L. 147-2 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigée : « et qu'il a atteint l'âge de discernement, par celui-ci avec l'accord de ses représentants légaux ; ».

#### **Article 12**

Le chapitre VI du titre II du livre II du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 226-2, il est inséré un article L. 226-2-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 226-2-1. - Sans préjudice des dispositions du II de l'article L. 226-4, les personnes qui mettent en oeuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ainsi que celles qui lui apportent leur concours transmettent sans délai au président du conseil général ou au responsable désigné par lui, conformément à l'article L. 226-3, toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être, au sens de l'article 375 du code civil. Lorsque cette information est couverte par le secret professionnel, sa transmission est assurée dans le respect de l'article L. 226-2-2 du présent code. Cette transmission a pour but de permettre d'évaluer la situation du mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier. Sauf intérêt contraire de l'enfant, le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale ou le tuteur sont préalablement informés de cette transmission, selon des modalités adaptées. » ;

2° L'article L. 226-3 est ainsi rédigé :

« Art. L. 226-3. - Le président du conseil général est chargé du recueil, du traitement et de l'évaluation, à tout moment et quelle qu'en soit l'origine, des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être. Le représentant de l'Etat et l'autorité judiciaire lui apportent leur concours.

« Des protocoles sont établis à cette fin entre le président du conseil général, le représentant de l'Etat dans le département, les partenaires institutionnels concernés et l'autorité judiciaire en vue de centraliser le recueil des informations préoccupantes au sein d'une cellule de recueil, de traitement et d'évaluation de ces informations.

« Après évaluation, les informations individuelles font, si nécessaire, l'objet d'un signalement à l'autorité judiciaire.

« Les services publics, ainsi que les établissements publics et privés susceptibles de connaître des situations de mineurs en danger ou qui risquent de l'être, participent au dispositif départemental. Le président du conseil général peut requérir la collaboration d'associations concourant à la protection de l'enfance.

« Les informations mentionnées au premier alinéa ne peuvent être collectées, conservées et utilisées que pour assurer les missions prévues au 5° de l'article L. 221-1. Elles sont transmises sous forme anonyme à l'observatoire départemental de la protection de l'enfance prévu à l'article L. 226-3-1 et à l'Observatoire national de l'enfance en danger prévu à l'article L. 226-6. La nature et les modalités de transmission de ces informations sont fixées par décret. » ;

3° L'article L. 226-4 est ainsi rédigé :

« Art. L. 226-4. - I. - Le président du conseil général avise sans délai le procureur de la République lorsqu'un mineur est en danger au sens de l'article 375 du code civil et :

« 1° Qu'il a déjà fait l'objet d'une ou plusieurs actions mentionnées aux articles L. 222-3 et L. 222-4-2 et au 1° de l'article L. 222-5, et que celles-ci n'ont pas permis de remédier à la situation ;



« 2° Que, bien que n'ayant fait l'objet d'aucune des actions mentionnées au 1°, celles-ci ne peuvent être mises en place en raison du refus de la famille d'accepter l'intervention du service de l'aide sociale à l'enfance ou de l'impossibilité dans laquelle elle se trouve de collaborer avec ce service.

« Il avise également sans délai le procureur de la République lorsqu'un mineur est présumé être en situation de danger au sens de l'article 375 du code civil mais qu'il est impossible d'évaluer cette situation.

« Le président du conseil général fait connaître au procureur de la République les actions déjà menées, le cas échéant, auprès du mineur et de la famille intéressés.

« Le procureur de la République informe dans les meilleurs délais le président du conseil général des suites qui ont été données à sa saisine.

« II. - Toute personne travaillant au sein des organismes mentionnés au quatrième alinéa de l'article L. 226-3 qui avise directement, du fait de la gravité de la situation, le procureur de la République de la situation d'un mineur en danger adresse une copie de cette transmission au président du conseil général. Lorsque le procureur a été avisé par une autre personne, il transmet au président du conseil général les informations qui sont nécessaires à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance confiée à ce dernier et il informe cette personne des suites réservées à son signalement, dans les conditions prévues aux articles 40-1 et 40-2 du code de procédure pénale. » ;

4° Dans le premier alinéa de l'article L. 226-5, après les mots : « activité professionnelle », sont insérés les mots : « ou d'un mandat électif ».

#### **Article 13**

Dans les deux ans suivant la promulgation de la présente loi, le Parlement est saisi par le Gouvernement d'un bilan de la mise en oeuvre de la cellule opérationnelle départementale qui devra établir l'impact du nouveau dispositif, son évaluation qualitative et quantitative, ainsi que les coûts de sa mise en oeuvre par les départements et les compensations versées par l'Etat.

#### **Article 14**

L'article 375 du code civil est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase du premier alinéa, après le mot : « éducation », sont insérés les mots : « ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social » ;

2° Après la première phrase du même alinéa, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Dans les cas où le ministère public a été avisé par le président du conseil général, il s'assure que la situation du mineur entre dans le champ d'application de l'article L. 226-4 du code de l'action sociale et des familles. » ;

3° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Cependant, lorsque les parents présentent des difficultés relationnelles et éducatives graves, sévères et chroniques, évaluées comme telles dans l'état actuel des connaissances, affectant durablement leurs compétences dans l'exercice de leur responsabilité parentale, une mesure d'accueil exercée par un service ou une institution peut être ordonnée pour une durée supérieure, afin de permettre à l'enfant de bénéficier d'une continuité relationnelle, affective et géographique dans son lieu de vie dès lors qu'il est adapté à ses besoins immédiats et à venir.

« Un rapport concernant la situation de l'enfant doit être transmis annuellement au juge des enfants. »

#### **Article 15**

Après l'article L. 226-2 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 226-2-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 226-2-2. - Par exception à l'article 226-13 du code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en oeuvre 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 oeuvre 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. 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. »

#### **Article 16**

Après l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 226-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 226-3-1. - Dans chaque département, un observatoire départemental de la protection de l'enfance, placé sous l'autorité du président du conseil général, a pour missions :

« 1° De recueillir, d'examiner et d'analyser les données relatives à l'enfance en danger dans le département, au regard notamment des informations anonymes transmises dans les conditions prévues à l'article L. 226-3. Ces données sont ensuite adressées par chaque département à l'Observatoire national de l'enfance en danger ;

« 2° D'être informé de toute évaluation des services et établissements intervenant dans le domaine de la protection de l'enfance et assurée en application de l'article L. 312-8 ;

« 3° De suivre la mise en oeuvre du schéma départemental prévu à l'article L. 312-5 en tant qu'il concerne les établissements et services mentionnés aux 1° et 4° du I de l'article L. 312-1, et de formuler des avis ;

« 4° De formuler des propositions et avis sur la mise en oeuvre de la politique de protection de l'enfance dans le département.

