



**MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ**

*Inspection générale  
des affaires sociales*

**N° M-2017-078**

**MINISTÈRE DE LA JUSTICE**

*Inspection générale de la justice*

**N° 013-18**

**MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION**

*Inspection générale de l'administration  
de l'éducation nationale et de la recherche*

**N° 2018-044**

## **Mission sur les morts violentes d'enfants au sein des familles**

**Évaluation du fonctionnement des services sociaux, médicaux, éducatifs et  
judiciaires concourant à la protection de l'enfance**

Rapport à

Madame la garde des sceaux, ministre de la justice

Madame la ministre des solidarités et de la santé

Monsieur le ministre de l'éducation nationale



**MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ**

*Inspection générale  
des affaires sociales*

**MINISTÈRE DE LA JUSTICE**

*Inspection générale de la justice*

**MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION**

*Inspection générale de l'administration  
de l'éducation nationale et de la recherche*

## **Mission sur les morts violentes d'enfants au sein des familles**

### **Évaluation du fonctionnement des services sociaux, médicaux, éducatifs et judiciaires concourant à la protection de l'enfance**

**Mai 2018**

Claire COMPAGNON

*Inspectrice générale  
des affaires sociales*

Nicolas DURAND

*Inspecteur des affaires sociales*

Béatrice DEL VOLGO

*Inspectrice générale de la justice*

Françoise NEYMARC

*Inspectrice de la justice*

Isabelle POINSO

*Inspectrice de la justice*

Frédéric THOMAS

*Inspecteur général de l'administration  
de l'éducation nationale et de la recherche*

Évelyne LIOUVILLE

*Inspectrice générale de l'administration  
de l'éducation nationale et de la recherche*



## SOMMAIRE

<b>SYNTHÈSE .....</b>	<b>1</b>
<b>Liste des recommandations .....</b>	<b>4</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>8</b>
<b>1. Un premier recensement national qui montre un nombre élevé d'enfants tués chaque année par leurs parents .....</b>	<b>10</b>
1.1. Un recensement difficile à établir .....	10
1.1.1. <i>Des données très limitées au niveau national.....</i>	<i>10</i>
1.1.2. <i>Des travaux de recherche rares et anciens.....</i>	<i>12</i>
1.1.3. <i>Des données internationales insuffisamment fournies .....</i>	<i>13</i>
1.2. Plus de 70 morts par an, principalement de très jeunes enfants, tués par leurs parents .....	15
1.2.1. <i>L'enquête nationale lancée par la mission auprès des juridictions .....</i>	<i>15</i>
1.2.2. <i>Les constats majeurs.....</i>	<i>17</i>
1.2.3. <i>Un recensement qui ne reflète qu'une partie du phénomène pour les enfants de moins d'un an.....</i>	<i>26</i>
<b>2. Les enseignements tirés de l'analyse de cas à partir des dossiers judiciaires.....</b>	<b>27</b>
2.1. Cinquante décès d'enfants analysés à travers l'étude de quarante-cinq dossiers judiciaires.	27
2.1.1. <i>Un échantillon de quarante-cinq affaires analysées de façon détaillée et multidimensionnelle .....</i>	<i>27</i>
2.1.2. <i>Des parents et des enfants qui cumulent de nombreux facteurs de vulnérabilité .....</i>	<i>30</i>
2.1.3. <i>Des familles diversement connues selon les acteurs de la protection de l'enfance .....</i>	<i>32</i>
2.1.4. <i>Des signaux d'alerte nombreux et souvent perceptibles.....</i>	<i>34</i>
2.1.5. <i>Plus de la moitié des enfants avaient subi des violences graves et répétées avant leur mort .....</i>	<i>35</i>
2.1.6. <i>Le cas particulier des néonaticides et des bébés secoués .....</i>	<i>36</i>
2.2. Des dysfonctionnements ou des « occasions manquées » à tous les niveaux du dispositif de protection de l'enfance .....	39
2.2.1. <i>Des lacunes dans la mise en œuvre du volet médico-social de la protection de l'enfance .....</i>	<i>39</i>
2.2.2. <i>À l'éducation nationale, un dispositif de protection de l'enfance parfois mal appliqué .....</i>	<i>45</i>
2.2.3. <i>Pour la justice, un déficit d'exploitation des informations et des faiblesses dans la coordination des services .....</i>	<i>51</i>
2.2.4. <i>Des défaillances dans l'articulation entre les services mises en lumière par l'analyse transversale des cas étudiés.....</i>	<i>63</i>

<b>3. Un renforcement indispensable de la protection de l'enfance pour prévenir les morts violentes d'enfants dans un cadre intrafamilial .....</b>	<b>65</b>
3.1. Mise en perspective de l'étude de cas, du recensement national et des déplacements de terrain .....	65
3.2. Mieux repérer.....	68
3.3. Mieux évaluer.....	68
3.4. Mieux prévenir .....	70
3.5. Mieux organiser.....	72
3.6. Mieux piloter .....	74
3.7. Mieux former et sensibiliser.....	75
<b>Annexes .....</b>	<b>79</b>

## SYNTHÈSE

Le meurtre d'un enfant par ses parents ou l'un de ses proches provoque toujours une grande émotion et interroge tant il paraît incompréhensible. Combien d'enfants sont tués chaque année et comment expliquer que de tels actes puissent être commis alors que de multiples dispositifs et actions sont consacrés à la protection de l'enfance ?

Telles sont les deux questions posées aux trois inspections générales – inspection générale des affaires sociales (IGAS), inspection générale de la justice (IGJ) et inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) – qui ont été chargées d'une mission prévue par le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019.

Pour répondre à la première question, en raison de l'insuffisance des données existantes, la mission a interrogé l'ensemble des juridictions de France sur les meurtres d'enfants commis en milieu intrafamilial entre 2012 et 2016.

Selon cette enquête qui a recensé 363 décès sur la période considérée, un enfant est tué par l'un de ses parents tous les cinq jours. Rapporté au nombre total d'homicides constatés par an sur le territoire national, le nombre de morts d'enfants représente un peu moins de 10 %. Les morts d'enfants au sein de leur famille ne diminuent pas ces dernières années. C'est un phénomène constant avec 72 morts d'enfants en moyenne par an. Comparé aux 123 femmes tuées par leur compagnon en 2016, ce nombre correspond à plus de la moitié de ces décès. Ces données corroborent les études réalisées précédemment et les avis des experts en médecine légale : c'est dans les premiers âges de la vie que les enfants sont le plus exposés aux violences intrafamiliales.

Le nombre de décès est vraisemblablement plus important puisqu'il ne tient pas compte du « chiffre noir » que constituent les meurtres non révélés de nouveau-nés tués à la naissance et les meurtres d'enfants non repérés, principalement ceux victimes du syndrome du bébé secoué (SBS).

La plupart des enfants ont été victimes de leur parent. Plus de la moitié avaient moins d'un an et la majorité d'entre eux présentaient le SBS. Un tiers des enfants étaient en âge d'être scolarisés. Si les parents étaient de tous âges, les très jeunes parents étaient très minoritaires.

Pour répondre à la seconde question, la mission s'est appuyée sur l'étude approfondie de 45 dossiers judiciaires relatifs à 50 meurtres d'enfants commis entre 2010 et 2015. Ont été retenus les dossiers représentant l'éventail le plus large possible de cas, notamment les affaires dont les médias s'étaient fait l'écho.

Se retrouvent les caractéristiques globales des décès présentées par l'enquête. Les personnes impliquées sont très majoritairement les parents biologiques, les pères et mères en cause étant à égalité. Ce sont toutefois principalement les pères qui sont responsables de la mort des nourrissons victimes du SBS.

Un lien très fort entre la violence conjugale et les violences commises sur les enfants a été confirmé. Par ailleurs, les troubles psychiatriques, les addictions et la monoparentalité sont présents dans une part importante des dossiers.

Les néonaticides – en moyenne une dizaine chaque année – ont mis en lumière la particularité de la situation de femmes au parcours chaotique. Les faits ont toujours lieu à domicile, les mères accouchant seules. Ces grossesses sont spécifiques : le plus souvent elles n'existent pas, elles ne sont ni parlées, ni suivies, ni déclarées.

Hormis ces cas, plus de la moitié des enfants concernés par l'étude avaient subi avant leur mort des violences graves et répétées et, souvent, des signes de violences avaient été repérés par des professionnels. Dans bon nombre de situations, la maltraitance ou son risque aurait pu être détectée si l'on avait rapproché plusieurs signaux d'alerte visibles pour en faire la synthèse. C'est ce constat qui conduit à l'impérative nécessité de mieux organiser l'échange des informations au sein de chaque service médico-social, de l'éducation nationale, de la police ou de la justice et entre ces services.