« L'observatoire départemental de la protection de l'enfance comprend notamment des représentants des services du conseil général, de l'autorité judiciaire dans le département et des autres services de l'Etat ainsi que des représentants de tout service et établissement dans ce département qui participe ou apporte son concours à la protection de l'enfance, et des représentants des associations concourant à la protection de l'enfance et de la famille.

« L'observatoire départemental de la protection de l'enfance établit des statistiques qui sont portées à la connaissance de l'assemblée départementale et transmises aux représentants de l'Etat et de l'autorité judiciaire. »

#### **Article 17**

I. - Le code civil est ainsi modifié :

1° Les cinq premiers alinéas de l'article 375-3 sont remplacés par six alinéas ainsi rédigés :

« Si la protection de l'enfant l'exige, le juge des enfants peut décider de le confier :

« 1° A l'autre parent ;

« 2° A un autre membre de la famille ou à un tiers digne de confiance ;

« 3° A un service départemental de l'aide sociale à l'enfance ;

« 4° A un service ou à un établissement habilité pour l'accueil de mineurs à la journée ou suivant toute autre modalité de prise en charge ;

« 5° A un service ou à un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé. » ;

2° Dans le premier alinéa de l'article 375-4, les références : « 2° et 3° » sont remplacées par les références : « 2°, 4° et 5° » ;

3° Dans le premier alinéa de l'article 375-9, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 5° ».

II. - Dans le 3° de l'article L. 222-5 et dans l'article L. 223-3 du code de l'action sociale et des familles, la référence : « 4° de l'article 375-3 » est remplacée par la référence : « 3° de l'article 375-3 ».

#### **Article 18**

Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° L'article L. 221-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'un enfant bénéficie d'une mesure prévue à l'article 375-2 ou aux 1°, 2°, 4° et 5° de l'article 375-3 du code civil, le président du conseil général organise, sans préjudice des prérogatives de l'autorité judiciaire, entre les services du département et les services chargés de l'exécution de la mesure, les modalités de coordination en amont, en cours et en fin de mesure, aux fins de garantir la continuité et la cohérence des actions menées. Le service qui a été chargé de l'exécution de la mesure transmet au président du conseil général un rapport circonstancié sur la situation et sur l'action ou les actions déjà menées. Il en avise, sauf en cas de danger pour l'enfant, le père, la mère, toute personne exerçant l'autorité parentale ou le tuteur. » ;

2° Le second alinéa de l'article L. 223-5 est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Le service élabore au moins une fois par an un rapport, établi après une évaluation pluridisciplinaire, sur la situation de tout enfant accueilli ou faisant l'objet d'une mesure éducative.

« Lorsque l'enfant est confié au service de l'aide sociale à l'enfance en application du 3° de l'article L. 222-5 du présent code et du 3° de l'article 375-3 du code civil, ce rapport est transmis à l'autorité judiciaire.

« Sans préjudice des dispositions relatives à la procédure d'assistance éducative, le contenu et les conclusions de ce rapport sont portés à la connaissance du père, de la mère, de toute autre personne exerçant l'autorité parentale, du tuteur et du mineur, en fonction de son âge et de sa maturité. »

### **TITRE III : DISPOSITIFS D'INTERVENTION DANS UN BUT DE PROTECTION DE L'ENFANCE**

#### **Article 19**

L'article L. 223-1 du code de l'action sociale et des familles est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Le deuxième alinéa s'applique en outre aux démarches du père, de la mère, de toute autre personne exerçant l'autorité parentale ou du tuteur, auprès des services et établissements accueillant les mineurs mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 222-5.

« L'attribution d'une ou plusieurs prestations prévues au présent titre est précédée d'une évaluation de la situation prenant en compte l'état du mineur, la situation de la famille et les aides auxquelles elle peut faire appel dans son environnement.

« Les services départementaux et les titulaires de l'autorité parentale établissent un document intitulé "projet pour l'enfant qui précise les actions qui seront menées auprès de l'enfant, des parents et de son environnement, le rôle des parents, les objectifs visés et les délais de leur mise en oeuvre. Il mentionne l'institution et la personne chargées d'assurer la cohérence et la continuité des interventions. Ce document est cosigné par le président du conseil général et les représentants légaux du mineur ainsi que par un responsable de chacun des organismes chargés de mettre en oeuvre les interventions. Il est porté à la connaissance du mineur et, pour l'application de l'article L. 223-3-1, transmis au juge.

« Sur la base des informations dont il dispose, le président du conseil général veille à assurer le suivi et, dans la mesure du possible, la continuité des interventions mises en oeuvre pour un enfant et sa famille au titre de la protection de l'enfance. »

#### **Article 20**

I. - Le chapitre II du titre II du livre II du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Après le deuxième alinéa de l'article L. 222-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« - un accompagnement en économie sociale et familiale ; »

2° Le second alinéa de l'article L. 222-4 est ainsi rédigé :

« Lorsqu'un délégué aux prestations familiales a été nommé, il reçoit de plein droit les allocations mensuelles d'aide à domicile. »

II. - Après la section 2 du chapitre Ier du titre IX du livre Ier du code civil, il est inséré une section 2-1 ainsi rédigée :

« Section 2-1

« Mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial

« Art. 375-9-1. - Lorsque les prestations familiales ne sont pas employées pour les besoins liés au logement, à l'entretien, à la santé et à l'éducation des enfants et que l'accompagnement en économie sociale et familiale prévu à l'article L. 222-3 du code de l'action sociale et des familles n'apparaît pas suffisant, le juge des enfants peut ordonner qu'elles soient, en tout ou partie, versées à une personne physique ou morale qualifiée, dite "délégué aux prestations familiales ».

« Ce délégué prend toutes décisions, en s'efforçant de recueillir l'adhésion des bénéficiaires des prestations familiales et de répondre aux besoins liés à l'entretien, à la santé et à l'éducation des enfants ; il exerce auprès de la famille une action éducative visant à rétablir les conditions d'une gestion autonome des prestations.

« La liste des personnes habilitées à saisir le juge aux fins d'ordonner cette mesure d'aide est fixée par décret.

« La décision fixe la durée de la mesure. Celle-ci ne peut excéder deux ans. Elle peut être renouvelée par décision motivée.

« Les dispositions prévues au présent article ne sont pas applicables à la prime forfaitaire prévue au 8° de l'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale. »

III. - Les articles L. 552-6 et L. 755-4 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :

« Art. L. 552-6. - Dans le cadre de la mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial prévue à l'article 375-9-1 du code civil, le juge peut décider qu'une personne qualifiée, dite "délégué aux prestations familiales, perçoit tout ou partie des prestations familiales dues au bénéficiaire de la mesure.

« La charge des frais de la mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial incombe à l'organisme débiteur des prestations familiales dues à la famille. »

« Art. L. 755-4. - Dans le cadre de la mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial prévue à l'article 375-9-1 du code civil, le juge peut décider qu'une personne qualifiée, dite "délégué aux prestations familiales, perçoit tout ou partie des prestations familiales dues au bénéficiaire de la mesure.

« La charge des frais de la mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial incombe à l'organisme débiteur des prestations familiales dues à la famille. »

IV. - Le 1° de l'article L. 167-3 du même code est abrogé.

#### **Article 21**

Dans le 3° de l'article L. 222-4-1 du code de l'action sociale et des familles, la référence : « L. 552-6 du code de la sécurité sociale » est remplacée par la référence : « 375-9-1 du code civil ».

#### **Article 22**

I. - Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 222-4-1, il est inséré un article L. 222-4-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 222-4-2. - Sur décision du président du conseil général, le service de l'aide à l'enfance et les services habilités accueillent tout mineur, pendant tout ou partie de la journée, dans un lieu situé, si possible, à proximité de son domicile, afin de lui apporter un soutien éducatif, ainsi qu'un accompagnement à sa famille dans l'exercice de sa fonction parentale. » ;

2° L'article L. 222-5 est ainsi modifié :

a) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° 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 tel que prévu au 12° du I de l'article L. 312-1 ; »

b) Le 4° est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces dispositions ne font pas obstacle à ce que les établissements ou services qui accueillent ces femmes organisent des dispositifs visant à préserver ou à restaurer des relations avec le père de l'enfant, lorsque celles-ci sont conformes à l'intérêt de celui-ci. » ;

3° Le deuxième alinéa de l'article L. 223-2 est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« En cas d'urgence et lorsque le représentant légal du mineur est dans l'impossibilité de donner son accord, l'enfant est recueilli provisoirement par le service qui en avise immédiatement le procureur de la République.

« Si le représentant légal est en mesure de donner son accord mais le refuse, le service saisit l'autorité judiciaire en vue de l'application de l'article 375-5 du code civil.

« Si, dans le cas prévu au deuxième alinéa du présent article, l'enfant n'a pas pu être remis à sa famille ou le représentant légal n'a pas pu ou a refusé de donner son accord dans un délai de cinq jours, le service saisit également l'autorité judiciaire en vue de l'application de l'article 375-5 du code civil.

« En cas de danger immédiat ou de suspicion de danger immédiat concernant un mineur ayant abandonné le domicile familial, le service peut, dans le cadre des actions de prévention, pendant une durée maximale de soixante-douze heures, accueillir le mineur, sous réserve d'en informer sans délai les parents, toute autre personne

exerçant l'autorité parentale ou le tuteur, ainsi que le procureur de la République. Si au terme de ce délai le retour de l'enfant dans sa famille n'a pas pu être organisé, une procédure d'admission à l'aide sociale à l'enfance ou, à défaut d'accord des parents ou du représentant légal, une saisine de l'autorité judiciaire est engagée. » ;

4° Après l'article L. 223-3, il est inséré un article L. 223-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 223-3-1. - Si l'enfant est confié au service départemental de l'aide sociale à l'enfance en application du 3° de l'article 375-3 du code civil, le juge fixe la nature et la fréquence des droits de visite et d'hébergement des parents et peut décider que leurs conditions d'exercice sont déterminées conjointement entre le service et les parents dans le cadre du document prévu à l'article L. 223-1 du présent code. Ce document lui est adressé. Il est saisi de tout désaccord. »

II. - Le code civil est ainsi modifié :

1° Après le deuxième alinéa de l'article 373-2-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la continuité et l'effectivité des liens de l'enfant avec ce parent l'exigent, le juge aux affaires familiales peut organiser le droit de visite dans un espace de rencontre désigné à cet effet. » ;

2° L'article 373-2-9 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la résidence de l'enfant est fixée au domicile de l'un des parents, le juge aux affaires familiales statue sur les modalités du droit de visite de l'autre parent. Ce droit de visite, lorsque l'intérêt de l'enfant le commande, peut être exercé dans un espace de rencontre désigné par le juge. » ;

3° Après le premier alinéa de l'article 375-2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'il confie un mineur à un service mentionné au premier alinéa, il peut autoriser ce dernier à lui assurer un hébergement exceptionnel ou périodique à condition que ce service soit spécifiquement habilité à cet effet. Chaque fois qu'il héberge le mineur en vertu de cette autorisation, le service en informe sans délai ses parents ou ses représentants légaux ainsi que le juge des enfants et le président du conseil général. Le juge est saisi de tout désaccord concernant cet hébergement. » ;

4° Dans la première phrase du dernier alinéa de l'article 375-3, après les mots : « jugement de divorce rendu entre les père et mère », sont insérés les mots : « ou lorsqu'une requête en vue de statuer sur la résidence et les droits de visite afférents à un enfant a été présentée ou une décision rendue entre les père et mère, » ;

5° Dans la première phrase du second alinéa de l'article 375-4, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième » ;

6° Le second alinéa de l'article 375-5 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Si la situation de l'enfant le permet, le procureur de la République fixe la nature et la fréquence du droit de correspondance, de visite et d'hébergement des parents, sauf à les réserver si l'intérêt de l'enfant l'exige. » ;

7° L'article 375-7 est ainsi rédigé :

« Art. 375-7. - Les père et mère de l'enfant bénéficiant d'une mesure d'assistance éducative continuent à exercer tous les attributs de l'autorité parentale qui ne sont pas inconciliables avec cette mesure. Ils ne peuvent, pendant la durée de cette mesure, émanciper l'enfant sans autorisation du juge des enfants.