Malgré la richesse des dossiers, cette analyse présente des limites. N'ont été étudiés que des cas portés à la connaissance des autorités judiciaires et, pour l'essentiel, qui ont abouti à un renvoi devant la cour d'assises. La deuxième limite découle du contenu des procédures qui s'attachent principalement à la manifestation de la vérité et n'apportent pas toujours une information complète sur les éléments de contexte, notamment médicaux et sur les mesures de prévention et de protection de l'enfance. Par ailleurs, les dossiers ne témoignent pas des moyens humains et budgétaires dont disposaient les institutions concernées par ces situations.

L'analyse des dossiers, combinée aux résultats de l'enquête nationale et complétée par les visites de l'ensemble des services concourant à la protection de l'enfance de quatre départements (Gironde, Meurthe-et-Moselle, Seine-et-Marne, Val-de-Marne), fait apparaître que les enfants les plus jeunes sont les plus vulnérables. Ils doivent donc faire l'objet d'une attention toute particulière, depuis leur naissance et tout au long de leur parcours médical, éducatif et scolaire.

L'enquête nationale montre qu'un certain nombre de parents se sont donnés la mort ou ont fait l'objet d'un non-lieu pour abolition du discernement. L'analyse des dossiers a mis en évidence que près de la moitié des auteurs présentaient des troubles psychiatriques – sur les 45 dossiers étudiés, 25 auteurs présentaient des troubles de la personnalité, avec une abolition ou une altération du discernement.

Dans le cadre des objectifs précis qui lui ont été assignés, la mission propose plusieurs séries de recommandations concrètes destinées tout d'abord à mieux repérer, évaluer et prévenir les situations présentant des risques de danger.

L'autopsie médico-légale de tous les enfants de moins d'un an décédés de mort inexpliquée permettra de connaître les causes du décès.

La mise en place du carnet de santé numérique de l'enfant, l'examen médical des enfants en milieu scolaire, hors la présence des parents, et le suivi renforcé et partagé de l'absentéisme scolaire pourront faciliter le repérage des situations.

L'utilisation des indicateurs de vulnérabilité et signaux d'alerte doit être développée par les services sociaux pour l'analyse des situations familiales. La violence conjugale, les addictions de toutes sortes et les troubles de la personnalité importants sont des données qui doivent susciter la plus grande vigilance chez tous les acteurs de la protection de l'enfance – services sociaux et médicaux,



personnels de l'éducation nationale, enquêteurs et magistrats. La présence de ces facteurs chez un des parents de l'enfant commande des investigations et une évaluation pluridisciplinaire.

Afin de mieux prévenir la maltraitance des enfants et les grossesses non désirées, la mission recommande ensuite de renforcer les actions à la préparation à la parentalité, et en particulier celle des pères, et d'accompagner davantage les femmes dans la maîtrise de la contraception.

Par ailleurs, la mission propose des recommandations pour une meilleure organisation dans tous les secteurs de la protection de l'enfance et à tous les niveaux et un pilotage plus efficace afin que les acteurs des différents ministères et collectivités territoriales puissent mieux se connaître et mieux échanger, qu'il s'agisse des responsables directionnels ou des agents de terrain, et que les processus soient définis en partenariat et connus de tous. Pour optimiser l'articulation entre la protection administrative et judiciaire et éviter tout retard dans la prise en charge des enfants ou les ruptures des mesures, la mise en place d'un dispositif de régulation doit être engagée.

Enfin, la formation et la sensibilisation des personnels concourant à la protection de l'enfance restent un levier important pour favoriser une culture commune et traiter les situations à risque.

La mise en œuvre d'un certain nombre de propositions formulées par la mission nécessitera une augmentation des moyens alloués à la prévention et à la protection de l'enfance.

## Liste des recommandations

### Mieux repérer :

Recommandation n° 1. Rendre systématique l'autopsie médico-légale de tous les enfants décédés de moins d'un an, hors les cas de mort naturelle évidente ou survenue à l'occasion d'un accident de la circulation ..... 68

Recommandation n° 2. Mettre en place un carnet de santé numérique du mineur accessible aux médecins et autres personnels de santé habilités..... 68

Recommandation n° 3. Rappeler qu'en cas de suspicion de maltraitance, les médecins scolaires peuvent examiner l'élève sans l'accord des parents, hors leur présence et sans obligation de les informer, au nom de l'intérêt supérieur de l'enfant..... 68

### Mieux évaluer :

Recommandation n° 4. Systématiser dans tous les départements la mise en place d'une commission d'experts à la suite d'un homicide d'un mineur au sein des familles..... 69

Recommandation n° 5. Étendre à l'ensemble des écoles du premier degré les actions de conseil et de prévention des assistants de service social dans le domaine de la protection de l'enfance, notamment un soutien technique aux enseignants, aux directeurs d'école et aux inspecteurs de l'éducation nationale et des actions collectives destinées aux enfants et aux familles, avec les conseillers techniques de service social coordonnateurs de bassins et les partenaires de l'école. . 69

Recommandation n° 6. Clarifier le rôle des professionnels des différents services médico-sociaux participant à l'évaluation pluridisciplinaire et développer l'utilisation d'un référentiel commun pour harmoniser et fiabiliser les conclusions de l'évaluation des situations. .... 69

Recommandation n° 7. Développer les emplois d'intervenants sociaux dans les services d'enquête pour recevoir les victimes et évaluer les situations familiales concomitamment aux investigations afin de favoriser le repérage du risque de danger encouru par les enfants. .... 70

Recommandation n° 8. Envisager, pour les dossiers d'assistance éducative complexes, la co-saisine de deux ou trois juges des enfants, suivant des modalités à définir en fonction de la taille de chaque juridiction, qui pourrait intervenir à la demande du ministère public ou du juge des enfants désigné, au moment de sa saisine ou ultérieurement. .... 70

### Mieux prévenir :

Recommandation n° 9. Renforcer la prévention de l'absentéisme scolaire en classe maternelle en rappelant aux familles l'obligation d'assiduité scolaire et les mesures applicables en cas d'absences

non légitimes dans le règlement intérieur et en développant un suivi spécifique de cet absentéisme avec les partenaires institutionnels..... 70

Recommandation n° 10. Prévoir une disposition permettant au juge aux affaires familiales de solliciter, lorsqu'il ordonne un droit de visite médiatisé dans le cas de suspicions de violence sur les enfants, un compte rendu du déroulement des visites entre parents et enfants pour les structures de type espaces de rencontre. .... 70

Recommandation n° 11. Inciter les conseillers d'insertion et de probation à procéder à des visites à domicile lorsque la personne condamnée est en contact avec de jeunes enfants, en cas de suivi dans le cadre d'une mise à l'épreuve pour des faits de violence intrafamiliales. .... 71

Recommandation n° 12. Favoriser, au titre des obligations de soins du sursis avec mise à l'épreuve, le suivi, dès la mise en œuvre de la mesure, de la personne condamnée pour des violences intrafamiliales par des professionnels spécialisés dans la prise en charge de la violence, des psychologues ou des addictologues. .... 71

Recommandation n° 13. Amplifier les dispositifs de communication sur la place des enfants dans la société et les conséquences dramatiques, voire fatales, de la violence intrafamiliale..... 71

Recommandation n° 14. Accompagner de manière renforcée les parents connus pour leur vulnérabilité durant les périodes cruciales comme la grossesse, l'accouchement et le début de la parentalité, avec le repérage systématique des facteurs de vulnérabilité somatique, sociale, psychoaffective, et leur orientation vers les structures de soutien parents-bébé existantes ou à créer (PMI, CAMSP, CMPP, CMP et services sociaux) et permettre ainsi de réduire les risques..... 71

Recommandation n° 15. Lancer une campagne sur les différents modes de contraception et mieux accompagner les femmes sur la question de la contraception en privilégiant les femmes vulnérables. .... 71

#### **Mieux organiser :**

Recommandation n° 16. Systématiser, dans les établissements de santé amenés à recevoir des enfants en consultation et en hospitalisation, des protocoles décrivant précisément les démarches à suivre en cas de suspicion de maltraitance pour effectuer un signalement et identifier les personnes ressources sur un territoire donné..... 72

Recommandation n° 17. Favoriser le traitement des violences conjugales par des services d'enquête spécialisés et organiser la centralisation des informations en matière de suspicions de violences intrafamiliales afin d'en améliorer leur exploitation. .... 72