« Sans préjudice de l'article 373-4 et des dispositions particulières autorisant un tiers à accomplir un acte non usuel sans l'accord des détenteurs de l'autorité parentale, le juge des enfants peut exceptionnellement, dans tous les cas où l'intérêt de l'enfant le justifie, autoriser la personne, le service ou l'établissement à qui est confié l'enfant à exercer un acte relevant de l'autorité parentale en cas de refus abusif ou injustifié ou en cas de négligence des détenteurs de l'autorité parentale, à charge pour le demandeur de rapporter la preuve de la nécessité de cette mesure.

« Le lieu d'accueil de l'enfant doit être recherché dans l'intérêt de celui-ci et afin de faciliter l'exercice du droit de visite et d'hébergement par le ou les parents et le maintien de ses liens avec ses frères et sœurs en application de l'article 371-5.

« S'il a été nécessaire de confier l'enfant à une personne ou un établissement, ses parents conservent un droit de correspondance ainsi qu'un droit de visite et d'hébergement. Le juge en fixe les modalités et peut, si l'intérêt de l'enfant l'exige, décider que l'exercice de ces droits, ou de l'un d'eux, est provisoirement suspendu. Il peut également décider que le droit de visite du ou des parents ne peut être exercé qu'en présence d'un tiers désigné par l'établissement ou le service à qui l'enfant est confié.

« Si la situation de l'enfant le permet, le juge fixe la nature et la fréquence des droits de visite et d'hébergement et peut décider que leurs conditions d'exercice sont déterminées conjointement entre les titulaires de l'autorité parentale et la personne, le service ou l'établissement à qui l'enfant est confié, dans un document qui lui est alors transmis. Il est saisi en cas de désaccord.

« Le juge peut décider des modalités de l'accueil de l'enfant en considération de l'intérêt de celui-ci. Si l'intérêt de l'enfant le nécessite ou en cas de danger, le juge décide de l'anonymat du lieu d'accueil. »

#### **Article 23**

Après le deuxième alinéa du II de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements et services mentionnés au 1° du même I s'organisent de manière à garantir la sécurité de chacun des mineurs ou des majeurs de moins de vingt et un ans qui y sont accueillis. »

#### **Article 24**

I. - L'intitulé du titre VII du livre VII du code du travail est ainsi rédigé : « Concierges et employés d'immeubles à usage d'habitation, employés de maison, assistants maternels et assistants familiaux, éducateurs et aides familiaux, personnels pédagogiques occasionnels des accueils collectifs de mineurs, permanents des lieux de vie ».

II. - L'intitulé du chapitre IV du même titre VII est complété par les mots : « , permanents des lieux de vie ».

III. - Après l'article L. 774-2 du même code, il est inséré un article L. 774-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 774-3. - Les lieux de vie et d'accueil, autorisés en application de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles, sont gérés par des personnes physiques ou morales.

« Dans le cadre de leur mission, les permanents responsables de la prise en charge exercent, sur le site du lieu de vie, un accompagnement continu et quotidien des personnes accueillies.

« Les assistants permanents, qui peuvent être employés par la personne physique ou morale gestionnaire du lieu de vie, suppléent ou remplacent les permanents responsables.

« Les permanents responsables et les assistants permanents ne sont pas soumis aux chapitres II et III du titre Ier du livre II du présent code, ni aux chapitres préliminaire et Ier du titre II du même livre.

« Leur durée de travail est de deux cent cinquante-huit jours par an.

« Les modalités de suivi de l'organisation du travail des salariés concernés sont définies par décret.

« L'employeur doit tenir à la disposition de l'inspecteur du travail, pendant une durée de trois ans, le ou les documents existants permettant de comptabiliser le nombre de jours de travail effectués par les permanents responsables et les assistants permanents. Lorsque le nombre de jours travaillés dépasse deux cent cinquante-huit jours, après déduction, le cas échéant, du nombre de jours affectés sur un compte épargne-temps et des congés reportés dans les conditions prévues à l'article L. 223-9, le salarié doit bénéficier, au cours des trois premiers mois de l'année suivante, d'un nombre de jours égal à ce dépassement. Ce nombre de jours réduit le plafond annuel légal de l'année durant laquelle ils sont pris. »

#### **Article 25**

I. - L'article L. 542-1 du code de l'éducation est ainsi rédigé :

« Art. L. 542-1. - Les médecins, l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux, les travailleurs sociaux, les magistrats, les personnels enseignants, les personnels d'animation sportive, culturelle et de loisirs et les personnels de la police nationale, des polices municipales et de la gendarmerie nationale reçoivent une formation initiale et continue, en partie commune aux différentes professions et institutions, dans le domaine de la protection de l'enfance en danger. Cette formation est dispensée dans des conditions fixées par voie réglementaire. »

II. - L'article L. 226-12 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 226-12. - Les règles relatives à la formation sur la protection de l'enfance sont fixées par les dispositions de l'article L. 542-1 du code de l'éducation. »

III. - Après l'article L. 226-12 du même code, il est inséré un article L. 226-12-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 226-12-1. - Les cadres territoriaux qui, par délégation du président du conseil général, prennent des décisions relatives à la protection de l'enfance et fixent les modalités de leur mise en oeuvre doivent avoir suivi une formation adaptée à l'exercice de ces missions. Cette formation, en partie commune aux différentes professions et institutions, est dispensée dans des conditions fixées par voie réglementaire. »

#### **Article 26**

L'article L. 112-1 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le Gouvernement présente tous les trois ans au Parlement le rapport prévu à l'article 44 (b) de la convention relative aux droits de l'enfant signée à New York le 26 janvier 1990. »

#### **Article 27**

I. - Il est créé un Fonds national de financement de la protection de l'enfance au sein de la Caisse nationale des allocations familiales. Son objet est de compenser les charges résultant pour les départements de la mise en oeuvre de la présente loi selon des critères nationaux et des modalités fixés par décret et de favoriser des actions entrant dans le cadre de la réforme de la protection de l'enfance et définies par voie conventionnelle entre le fonds et ses bénéficiaires.

II. - Les ressources du fonds sont constituées par :

- un versement de la Caisse nationale des allocations familiales, dont le montant est arrêté en loi de financement de la sécurité sociale ;

- un versement annuel de l'Etat, dont le montant est arrêté en loi de finances.

III. - Le fonds est administré par un comité de gestion associant des représentants de la Caisse nationale des allocations familiales, des représentants des départements et de l'Etat, selon des modalités fixées par décret. Par une délibération annuelle, il se prononce sur l'opportunité de moduler les critères de répartition du fonds définis au I.

IV. - Par exception au II, le versement de la Caisse nationale des allocations familiales pour l'année 2007 est fixé à 30 millions d'euros.

#### **Article 28**

Le livre IV du code de l'action sociale et des familles est complété par un titre VI ainsi rédigé :

« TITRE VI

« RECONNAISSANCE DES QUALIFICATIONS

PROFESSIONNELLES

« Art. L. 461-1. - Les conditions et modalités de reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen souhaitant accéder à des activités professionnelles dans le champ couvert par une des conventions collectives mentionnées au premier alinéa de l'article L. 314-6 qui prévoient la détention d'un diplôme de travail social créé en vertu de l'article L. 451-1 sont fixées aux articles L. 461-2 à L. 461-4.

« Art. L. 461-2. - Pour bénéficier de la reconnaissance de leurs qualifications professionnelles, les candidats visés à l'article L. 461-1 doivent justifier :

« 1° D'un diplôme, certificat ou titre permettant l'exercice d'activités professionnelles similaires faisant l'objet d'une réglementation dans l'Etat membre ou autre Etat partie d'origine ou de provenance, et de niveau équivalent ou immédiatement inférieur, au regard des articles 11 et 13 de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil, du 7 septembre 2005, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, à celui prévu par la convention collective, délivré :

« a) Soit par l'autorité compétente de cet Etat et sanctionnant une formation acquise de façon prépondérante dans la Communauté européenne ou l'Espace économique européen ;

« b) Soit par un pays tiers, à condition que l'autorité compétente de l'Etat membre ou autre Etat partie qui a reconnu le diplôme, certificat ou autre titre atteste que son titulaire a une expérience professionnelle de trois ans au moins dans cet Etat ;

« 2° Ou d'un diplôme, certification ou titre et de l'exercice à plein temps d'activités professionnelles similaires pendant deux ans au moins au cours des dix années précédentes dans un Etat membre ou autre Etat partie d'origine ou de provenance qui ne réglemente pas l'accès ou l'exercice d'activités similaires.

« Toutefois, cette condition d'une expérience professionnelle de deux ans n'est pas exigée lorsque le ou les titres de formation détenus par les demandeurs sanctionnent une formation réglementée par l'Etat membre d'origine.

« Art. L. 461-3. - Lorsque la formation du demandeur est inférieure d'au moins un an à celle prévue par la convention collective ou lorsque cette formation porte sur des matières substantiellement différentes, en termes de durée ou de contenu, de celles qui figurent au programme du diplôme français et dont la connaissance est essentielle à l'exercice des activités professionnelles concernées, sauf notamment si les connaissances qu'il a acquises au cours de son expérience professionnelle sont de nature à rendre cette vérification inutile, le demandeur choisit soit de se soumettre à une épreuve d'aptitude, soit d'accomplir un stage d'adaptation dont la durée ne peut excéder trois ans.

« Art. L. 461-4. - La décision de reconnaissance des qualifications professionnelles du demandeur est motivée. Elle doit intervenir au plus tard dans un délai de quatre mois à compter de la date du récépissé, qui est délivré à réception du dossier complet. »

#### **Article 29**

Le cinquième alinéa de l'article 227-23 du code pénal est ainsi rédigé :

« Le fait de consulter habituellement un service de communication au public en ligne mettant à disposition une telle image ou représentation ou de détenir une telle image ou représentation par quelque moyen que ce soit est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 EUR d'amende. »

#### **Article 30**

I. - Le premier alinéa de l'article L. 122-26 du code du travail est ainsi modifié :

1° Après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« La salariée peut réduire, à sa demande et sous réserve d'un avis favorable du professionnel de santé qui suit la grossesse, la période de suspension du contrat de travail qui commence avant la date présumée de l'accouchement d'une durée maximale de trois semaines, la période postérieure à la date présumée de l'accouchement étant alors augmentée d'autant. » ;

2° Avant la dernière phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« La salariée peut réduire, à sa demande et sous réserve d'un avis favorable du professionnel de santé qui suit la grossesse, la période de suspension du contrat de travail qui commence avant la date présumée de l'accouchement d'une durée maximale de trois semaines, la période postérieure à la date présumée de l'accouchement étant alors augmentée d'autant. »

II. - Après le premier alinéa du même article L. 122-26, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la salariée a fait usage de son droit de reporter après la naissance de l'enfant une partie du congé auquel elle peut prétendre en application du premier alinéa et qu'elle se voit prescrire un arrêt de travail pendant la période antérieure à la date présumée d'accouchement dont elle a demandé le report, celui-ci est annulé et la période de suspension du contrat de travail est décomptée à partir du premier jour de l'arrêt de travail. La période initialement reportée est réduite d'autant. »

III. - Après l'article L. 331-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 331-4-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 331-4-1. - Par dérogation aux articles L. 331-3 et L. 331-4, la durée de la période de versement de l'indemnité journalière à laquelle l'assurée a droit avant la date présumée de l'accouchement peut être réduite à sa demande, sur prescription médicale, dans la limite de trois semaines. La durée de la période de versement postérieure à l'accouchement est augmentée d'autant.

« Toutefois, en cas de prescription d'un arrêt de travail pendant la période antérieure à la date présumée de l'accouchement dont l'assurée a demandé le report, celui-ci est annulé et l'indemnité journalière de repos est versée à compter du premier jour de l'arrêt de travail jusqu'à la date de l'accouchement. La période initialement reportée est alors réduite d'autant. »

#### **Article 31**

Après les mots : « d'une commission », la fin du premier alinéa de l'article L. 211-7 du code du travail est ainsi rédigée : « dont la composition et le mode de fonctionnement sont déterminés par décret en Conseil d'Etat. ».