Recommandation n° 18. Sensibiliser plus encore les magistrats du parquet au lien entre violences conjugales et risque de danger encouru par l'enfant et prendre en compte cet objectif dans l'organisation des services. .... 72

**Recommandation n° 19.** Généraliser l'accès pour le juge aux affaires familiales et le juge des enfants aux informations sur les procédures en cours relatives aux familles par le biais des applications informatiques dont chacun dispose. .... 72

**Recommandation n° 20.** Envisager une disposition prévoyant que les rapports d'expertises médico-psychologique ou psychiatrique sur la situation et la personnalité des parents soient communiqués au juge aux affaires familiales et que leur notification soit réalisée par le juge ou l'avocat comme c'est le cas pour les mesures d'enquêtes sociales. .... 73

**Recommandation n° 21.** Prévoir, dans le protocole entre le conseil départemental et la direction des services départementaux de l'éducation nationale, la désignation d'un référent social pour chaque école et établissement au sein des services du conseil départemental, afin de favoriser les échanges et la circulation d'informations ainsi que les actions d'accompagnement des familles en fonction des besoins repérés. .... 73

**Recommandation n° 22.** Créer, au niveau du conseil départemental, un dispositif de régulation des mesures ordonnées par le juge des enfants pour éviter tout délai anormalement long entre sa décision et la mise en œuvre des mesures. En ce qui concerne les mesures d'investigations, systématiser l'aide à la régulation du dispositif par le directeur départemental de la protection judiciaire de la jeunesse, à charge pour ce dernier de communiquer à échéance régulière aux tribunaux pour enfants l'état de disponibilité des différents services du ressort. .... 73

**Recommandation n° 23.** Mettre en place, au sein du ministère de l'éducation nationale, en concertation avec la commission nationale de l'informatique et des libertés, une réflexion sur les modalités d'archivage et de transmission des informations préoccupantes et des signalements par les responsables des établissements scolaires, qui s'inscriraient dans un cadre commun permettant d'assurer une communication entre les établissements, dans le respect des principes de confidentialité et du droit à l'oubli..... 74

**Mieux piloter :**

**Recommandation n° 24.** Les agences régionales de santé doivent veiller à la conformité des organisations sanitaires en matière de repérage, de signalement et de prise en charge des enfants victimes de maltraitance. À cette fin, elles devront en faire un axe précis des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. .... 74

**Recommandation n° 25.** Améliorer la cohérence entre les différents protocoles élaborés avec les partenaires institutionnels afin de rendre plus lisible la politique de protection de l'enfance, qui relève du conseil départemental, et structurer davantage la coordination entre ces partenaires, notamment par l'animation du travail en réseau, la mise en place d'instances de coordination, l'organisation de rencontres institutionnelles régulières à tous les niveaux et le suivi des engagements pris par chaque partenaire. .... 74

**Recommandation n° 26. Mieux affirmer le rôle des inspecteurs de l'éducation nationale dans le pilotage du dispositif de la protection de l'enfance à l'échelle de la circonscription : mieux accompagner les personnels dans les démarches de signalement (notamment, en assurant éventuellement eux-mêmes la responsabilité de la signature des documents correspondants) et faciliter la communication au sein de l'institution, à chaque niveau d'enseignement en lien avec les crèches et les centres de loisir, et entre les différentes structures concernées par l'enfance. .... 75**

**Recommandation n° 27. Mettre en place un dispositif de remontée d'informations en cas de morts violentes d'enfants en milieu intrafamilial entre les procureurs de la République, les procureurs généraux et la direction générale des affaires criminelles et des grâces aux fins de recensement. .... 75**

**Recommandation n° 28. Développer, dans chaque ministère concerné, des outils statistiques afin de répondre à la mission confiée à l'Observatoire national de la protection de l'enfance de recensement des morts violentes d'enfants ainsi que de mise en cohérence et de publication des données. .... 75**

#### **Mieux former et mieux sensibiliser :**

**Recommandation n° 29. Intégrer systématiquement un module de formation spécifiquement dédié au dispositif de la protection de l'enfance dans la formation initiale des écoles supérieures de professorat et d'éducation et les formations statutaires et d'adaptation et développer les formations continues de tous les personnels de l'éducation nationale. .... 76**

**Recommandation n° 30. Développer la capacité des professionnels de santé de première ligne à détecter les cas de maltraitance d'enfants de moins de cinq ans en formant en particulier les pédiatres, les psychiatres, les médecins des services d'urgence et les infirmières à l'utilisation des outils de repérage. .... 76**

**Recommandation n° 31. Intégrer systématiquement dans la formation initiale des professionnels de santé un module spécifique à la protection de l'enfance permettant d'identifier les facteurs de risque et d'évaluer les situations complexes. .... 76**

**Recommandation n° 32. Afin de favoriser la création d'une culture commune entre les administrations concernées, prévoir systématiquement dans les protocoles départementaux et locaux sur la protection de l'enfance des formations pluri-institutionnelles, ouvertes également aux personnels des crèches, qui définiront leur cadre et leurs modes d'organisation, de financement et d'évaluation sous la coordination du président du conseil départemental. .... 77**

## Introduction

Le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019, lancé le 1<sup>er</sup> mars 2017, fait suite à une évolution législative importante en matière de protection de l'enfance avec l'adoption de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 puis de la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016. Il propose des actions visant à sensibiliser, responsabiliser et mobiliser les institutions, les professionnels et plus largement la population, en matière de prévention et de repérage des violences faites aux enfants. Son premier axe, qui porte sur l'amélioration de la connaissance, la compréhension des mécanismes inhérents aux violences, prévoit l'identification, par une inspection conjointe, des fonctionnements respectifs des différentes institutions concernées lors de morts violentes d'enfants au sein de la famille<sup>1</sup>.

Dans ce cadre, par lettre de mission en date du 3 mai 2017<sup>2</sup>, les ministres de l'éducation nationale, de la justice, des familles, de l'enfance et du droit des femmes ont chargé l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR), l'inspection générale de la justice (IGJ) et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'une mission relative au fonctionnement des services de l'État et de l'institution judiciaire ayant eu à connaître des morts violentes d'enfant<sup>3</sup>. Cette mission a pour objet, d'une part, de recenser entre 2011 et 2017 les décès d'enfants survenus de cause non naturelle, en lien avec un comportement délictuel ou criminel de leurs ascendants légitimes naturels ou adoptifs<sup>4</sup> et, d'autre part, d'analyser le contexte dans lequel les infanticides sont intervenus, en s'attachant à déterminer si la famille faisait l'objet d'un suivi ou d'un accompagnement par les services sociaux ou des services en lien avec la protection de l'enfance et les raisons pour lesquelles la protection de l'enfant n'a pu être assurée.

En raison de l'absence de recueil de données, la mission s'est appuyée sur les juridictions pour établir le recensement demandé.

Parallèlement, elle a procédé à une analyse de dossiers judiciaires concernant des morts d'enfants dans un cadre intrafamilial eu égard à la période retenue tant pour le recensement que pour l'étude des dossiers, la législation en vigueur en matière de protection de l'enfance à l'époque considérée était celle de la loi du 5 mars 2007.

Dans ses travaux préalables, la mission a pris connaissance du rapport du Défenseur des droits sur *L'histoire de Marina*<sup>5</sup> et en a tenu compte dans sa réflexion, tant dans sa démarche méthodologique que dans son analyse des situations.

---

<sup>1</sup> Mesure 4 du plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants.

<sup>2</sup> Cf. lettre de mission en annexe 1.

<sup>3</sup> La mission était composée de Frédéric Thomas et Évelyne Liouville, inspecteurs généraux à l'IGAENR, Béatrice Del Volgo, inspectrice générale de la justice, Françoise Neymarc et Isabelle Poinso, inspectrices de la justice, à l'IGJ, Claire Compagnon, inspectrice générale, et Nicolas Durand, inspecteur, (présent au sein de la mission jusqu'à la fin du mois de décembre 2017), à l'IGAS.

<sup>4</sup> Les décès d'enfants imputables aux assistantes maternelles n'entrent pas dans le périmètre de la présente mission mais ils constituent une préoccupation des professionnels, plusieurs affaires ayant été portées à la connaissance des inspections.

<sup>5</sup> Compte rendu de la mission confiée par le défenseur des droits et son adjointe, la défenseure des enfants, à Alain Grevot, délégué thématique, sur *L'histoire de Marina*, 30 juin 2014.

Enfin, elle a effectué des déplacements dans quatre départements choisis pour leur diversité et indépendamment des cas étudiés : la Gironde, la Meurthe-et- Moselle, la Seine-et-Marne et le Val-de-Marne.