### **TITRE IV : DISPOSITIONS RELATIVES À L'ÉDUCATION**

#### **Article 32**



Le quatrième alinéa de l'article L. 131-10 du code de l'éducation est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il vérifie notamment que l'instruction dispensée au même domicile l'est pour les enfants d'une seule famille. »

#### **Article 33**

Le premier alinéa de l'article L. 444-5 du code de l'éducation est complété par les mots : « définies par décret ».

#### **Article 34**

L'article L. 444-6 du code de l'éducation est complété par un d ainsi rédigé :

« d) Ceux qui ont été condamnés à une peine d'au moins deux mois d'emprisonnement sans sursis pour les délits prévus à l'article 223-15-2 du code pénal. »

#### **Article 35**

Le titre IV du livre IV du code de l'éducation est complété par un chapitre V ainsi rédigé :

« Chapitre V

« Les organismes de soutien scolaire

« Art. L. 445-1. - Sont incapables d'exercer une fonction quelconque de direction ou d'enseignement dans un organisme de soutien scolaire :

« a) Ceux qui ont subi une condamnation judiciaire pour crime ou délit contraire à la probité et aux moeurs ;

« b) Ceux qui ont été privés par jugement de tout ou partie des droits civils, civiques et de famille mentionnés à l'article 131-26 du code pénal, ou qui ont été déchus de l'autorité parentale ;

« c) Ceux qui ont été frappés d'interdiction absolue d'enseigner ;

« d) Ceux qui ont été condamnés à une peine d'au moins deux mois d'emprisonnement sans sursis pour les délits prévus à l'article 223-15-2 du code pénal. »

### **TITRE V : PROTECTION DES ENFANTS CONTRE LES DÉRIVES SECTAIRES**

#### **Article 36**

Avant l'article 433-19 du code pénal, il est inséré un article 433-18-1 ainsi rédigé :

« Art. 433-18-1. - Le fait, pour une personne ayant assisté à un accouchement, de ne pas faire la déclaration prescrite par l'article 56 du code civil dans les délais fixés par l'article 55 du même code est puni de six mois d'emprisonnement et de 3 750 EUR d'amende. »

#### **Article 37**

I. - Après le mot : « tutelle », la fin de l'article L. 3116-4 du code de la santé publique est ainsi rédigée : « aux obligations de vaccination prévues aux articles L. 3111-2, L. 3111-3 et L. 3112-1 ou la volonté d'en entraver l'exécution sont punis de six mois d'emprisonnement et de 3 750 EUR d'amende. »

II. - Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 3111-2 du même code, après les mots : « sont obligatoires », sont insérés les mots : « , sauf contre-indication médicale reconnue ».

#### **Article 38**

Après les mots : « qui participent à ces activités », la fin du premier alinéa de l'article 19 de la loi n° 2001-504 du 12 juin 2001 tendant à renforcer la prévention et la répression des mouvements sectaires portant atteinte aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales est ainsi rédigée : « lorsque a été prononcée au moins une fois, contre la personne morale elle-même ou ses dirigeants de droit ou de fait, une condamnation pénale définitive pour l'une ou l'autre des infractions mentionnées ci-après : ».

#### Article 39

L'article 44 de la loi du 22 mars 1924 ayant pour objet la réalisation d'économies, la création de nouvelles ressources fiscales et diverses mesures d'ordre financier est abrogé.

#### Article 40

I. - Le Gouvernement est autorisé, dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, à prendre par ordonnance les mesures nécessaires pour adapter les dispositions de la présente loi en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie, dans les îles Wallis et Futuna et à Mayotte.

Le projet d'ordonnance est, selon les cas, soumis pour avis :

- pour la Polynésie française ou la Nouvelle-Calédonie, aux institutions compétentes prévues respectivement par la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française et la loi organique n° 99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie ;

- pour les îles Wallis et Futuna, à l'assemblée territoriale des îles Wallis et Futuna ;

- pour Mayotte, au conseil général de Mayotte, dans les conditions prévues à l'article L. 3551-12 du code général des collectivités territoriales.

II. - L'ordonnance est prise au plus tard le dernier jour du dix-huitième mois suivant la publication de la présente loi.

III. - Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans les vingt-quatre mois suivant la publication de la présente loi.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 5 mars 2007.

## Annexe 10

### Loi du 19 avril 1898

#### Loi sur la répression des violences, voies de faits, actes de cruauté et attentats commis envers les enfants.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté, Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

#### Article premier.

Les dispositions suivantes sont ajoutées à l'article 312 du Code pénal : Quiconque aura volontairement fait des blessures ou porté des coups à un enfant au-dessous de l'âge de 15 ans accomplis, ou qui l'aura volontairement privé d'aliments ou de soins au point de compromettre sa santé, sera puni d'un emprisonnement de un an à trois ans et d'une amende de seize à mille francs (10 à 1.000 fr.). S'il est résulté des blessures, des coups ou de la privation d'aliments ou de soins une maladie ou incapacité de travail déplus de vingt jours, ou s'il y a eu préméditation ou guet-apens, la peine sera de deux à cinq ans d'emprisonnement et de seize à deux mille francs (10 à 2.000 fr.) d'amende et le coupable pourra être privé des droits mentionnés en l'article 42 du présent Code pendant cinq ans au moins et dix ans au plus à compter du jour où il aura subi sa peine. Si les coupables sont les père et mère légitimes, naturels ou adoptifs ou autres ascendants légitimes ou toutes autres personnes ayant autorité sur l'enfant ou ayant sa garde, les peines seront celles portées au paragraphe précédent, s'il n'y a eu ni maladie ou incapacité de travail de plus de vingt jours ni préméditation ou guet-apens, et celle de la **réclusion** dans le cas contraire. Si les blessures, les coups ou la privation d'aliments ou de soins ont été suivis de mutilation, d'amputation ou de privation de l'usage d'un membre, de cécité, perte d'un œil ou autres infirmités permanentes, ou, s'ils ont occasionné la mort sans intention de la donner, la peine sera celle des **travaux forcés** à temps, et si les coupables sont les personnes désignées dans le paragraphe précédent, celle des travaux forcés à perpétuité. Si des sévices ont été habituellement pratiqués avec intention de provoquer la mort, les auteurs seront punis comme coupables d'assassinat ou de tentative de ce crime.