Lors de ses déplacements, la mission a réalisé des auditions auprès des acteurs de la protection de l'enfance<sup>6</sup> : magistrats du parquet et du siège – juges des enfants, juges d'instruction, juges aux affaires familiales, juges de l'application des peines –, représentants de la police et de la gendarmerie, personnels de l'éducation nationale<sup>7</sup> – enseignants, directeurs d'école, chefs d'établissement, conseillers techniques de services sociaux, médecins, infirmiers, psychologues de l'éducation nationale, inspecteurs de l'éducation nationale (IEN), directeurs académiques des services de l'éducation nationale (DASEN) –, et personnels des services des conseils départementaux – protection maternelle et infantile (PMI), aide sociale à l'enfance (ASE), cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP)<sup>8</sup> – et des professionnels au sein des établissements de santé. Elle s'est également entretenue avec des élus dans les départements. Elle a enfin rencontré, au niveau national, les professionnels des différentes directions ministérielles concernées, des spécialistes de pédiatrie et de médecine légale, des personnalités engagées ou en charge de la protection des enfants ainsi que des responsables d'associations intervenant habituellement dans les dossiers d'enfants maltraités décédés<sup>9</sup>.

La mission a pu ainsi dénombrer les morts d'enfants au sein de la sphère familiale et faire des constats précis sur le fonctionnement des services concourant à la protection de l'enfance. Son analyse doit être située dans le contexte des 300 000 mesures exercées chaque année en protection de l'enfance. Ces homicides interrogent toutefois la société dans son ensemble et l'action publique en particulier. Ils sont « *la pointe émergée de l'iceberg* » qui révèle la gravité du phénomène de la maltraitance des enfants et les conséquences qu'elle engendre sur leur vie future.

Ce premier recensement national montre un nombre élevé d'enfants, principalement très jeunes, tués chaque année par leurs parents (I) et l'étude des dossiers met en évidence, pour certains d'entre eux, des dysfonctionnements ou des occasions manquées à différents niveaux du dispositif de protection de l'enfance (II). Ces constats permettent de conclure à la nécessité de renforcer la protection de l'enfance pour mieux prévenir les morts violentes d'enfants au sein de la famille (III).

---

<sup>6</sup> La mission n'a pas souhaité entendre les personnes ayant eu à traiter des cas étudiés.

<sup>7</sup> Dans les départements visités, la mission a rencontré des personnels des services du ministère de l'éducation nationale et la responsable du service municipal de santé scolaire à Bordeaux : pour des raisons pratiques, la mission s'est penchée sur les seuls établissements scolaires publics

<sup>8</sup> CRIP : créée par la loi du 5 mars 2007, la cellule de recueil des informations préoccupantes a un ressort départemental ; elle est chargée du recueil et du traitement de toutes les transmissions de situations d'enfant en danger ou en risque de danger.

<sup>9</sup> Cf. liste des personnes rencontrées, annexe 2.

# 1. Un premier recensement national qui montre un nombre élevé d'enfants tués chaque année par leurs parents

## 1.1. Un recensement difficile à établir

### 1.1.1. Des données très limitées au niveau national

Le premier plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants relevait en 2017 que les données à disposition des pouvoirs publics étaient insuffisantes en ce domaine<sup>10</sup>. L'observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE)<sup>11</sup> ne dispose pas de données précises alors qu'il s'est vu notamment confier par la loi du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance – complétée par la loi du 5 mars 2007<sup>12</sup> – une mission en lien étroit avec celle des inspections générales : contribuer au recueil et à l'analyse des données et des études concernant la protection de l'enfance.

La mission a pu vérifier qu'aucun recensement précis du nombre d'homicides d'enfants liés à des violences intrafamiliales n'avait en effet été effectué avant les premiers travaux engagés par le ministère de l'intérieur pour l'année 2016.

Ainsi, le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc)<sup>13</sup> n'est pas en mesure d'identifier le nombre de morts violentes d'enfants. À la demande de la mission, certaines données ont pu être extraites mais n'ont pas permis d'aboutir à des résultats suffisamment complets, compte tenu de la fiabilité relative des informations mentionnées dans les certificats de décès établis par les médecins<sup>14</sup>.

De leur côté, les conseils départementaux ne font pas systématiquement remonter à l'ONPE des informations sur les fins de mesure éducative, et ne mentionnent pas toujours la cause, même en cas de décès de l'enfant ; aucune obligation légale en ce sens ne leur étant applicable.

Pour sa part, le ministère de l'éducation nationale ne possède aucun élément statistique s'agissant des décès d'élèves scolarisés.

Au ministère de la justice, les données sont davantage centrées sur les auteurs que sur les victimes, ce qui explique le défaut de statistique complète. De fait, le casier judiciaire constitue une source d'information qui ne peut être exhaustive puisque de nombreuses morts violentes n'aboutissent pas à une condamnation de leurs auteurs pour des raisons multiples, telles que les non-lieux en cas de

---

<sup>10</sup> « Aujourd'hui, il est impossible de déterminer précisément le nombre d'enfants tués à la suite de violences intrafamiliales ou de parents condamnés pour ces crimes. En outre, tous les experts s'accordent à dire que les chiffres à notre disposition sont largement sous-estimés ».

<sup>11</sup> Depuis la loi du 14 mars 2016, l'ONPE est le nouveau nom de l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED), qui avait été créé par la loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance ; il a pour objectif de « mieux connaître le champ de l'enfance en danger pour mieux prévenir et mieux traiter ».

<sup>12</sup> Article L. 226-6 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>13</sup> Unité de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), en charge, au niveau national, de l'établissement des statistiques des causes médicales de décès.

<sup>14</sup> La mise en œuvre du décret n° 2017-602 du 21 avril 2017 relatif au certificat de décès devrait permettre d'améliorer la qualité de ces informations.



suicide ou d'irresponsabilité de l'auteur, ou de difficultés liées à l'imputabilité des faits<sup>15</sup>. De plus, il ne peut renseigner sur les affaires récentes intéressant la mission. Enfin, ces morts violentes d'enfants ne font pas toujours l'objet d'une remontée d'information à l'attention des parquets généraux et de la direction des affaires criminelles et des grâces (DACG) et ne sont donc pas comptabilisées de manière systématique au titre des dossiers signalés.

Seul le ministère de l'intérieur établit des statistiques sur les homicides des mineurs de moins de quinze ans. Il comptabilise annuellement tous les mineurs de quinze ans victimes d'homicide, y compris ceux décédés au cours des attentats, soit, depuis 2012, entre 51 et 80 selon les années<sup>16</sup>.

De manière plus fine mais non automatisée<sup>17</sup>, la délégation aux victimes (DAV) recense, depuis 2006, le nombre de morts violentes dans le cadre des violences conjugales (femmes, hommes et enfants). Elle a ainsi comptabilisé 36 enfants tués au sein du couple en 2015 et 25 en 2016<sup>18</sup>. Ce chiffre ne rend compte que d'une partie du recensement demandé à la mission.

Pour la première fois, en 2016, le service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI) du ministère de l'intérieur a pu proposer une estimation du nombre de victimes mineures associées d'une part, à des infractions d'homicides intentionnels et de violences volontaires suivies de mort sans intention de la donner, et d'autre part, au lien avec l'auteur des faits<sup>19</sup> : ainsi 131 mineurs victimes ont été recensés et, une fois sur deux, un parent (père, mère, beaux-parents ou grands-parents) est impliqué comme auteur. Plus précisément, le nombre de morts violentes d'enfants âgés de zéro à dix-sept ans en milieu intrafamilial s'élève en 2016 à 68. Quand l'auteur est un parent, les victimes sont très jeunes : 53 d'entre elles ont entre zéro et quatre ans, soit près de 4 sur 5.

Ces chiffres sont à rapporter au nombre d'homicides commis en France annuellement, hors attentats<sup>20</sup> qui, depuis 2012, oscille entre 784 et 802.

Le plan interministériel a prévu, dans sa mesure 1 de l'axe 1, l'organisation annuelle d'un recensement statistique et de la publication du nombre d'enfants morts à la suite de violences intrafamiliales. L'ONPE doit assurer le recueil et la diffusion de ces données. Il pourra s'appuyer sur le SSMSI chargé de recenser ces données, ainsi que sur le ministère des solidarités et de la santé qui doit mettre en place un dispositif national d'identification et d'étude sur la mortalité dans l'enfance.