**Art. 2.** Les articles 349, 350, 351, 352 et 353 du Code pénal sont modifiés ainsi qu'il suit : « Art. 349. Ceux qui auront exposé ou fait exposer, délaissé ou fait délaissé, en un lieu solitaire, un enfant ou un incapable, hors d'état de se protéger eux-mêmes, à raison de leur état physique ou mental, seront, pour ce seul fait, condamnés à un emprisonnement de un an à trois ans et à une amende de seize à mille francs (16 à 1.000 fr.) » « Art. 350. La peine portée au précédent article sera de deux ans à cinq ans et l'amende de cinquante à deux mille francs (50 à 2.000 fr.) contre les ascendants ou toutes autres personnes ayant autorité sur l'enfant ou l'incapable, ou en ayant la garde, » « Art. 351. S'il est résulté de l'exposition ou du délaissement une maladie ou incapacité de plus de vingt jours, le maximum de la peine sera appliqué. » « Si l'enfant ou l'incapable est demeuré mutilé ou estropié, ou s'il est resté atteint d'une infirmité permanente, les coupables subiront la peine de la réclusion. » « Si les coupables sont les personnes mentionnées à l'article 350, la peine sera celle de la réclusion dans le cas prévu au paragraphe 1er du présent article, et celle des travaux forcés à temps au cas prévu par le paragraphe 2 ci-dessus du dit article. » « Lorsque l'exposition ou le délaissement dans un lieu solitaire aura occasionné la mort, l'action sera considérée comme meurtre. » « Art. 352. Ceux qui auront exposé ou fait exposer, délaissé ou fait délaissé en un lieu non solitaire, un enfant ou un incapable hors d'état de se protéger eux-mêmes, à raison de leur état physique ou mental, seront, pour ce seul fait, condamnés à un emprisonnement de trois mois à un an et à une amende de seize à mille francs (16 à 1.000 fr.) » « Si les coupables sont les personnes mentionnées à l'article 350,

la peine sera de six mois à deux ans d'emprisonnement et de vingt-cinq à deux cents francs (25 à 200 fr.) d'amende.« Art. 353. S'il est résulté de l'exposition ou du délaissement une maladie ou incapacité de plus de vingt jours ou une des infirmités prévues par l'article 309, § 3, les coupables subiront un emprisonnement de un an à cinq ans et une amende de seize à deux mille francs (16 à 2.000 fr.).« Si la mort a été occasionnée sans intention de la donner, la peine sera celle des travaux forcés à temps.« Si les coupables sont les personnes mentionnées à l'article 350, la peine sera, dans le premier cas, celle de la réclusion, et dans le second, celle des travaux forcés à perpétuité ».

**Art. 3.** L'article 2 de la loi du 7 décembre 1874 est modifié comme il suit :« Art. 2. Les père, mère, tuteur ou patron et généralement toutes personnes ayant autorité sur un enfant ou en ayant la garde, qui auront livré, soit gratuitement, soit à prix d'argent, leurs enfants, pupilles ou apprentis âgés de moins de 16 ans aux individus exerçant les professions ci-dessus spécifiées **1** ou qui les auront placés sous la conduite de vagabonds, de gens sans aveu ou faisant métier de la mendicité seront punis des peines portées en l'article premier **2**.« La même peine sera applicable aux intermédiaires ou agents qui auront livré ou fait livrer les dits enfants et à quiconque aura déterminé des enfants, âgés de moins de 16 ans, à quitter le domicile de leurs parents ou tuteurs pour suivre des individus des professions susdésignées.« La condamnation entraînera de plein droit, pour les tuteurs, la destitution de la tutelle. Les père et mère pourront être privés des droits de la puissance paternelle. »

**Art. 4.** Dans tous les cas de délits ou de crimes commis par des enfants ou sur des enfants, le juge d'instruction commis pourra, en tout état de cause, ordonner, le ministère public entendu, que la garde de l'enfant soit provisoirement confiée, jusqu'à ce qu'il soit intervenu une décision définitive, à un parent, à une personne ou à une institution charitable qu'il désignera ou enfin à l'assistance publique. Toutefois, les parents de l'enfant - jusqu'au cinquième degré inclusivement, son tuteur ou son subrogé-tuteur et le ministère public pourront former opposition à cette ordonnance ; l'opposition sera portée, à bref délai, devant le tribunal, en chambre du conseil, par voie de simple requête.

**Art. 5.** Dans les mêmes cas, les cours ou tribunaux saisis du crime ou du délit pourront, le ministère public entendu, statuer définitivement sur la garde de l'enfant.

**Art. 6.** L'article 463 du Code pénal est applicable aux infractions prévues et réprimées par la présente loi.

**Art. 7.** Sont et demeurent abrogées toutes les dispositions antérieures contraires à la présente loi.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'État.

Fait à Paris, le 19 avril 1898.

FÉLIX FAURE.

Par le Président de la République :

Le Garde des sceaux, Ministre de la justice et des cultes, V. Milliard

## Annexe 11

**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 (1)**

NOR : FAMX8900034L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,  
L'Assemblée nationale a adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1<sup>er</sup>. - L'intitulé du chapitre I<sup>er</sup> du titre II du code de la famille et de l'aide sociale est ainsi rédigé : « Missions et prestations du département en matière d'aide sociale à l'enfance. »

Art. 2. - I. - le quatrième alinéa (3<sup>o</sup>) de l'article 40 du code de la famille et de l'aide sociale est ainsi rédigé :

« 3<sup>o</sup> Mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs visés au deuxième alinéa (1<sup>o</sup>) du présent article ; ».

II. - Le quatrième alinéa (3<sup>o</sup>) du même article devient le cinquième alinéa (4<sup>o</sup>).

III. - Après le cinquième alinéa (4<sup>o</sup>) du même article, il est inséré un sixième alinéa (5<sup>o</sup>) ainsi rédigé :

« 5<sup>o</sup> Mener, notamment à l'occasion de l'ensemble de ces interventions, des actions de prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et, sans préjudice des compétences de l'autorité judiciaire, organiser le recueil des informations relatives aux mineurs maltraités et participer à la protection de ceux-ci. »

Art. 3. - Au chapitre I<sup>er</sup> du titre II du code de la famille et de l'aide sociale, il est inséré une section V ainsi rédigée :

**« Section V**

**« Prévention des mauvais traitements  
à l'égard des mineurs et protection des mineurs maltraités**

« Art. 66. - Les missions définies au sixième alinéa (5<sup>o</sup>) de l'article 40 sont menées par le service de l'aide sociale à l'enfance, en liaison avec le service départemental de protection maternelle et infantile mentionné à l'article L. 148 du code de la santé publique et le service départemental d'action sociale mentionné à l'article 28 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales ainsi qu'avec les autres services publics compétents.

« Art. 67. - Ces missions comportent notamment l'information et la sensibilisation de la population et des personnes concernées par les situations de mineurs maltraités ainsi que la publicité du dispositif de recueil d'informations prévu à l'article 68.

« Le président du conseil général peut faire appel aux associations concourant à la protection de l'enfance et de la famille pour participer aux actions d'information et de sensibilisation prévues à l'alinéa précédent.

« Art. 68. - Le président du conseil général met en place, après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département, 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'Etat dans le département.

Cachet  
du médecin

## **SIGNALEMENT**

(veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

- date (jour de la semaine et chiffre du mois) :
- année :
- heure :

L'enfant :

- nom :
- prénom :
- date de naissance (en toutes lettres) :
- sexe :
- adresse :
- nationalité :

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec l'enfant) :

- la personne accompagnatrice nous a dit que :

« \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ »

- l'enfant nous a dit que :

« \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ »

Cachet  
du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :

Oui

Non

(rayer la mention inutile)

- description du comportement de l'enfant pendant la consultation :

- description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine)

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

Compte-tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au procureur de la République

Fait à \_\_\_\_\_, le

**Signature du médecin ayant examiné l'enfant :**

**Annexe 13**

TITRE IV : DISPOSITIONS RELATIVES AU SIGNALEMENT DES ACTES DE  
MALTRAITANCE

**Article 11**

L'article 226-14 du code pénal est ainsi rédigé :

« Art. 226-14. - L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la

révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

« 1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes 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 qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République 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 mineure, son accord n'est pas nécessaire ;

« 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 faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire. »

## Annexe 14

<b>CODE PENAL</b>	<p><b><u>Article 434-1 du nouveau code pénal</u></b></p> <p>« 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 45000 euros d'amende.</p> <p>Sont exceptés des dispositions qui précèdent, sauf en ce qui concerne les crimes commis sur les mineurs de quinze ans :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ 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 ;</li><li>◆ Le conjoint de l'auteur ou du complice du crime, ou la personne qui vit notoirement en situation maritale avec lui.</li><li>◆ Sont également exceptées des dispositions du premier alinéa les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13. »<p><b><u>Article 434-3 du nouveau code pénal</u></b></p><p>« Le fait pour quiconque ayant connaissance de mauvais traitements ou privations infligés à un mineur de 15 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 300 000 francs d'amende.</p><p>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. »</p></li></ul>
<b>CODE DE DEONTOLOGIE MÉDICALE</b>	<p><b>ARTICLE 43 (ARTICLE R.4127-43 DU CSP)</b></p> <p>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.</p> <p><b>ARTICLE 44 (ARTICLE R.4127-44 DU CSP)</b></p> <p>Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en oeuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.</p> <p><i>Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience.</i></p>

CODE DE  
PROCÉDURE  
PÉNALE

**Article 223-6 du nouveau code de procédure pénale**

*« 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 un 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. »*

*« l'article 226-13 (qui régit le secret professionnel) n'est pas applicable à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou de punitions dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de moins de 15ans »*



## RÉSUMÉ

*Introduction* – En France, 95000 cas de suspicions de maltraitements sur enfants ont été signalés à l'ODAS en 2005. Parmi ces signalements seuls 1% ont été réalisés par des médecins généralistes. Alors que les médecins généralistes ont une place privilégiée dans le dépistage et le signalement des suspicions de maltraitements, quelles sont les raisons de ce manque de signalement et quels en sont les freins ?

*Matériels et Méthodes* - Une étude qualitative par entretiens semi-structurés a été réalisée entre septembre 2012 et juillet 2013 afin de recueillir les perceptions, attitudes et expériences des médecins généralistes d'île de France à propos des maltraitements à enfants.

*Résultats* – L'étude a été réalisée auprès de 30 médecins généralistes et l'analyse qualitative a permis de mettre en évidence 8 thèmes avec entre 4 et 16 sous-thèmes : Image de la maltraitance, méconnaissances des signes cliniques de maltraitance, méconnaissance de la Protection de l'enfance, identification du médecin au parent agresseur, perception du signalement par le médecin généraliste, déni de la maltraitance, répercussions du signalement, contraintes administratives supposées.

*Discussion* – Les principaux freins retrouvés sont entre autres: le manque de repérage des situations de maltraitements, la non connaissance du signalement, la complexité déclarée et supposée de la procédure.

Le manque de repérage est lié à un manque de connaissance des maltraitements par les médecins généralistes, rares sont ceux qui ont été formés et parmi ceux qui ont eu une formation, celle-ci était selon eux non adaptée à leur pratique professionnelle, et plus adaptée au milieu hospitalier. Ce travail nous permet de mettre en évidence les mécanismes conscients et inconscients d'occultation, de déni, de refus de voir, et donc de refus de dépistage des maltraitements envers les enfants que nous, médecins, mettons en place faute de formation adaptée sur ce sujet. La complexité de la procédure du signalement est enfin évoquée pour justifier du peu de signalements, il s'agit là encore d'une supposée raison invoquée pour déresponsabiliser les médecins.

Une information régulière sur les certificats, les signalements, la responsabilité médicale, les obligations des médecins et sur la CRIP permettraient d'améliorer les connaissances des médecins, le repérage et la protection des enfants victimes.

Une implication de l'ordre des médecins qui accompagneraient enfin les médecins, sans les culpabiliser ou les effrayer en cas de signalements permettraient de modifier l'implication des médecins.

**MOTS CLÉS :** Médecine Générale, Maltraitance, Enfants maltraités, Signalement, Protection de l'enfance, Violence envers les enfants.