**Cf. Recommandation n° 28.**

---

<sup>15</sup> Une des difficultés rencontrées dans le cas de bébés secoués est liée à la fixation de la date des secouements, qui seule permet parfois d'imputer la responsabilité à l'auteur des faits, pouvant être un des deux parents ou le gardien ou la gardienne.

<sup>16</sup> Cf. annexe 4 : note du service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI) en date du 18 octobre 2017 transmise à la mission.

<sup>17</sup> Ce recueil est effectué à partir des télégrammes police et gendarmerie issus du logiciel de rédaction des procédures judiciaires, et recoupés avec les articles de presse au niveau local. Il mobilise 2 ETP.

<sup>18</sup> Cf. étude nationale sur les morts violentes au sein du couple par la DAV édition 2015 et 2016.

<sup>19</sup> Note du SSMSI du 18 octobre 2017 précitée.

<sup>20</sup> Source : ministère de l'intérieur : Interstat : insécurité et délinquance en 2016 : premier bilan statistique.

### 1.1.2. Des travaux de recherche rares et anciens

Des données générales sur la population des enfants et jeunes majeurs suivis en protection de l'enfance existent. Au 31 décembre 2016, le nombre de mineurs bénéficiant d'au moins une prestation / mesure relevant du dispositif de protection de l'enfance est estimé à 299 600 sur la France entière (hors Mayotte), ce qui représente un taux de 20,4 ‰ mineurs<sup>21</sup>. De même, 92 639 nouveaux mineurs ont fait l'objet d'une saisine d'un juge des enfants, un chiffre en augmentation régulière depuis 2011.

En ce qui concerne les morts d'enfants en milieu intrafamilial, peu de travaux de recherche ont été menés.

Il convient de citer l'enquête sur les morts suspectes d'enfants de moins d'un an sur la période de 1996 à 2000<sup>22</sup>, qui était coordonnée par Anne Tursz, alors pédiatre et directrice de recherche à l'Inserm. Il s'agit d'une étude rétrospective reposant sur les données recueillies auprès des hôpitaux et des tribunaux de trois régions françaises (Bretagne, Île-de-France et Nord-Pas-de-Calais) qui ont été recoupées avec celles du CépîDc.

Selon ces travaux, *« l'analyse des cas hospitaliers a permis de noter que pendant les cinq années considérées par la recherche, l'enquête retrouvait quinze fois plus d'infanticides que ceux recensés dans les statistiques officielles de mortalité. Au niveau national, [l'étude] a calculé un nombre moyen par an d'infanticides officiellement recensés, soit dix-sept cas par an entre 1996 et 2000 et la correction à partir de l'enquête hospitalière de l'INSERM amène un chiffre de 255 infanticides par an »*. Le mode de correction appliqué à cette estimation du nombre d'infanticides et l'extrapolation qui en découle font toutefois l'objet de contestation dans le milieu de la recherche.

Dans cette même étude, il a été relevé que 54 % des enfants décédés d'un SBS étaient maltraités chroniquement.

Par ailleurs, l'institut de veille sanitaire (InVS) avait lancé une étude prospective sur les morts inattendues des nourrissons de moins de deux ans sur la période de 2007 à 2009<sup>23</sup>. Ses résultats ont mis en évidence un taux de maltraitance *« situé vraisemblablement entre 4 % et 8 % »*. Analysant les écarts entre les chiffres très différents proposés dans diverses enquêtes, dont celle coordonnée par Anne Turz, l'InVS précisait que : *« Cette incertitude sur les chiffres de la maltraitance du fait de l'exploration insuffisante des enfants plaide en faveur d'un transport obligatoire de tout décès inattendu d'enfant de moins de deux ans en centre de référence pour une exploration comprenant un squelette complet, un fond d'œil et dans toute la mesure du possible une autopsie (obligatoire si suspicion de maltraitance), ou à défaut une imagerie cérébrale »*.

Au-delà de ces incertitudes sur les chiffres exacts, ces études font clairement apparaître la sous-estimation du nombre de décès.

---

<sup>21</sup> Sources : la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), la direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) et le ministère de la justice concernant l'activité civile des tribunaux pour enfants.

<sup>22</sup> Anne Tursz, *Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France*, Paris Le Seuil, 2010.

<sup>23</sup> *Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans* – Enquête nationale 2007-2009. Saint-Maurice : Bloch J, Denis P et Jezewski-Serra D et le comité de pilotage. Institut de veille sanitaire; 2011 - La synthèse et l'étude sont disponibles via <http://www.invs.sante.fr>. Cette étude portait sur la période allant d'octobre 2007 à septembre 2009 dans dix-sept départements, représentant 38,5 % des naissances pendant les deux années d'étude.

### 1.1.3. Des données internationales insuffisamment fournies

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la maltraitance des enfants est un problème mondial mais les données font encore défaut pour de nombreux pays. Les estimations actuelles varient considérablement selon les pays et selon la méthode de recherche utilisée. Elles sont fonction :

- des définitions de la maltraitance qui sont retenues ;
- du type de maltraitance étudié ;
- de la couverture et de la qualité des statistiques officielles ;
- de la couverture et de la qualité des études fondées sur des informations fournies par les victimes elles-mêmes ou par les parents ou les personnes qui ont la charge de l'enfant.

Depuis une trentaine d'années, un certain nombre de statistiques, de rapports ou d'études tentent de cerner le phénomène de la maltraitance et son ampleur, au niveau national et mondial, mais ils n'apportent pas d'informations complètes et fiables sur les décès de ces enfants, leurs causes, la typologie et les profils des victimes et des auteurs, leur environnement ou le suivi dont ils ont éventuellement bénéficié. Ils portent essentiellement soit sur les taux de mortalité des enfants et des jeunes, soit sur les mauvais traitements, mais ils ne se consacrent pas de façon spécifique aux décès au sein de la sphère familiale.

Ces rapports permettent simplement de rassembler quelques éléments épars d'information ou d'analyse sur ces décès.

Au niveau multilatéral, plusieurs organisations internationales se sont penchées sur la protection des enfants, notamment l'Organisation des Nations Unies, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, l'OMS et le groupe inter-organisation des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile. Quelques rapports internationaux, comme le rapport mondial sur la violence et la santé de l'OMS en 2002<sup>24</sup>, évoquent – assez succinctement – les morts des enfants mais seule une enquête spécifique du centre de recherche Innocenti de l'UNICEF a effectué en 2003 un classement des décès d'enfants liés à la maltraitance, centré sur les pays développés<sup>25</sup>.

Parallèlement à ces études internationales, à côté de leurs statistiques officielles, plusieurs pays (dont le Québec, le Canada, l'Angleterre, l'Allemagne, les États-Unis, l'Australie, la Norvège, le Chili), souvent traditionnellement investis dans le domaine de la protection de l'enfance, développent depuis longtemps des travaux de recherche, très divers – échantillons cliniques et

---

<sup>24</sup> OMS : Rapport mondial sur la violence et la santé 2002 – notamment le chapitre 3 La maltraitance des enfants et le manque de soins de la part des parents ou des tuteurs – suivi par le rapport de Paulo Sergio Pinheiro sur la violence à l'encontre des enfants, présenté en 2006 à l'assemblée générale de l'ONU.

<sup>25</sup> Bilan Innocenti n° 5 septembre 2003 : Tableau de classement des décès par suite de maltraitance dans les nations riches (29 pays de l'OCDE).

épidémiologiques<sup>26</sup>, série de cas<sup>27</sup> enquêtes de population<sup>28</sup>, etc. Si la recherche se concentre en général sur la maltraitance (*child abuse*), quelques études ont été suivies ponctuellement sur des décès d'enfants maltraités, notamment ceux des nourrissons<sup>29</sup>.

Ces documents, spécialement les rapports de l'OMS et du centre Innocenti, mettent en avant les divergences dans la classification et un manque de définitions et de méthodes de recherches communes qui rendent souvent les données peu comparables. Ils pointent particulièrement deux difficultés :

- Des chiffres globaux sur les décès d'enfants qui ne reflètent pas toujours la réalité

Lors de la mort d'un enfant, son décès est enregistré, avec mention de la cause déterminée par le personnel médical ou après enquête mais sa cause, son processus de déclaration, les critères de classification, la qualité de l'enquête sont parfois problématiques. Dans certains pays, tels les États-Unis, le décès peut déclencher automatiquement une enquête menée par une équipe multidisciplinaire d'examen des décès d'enfants ; dans d'autres, seule une enquête sommaire est menée avant que le décès ne soit classé dans les catégories « accident » ou « cause indéterminée<sup>30</sup> ».

Il est en fait difficile de calculer précisément le nombre de morts imputables à des mauvais traitements dans un pays donné et, même dans les pays développés, de repérer les cas d'infanticides. Il est donc évident que les statistiques disponibles sous-estiment les décès d'enfants par suite de maltraitance<sup>31</sup>.

- Le nombre de décès, considéré comme « *la pointe de l'iceberg de la maltraitance* »

Dans l'image de « *l'iceberg de la maltraitance* » utilisée à la suite des travaux menés aux États-Unis<sup>32</sup>, les décès sont, comme le rappelle le centre Innocenti, souvent considérés comme le point extrême d'un iceberg constitué d'une série continue de mauvais traitements et représentent un indicateur du niveau global de maltraitance infantile dans une société donnée, et même de l'efficacité des services de protection de l'enfance dans cette société. Or, ce postulat n'est pas accepté par tous : d'une part, l'absence de mesures ou de définitions communément admises sur le plan international, de la négligence ou de la maltraitance à l'égard des enfants ne permet pas d'apprécier la taille de cet

---

<sup>26</sup> Exemple : *Epidémiologie de la maltraitance et de la violence envers les enfants au Québec* Marie-Ève Clément, Nico Trocmé 1979.

<sup>27</sup> Exemples : cas en Turquie, au Sénégal, en Israël Child & Neglect 2001 / Cinq cas de néonaticide au Québec Revue Santé mentale au Québec n° 2 automne 2003, Suzanne Leveillé, Jacques Marleau, Myriam Dubé. Cinq cas figurant dans une cohorte de 75 parents ayant tué leur enfant entre 1986 et 1994 (105 enfants tués). Objectif : vérifier si ce type d'homicide représente un groupe homogène.

<sup>28</sup> Exemple : *The emerging problem of physical child abuse in South Korea* Hahm H, Guterman N 2001.

<sup>29</sup> Exemples : *Child abuse: medical diagnosis and management* – Reace Rh, Ludwig S 2nd edition Philadelphia 2001. Unnatural sudden infant death Meadow R. Archives of Disease in Childhood 1999.

<sup>30</sup> Par exemple, aux États-Unis, après une nouvelle enquête, des décès attribués initialement à certaines causes (un accident ou une mort soudaine du nourrisson) ont été finalement considérés comme des homicides. Cf. étude déjà citée *Child abuse: medical diagnosis and management*.

<sup>31</sup> Selon le bilan Innocenti établi en 2003, chaque année, dans le monde industrialisé, environ 3 500 enfants de moins de quinze ans meurent de maltraitance (coups, négligences) ; le risque de décéder par suite de maltraitance était approximativement trois fois plus élevé chez les enfants de moins d'un an que chez ceux âgés de un à quatre ans, qui eux-mêmes courent un risque deux fois plus grand que les enfants de cinq à quatorze ans.

<sup>32</sup> À partir des recherches américaines Sedlack, Broadhurst 1996 Straus, Gello 1990.

iceberg ; d'autre part, plusieurs travaux effectués sur le plan national divergent sur le fait que la mort d'un enfant victime de la maltraitance est le résultat d'une escalade de violence et de négligence.

Malgré leurs lacunes, ces travaux peuvent constituer une source de réflexion pour la communauté internationale. Afin de mieux assurer leur mission de protection des enfants – assignée par la Convention internationale des droits de l'enfant de 1989<sup>33</sup> –, les États doivent se donner les outils indispensables de mesure et d'analyse des situations, notamment des enquêtes rigoureuses, un enregistrement cohérent des décès d'enfants et une analyse systématique des données liées aux victimes et à leurs parents.

## **1.2. Plus de 70 morts par an, principalement de très jeunes enfants, tués par leurs parents**

### **1.2.1. L'enquête nationale lancée par la mission auprès des juridictions**

En raison de l'absence de recueil systématique de données, la mission a décidé de s'adresser aux juridictions détentrices des informations les plus complètes pour établir le recensement demandé. En effet, dès qu'un décès susceptible de recevoir une qualification pénale est porté à la connaissance des services de police ou de gendarmerie, le procureur de la République en est avisé. Une fois l'affaire enregistrée par le tribunal de grande instance (TGI), elle est suivie dans toutes ses phases jusqu'à son terme procédural.

Il a donc été convenu de procéder à une consultation nationale auprès des chefs de cour pour la période comprise entre 2012 et 2016<sup>34</sup>.

Pour aider les juridictions dans leur recherche et assurer une méthode unique de repérage des affaires, il a été demandé au préalable à la chancellerie de tenter d'identifier, pour chaque TGI, les affaires pouvant entrer dans la catégorie de morts violentes d'enfants visées par la lettre de mission, en opérant des tris par le code correspondant à chaque infraction retenue : le NATINF<sup>35</sup>. Pour ne pas exclure de la recherche les affaires portant sur des mineurs victimes âgés de quinze ans à dix-huit ans – le code pénal ne retenant pas de qualification spécifique pour cette catégorie de victime –, il a été extrait d'une part tous les cas de morts violentes, quel que soit l'âge de la victime, mineure et majeure, et d'autre part ceux pour lesquels la victime était âgée de moins de quinze ans.

---

<sup>33</sup> Convention internationale des droits de l'enfant adoptée par l'ONU le 20 novembre 1989, article 19 :

Alinéa 1 : « Les États doivent prendre les mesures 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 sa ou de ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié ».

Alinéa 2 : « Ces mesures de protection comprendront, selon qu'il conviendra, des programmes 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 traitement de l'enfant [...] et comprendre également, selon qu'il conviendra, des procédures d'intervention judiciaire ».

<sup>34</sup> L'année 2011 a été exclue du champ au motif que la reprise des données par l'applicatif Cassiopée (Chaîne applicative supportant le système d'information orienté procédure pénale et enfants) servant à enregistrer les procédures pénales n'était pas encore stabilisée. De même, l'année 2017 a été exclue pour ne comparer que des années complètes.

<sup>35</sup> La base de données NATINF (Nature d'infraction), créée en 1978 lors de l'informatisation des premiers tribunaux, recense la plupart des infractions pénales en vigueur et évolue au gré des modifications législatives et réglementaires. Un code NATINF est attribué à chaque qualification pénale. Pour les besoins de la mission, une liste de codes NATINF a été établie avec l'aide de la DACG et de la sous-direction de la statistique et des études cf. annexe 5.

Il a ainsi été établi une présélection, dépassant volontairement le champ de la mission, à partir de numéros de parquet devant servir de support aux recherches des TGI.

La consultation nationale auprès des chefs de cour a été lancée en juillet 2017<sup>36</sup>. Par leur intermédiaire, chaque TGI, après avoir identifié les cas de morts violentes de mineurs de moins de dix-huit ans, devait répondre, de manière anonymisée, à un certain nombre de questions, notamment l'âge et le sexe des enfants décédés, l'âge et le sexe des auteurs présumés au moment des faits, le lien entre l'auteur et la victime, le département où les faits ont été commis, l'année des faits, le ou les codes NATINF et la suite judiciaire donnée.

Il était par ailleurs demandé des renseignements sur la famille du mineur : était-elle connue de l'ASE antérieurement aux faits (information préoccupante, mesure d'assistance éducative, etc.) ? Était-elle connue par d'autres services sociaux (travailleurs sociaux de secteur, centre communal d'action sociale (CCAS), PMI) ? Était-elle suivie par le juge des enfants ? Y avait-il eu des signalements avant le décès ?

Il convenait de préciser s'il s'agissait d'un décès à la suite du SBS ou à d'autres types de violences, d'un décès à la suite de privation de soins ou d'un décès dans le cadre de meurtres multiples. Pour chaque cas identifié, il était demandé si l'affaire avait été signalée au parquet général.

Plusieurs de ces questions exigeaient, au-delà de l'exploitation du fichier informatique Cassiopée<sup>37</sup>, la consultation du dossier. Il était donc important d'en limiter le nombre et la complexité. Les extractions opérées par l'administration centrale pouvant ne pas être totalement exhaustives<sup>38</sup>, il était demandé aux chefs de juridiction de compléter, au besoin, la recherche à l'aide d'outils propres<sup>39</sup>.

En janvier 2018, la mission recevait l'intégralité des retours des cours d'appel. Le fait que toutes les juridictions aient répondu apporte crédit au recensement. Il ne doit toutefois pas en occulter les limites. Il est apparu ainsi, au cours des déplacements de la mission, que certains cas n'avaient pas été comptabilisés. Par ailleurs, quelques dossiers étudiés ne figuraient pas dans les réponses apportées par les juridictions. Ces omissions peuvent avoir plusieurs causes, parmi lesquelles les dessaisissements d'un TGI au profit d'un autre et les erreurs matérielles. Ces omissions indiquent tout d'abord que les juridictions n'ont pas mis en place de dispositif d'enregistrement spécifique de ces affaires. Elles suggèrent ensuite que le nombre de morts violentes d'enfants identifiées comme telles par la justice est très probablement supérieur à celui obtenu au terme de l'enquête.

Quant aux renseignements apportés, la qualité des réponses a pu être inégale, notamment sur les questions relatives à la famille du mineur et son éventuel suivi par les différents services de l'État et des collectivités locales (commune et conseil départemental), qui exigeaient une lecture fine de la procédure. Au demeurant, le suivi et le rôle des intervenants sociaux ne font pas toujours l'objet d'investigations. C'est donc avec une certaine prudence que ces réponses ont été analysées.

---

<sup>36</sup> La quasi-totalité des cours ont été sollicitées, seules deux d'entre elles n'ayant pas eu à connaître d'affaires de ce type.

<sup>37</sup> Cf. note sur Cassiopée précitée.

<sup>38</sup> En raison d'erreurs de saisie ou de saisie incomplète à la source ou au niveau central.

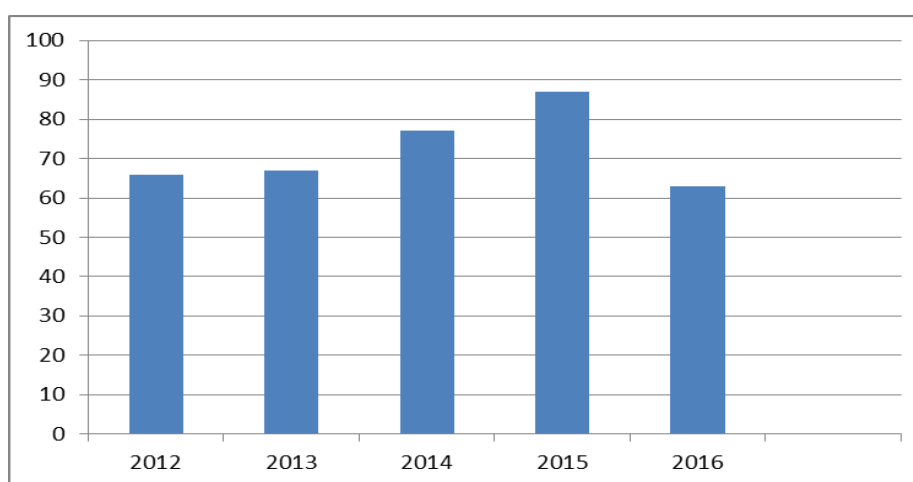
<sup>39</sup> Tel que le logiciel Esabora utilisé notamment pour la gestion des dossiers signalés et la communication entre les procureurs et les procureurs généraux.

Il est à noter qu'une part importante des procédures ne figurait pas parmi les affaires signalées au parquet général<sup>40</sup>. **Cf. Recommandation n° 27.**

### 1.2.2. Les constats majeurs

Au total, sur les cinq années étudiées, ce sont 363 morts violentes qui ont été recensées, soit l'équivalent de 72 morts par an entre 2012 et 2016, avec, comme le montre le graphique ci-dessous, peu d'évolutions d'une année sur l'autre, en dehors du « pic » constaté en 2015 qu'il n'est pas possible d'interpréter en l'état. Cela représente un peu moins de la moitié du nombre de femmes tuées par leur compagnon en 2016<sup>41</sup>.

**Graphique 1 : Nombre de morts violentes d'enfants en milieu intrafamilial entre 2012 et 2016**



Source : données recueillies auprès des cours d'appel et des tribunaux de grande instance pour la mission

Au-delà de ces données générales, ce recensement fait apparaître plusieurs constats intéressants.

#### 1.2.2.1 Des enfants jeunes, tués très majoritairement par leurs parents

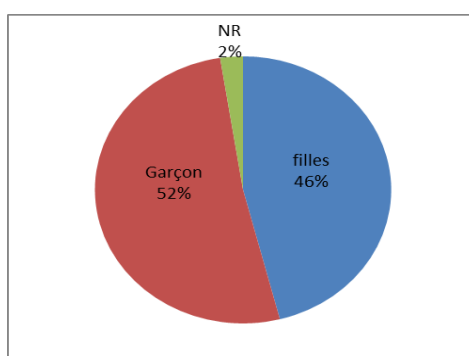
##### A. Plus de la moitié des enfants tués ont moins d'un an

Le nombre d'enfants victimes de sexe masculin est sensiblement identique à celui des enfants de sexe féminin.

<sup>40</sup> Sont signalées au parquet général les affaires méritant une attention et un suivi spécifiques. Sur l'ensemble des procédures, sur les 363 décès décomptés, ont été dénombrées 134 affaires signalées et 109 non signalées, la rubrique « affaires signalées oui/non » n'ayant pas été renseignée pour les autres.

<sup>41</sup> En 2016, 123 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ancien partenaire, « intime officiel » ou conjoint, concubin, pacsé ou « ex » ou non officiel (« petit ami », amant, relation épisodique), ministère de l'intérieur, MIPROF-DAV : Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2016.

**Graphique 2 : Sexe des enfants victimes recensés entre 2012 et 2016**

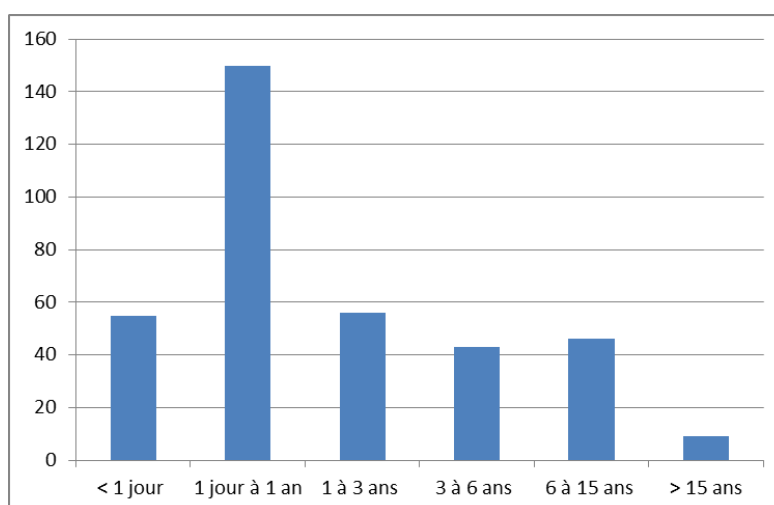


Source : données recueillies auprès des cours d'appel et des tribunaux de grande instance pour la mission

Si le sex-ratio n'est donc pas particulièrement significatif, l'âge des enfants l'est. On constate en effet que les enfants de moins d'un an représentent plus de la moitié des victimes (205 sur 363). Viennent ensuite ceux âgés entre un et six ans puis ceux entre six et quinze ans. En revanche, au-delà de quinze ans, les cas sont très rares.

Ce sont donc les nourrissons et les plus jeunes enfants qui sont le plus exposés, et, parmi eux, ceux âgés de moins de six ans. Un quart d'entre eux sont en âge scolaire, âge pendant lequel le suivi médical, social, scolaire et, le cas échéant, judiciaire est primordial.

**Graphique 3 : Âge des enfants victimes recensés entre 2012 et 2016**



Source : données recueillies auprès des cours d'appel et des tribunaux de grande instance pour la mission

## **B. Les personnes impliquées dans les morts violentes d'enfants sont des parents de tous âges**

Les données qui suivent reposent sur le total des auteurs présumés ou condamnés pour les morts violentes d'enfants recensées par les juridictions. Elles intègrent donc, outre les affaires jugées, les quelques procédures ayant fait l'objet d'un classement sans suite<sup>42</sup>, le plus souvent pour extinction

<sup>42</sup> Dix affaires classées sur la période considérée, parmi lesquelles une pour infraction insuffisamment caractérisée suivant les indications précisées.



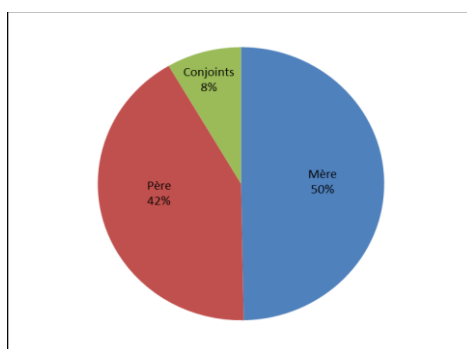
de l'action publique en raison du décès de l'auteur, les affaires ayant fait l'objet d'un non-lieu<sup>43</sup> ainsi que celles n'ayant pas été définitivement jugées au moment de la consultation<sup>44</sup>. Au-delà de la culpabilité des personnes, c'est le rapport de causalité avec le décès qui a été privilégié pour l'analyse.

Ce sont très majoritairement les mères et les pères qui sont à l'origine des faits, les conjoints de ces derniers, presque toujours de sexe masculin<sup>45</sup>, représentant 8 % des cas.

Dans la plupart des cas, le père ou la mère a agi seul, les mères étant impliquées dans un nombre légèrement supérieur à celui des pères<sup>46</sup>. Les deux parents sont impliqués dans une faible part de cas (9 %). La mère l'est aux côtés de son conjoint dans une part encore plus faible (3 %).

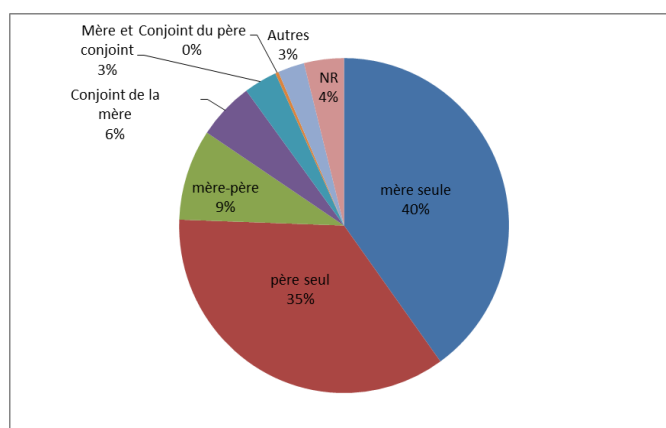
La part des personnes très jeunes est relativement faible : 3 % ont moins de 18 ans et 7 % ont entre 18 et 20 ans. Un quart a entre 30 et 40 ans et une part non négligeable est âgée de plus de 40 ans.

**Graphique 4 : Qualité des auteurs présumés**



Source : données recueillies auprès des cours d'appel et des tribunaux de grande instance pour la mission

**Graphique 5 : Personnes impliquées dans le décès de l'enfant**



Source : données recueillies auprès des cours d'appel et des tribunaux de grande instance pour la mission

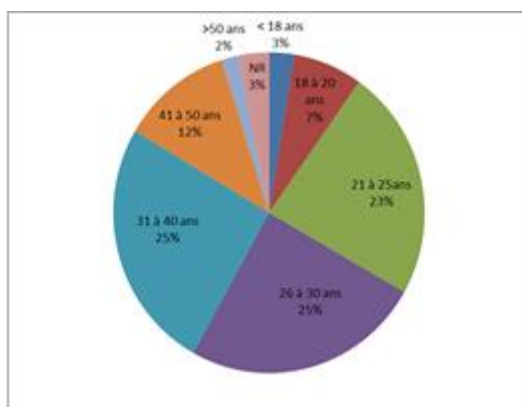
<sup>43</sup> Sur les cinq années recensées, 36 affaires ont fait l'objet d'un non-lieu pour irresponsabilité pénale, extinction de l'action publique en raison du suicide de l'auteur ou plus rarement (un cas renseigné) pour absence de charge.

<sup>44</sup> 90 affaires sont indiquées comme étant jugées et 167 comme non jugées.

<sup>45</sup> Dans un seul cas, il s'agit de la belle-mère.

<sup>46</sup> Ce constat doit être rapproché de l'analyse sur les néonaticides détaillée *infra*, partie C.

### Graphique 6 : Âge des personnes impliquées dans le décès de l'enfant



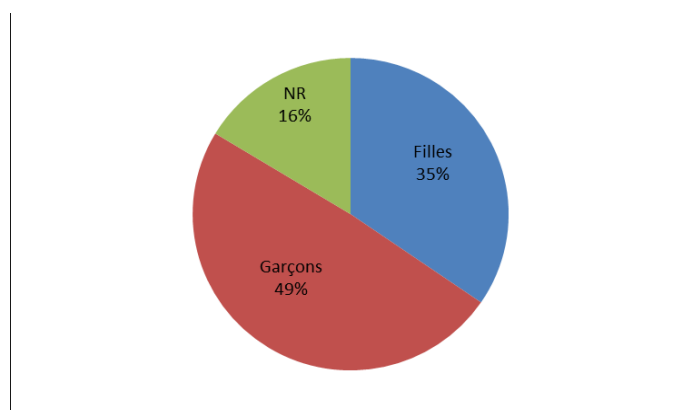
Source : données recueillies auprès des cours d'appel et des tribunaux de grande instance pour la mission

### C. Les néonaticides ne sont pas principalement le fait de jeunes mères

Sur les 363 cas recensés, il a été décompté 55 néonaticides<sup>47</sup>, soit 15 % des situations. Même si la part des cas non renseignés est importante, il semble que les victimes garçons sont plus représentées que les filles.

Sans surprise, les personnes à l'origine de ces meurtres sont, dans la quasi-totalité des cas, les mères. Si la part de celles de moins de dix-huit ans est plus importante que pour l'ensemble des cas, elle reste très minoritaire (10 %) ; un quart des femmes ont entre 18 et 25 ans et la moitié entre 30 et 40 ans. Les néonaticides ne sont donc pas le fait principalement de jeunes femmes comme on pourrait le penser.

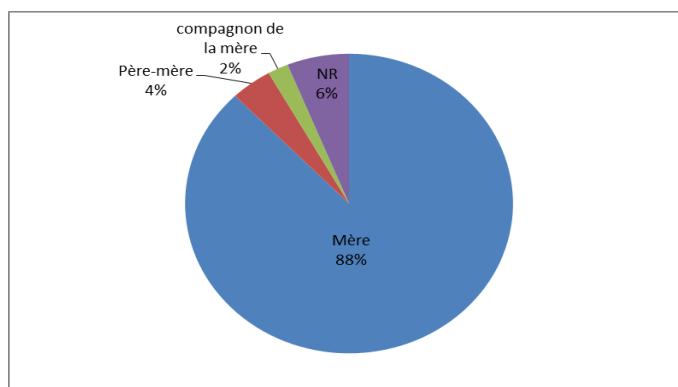
### Graphique 7 : Sexe des enfants victimes de néonaticide



Source : données recueillies auprès des cours d'appel et des tribunaux de grande instance pour la mission

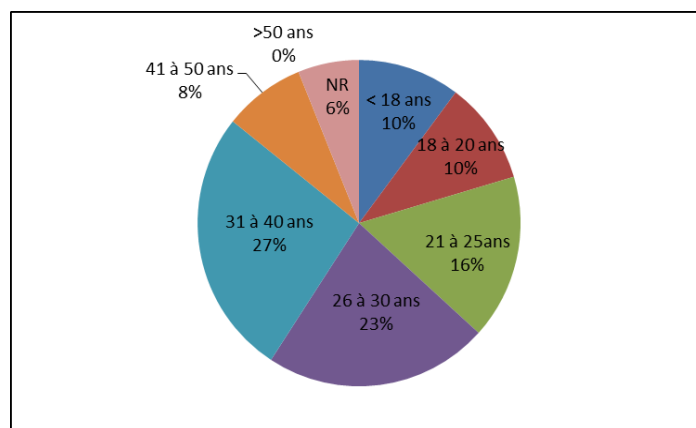
<sup>47</sup> Les infanticides désignent le meurtre d'un enfant de moins d'un an et les néonaticides, terme plus précis proposé en 1970 par un psychiatre, Philip Resnick, définissent le meurtre d'un nouveau-né dans ses premières vingt-quatre heures.

**Graphique 8 : Qualité des personnes impliquées dans les néonaticides commis entre 2012 et 2016**



Source : données recueillies auprès des cours d'appel et des tribunaux de grande instance pour la mission

**Graphique 9 : Âge des personnes impliquées dans les néonaticides commis entre 2012 et 2016**



Source : données recueillies auprès des cours d'appel et des tribunaux de grande instance pour la mission

**D. Hormis les néonaticides, plus de la moitié des enfants de moins d'un an sont victimes du syndrome du bébé secoué et les pères sont très majoritairement impliqués**

Selon la consultation, 86 enfants sur 363 sont décédés à la suite du SBS<sup>48</sup>. Hormis les cas de néonaticides, plus de la moitié des enfants de moins d'un an ont été victimes du SBS<sup>49</sup>.

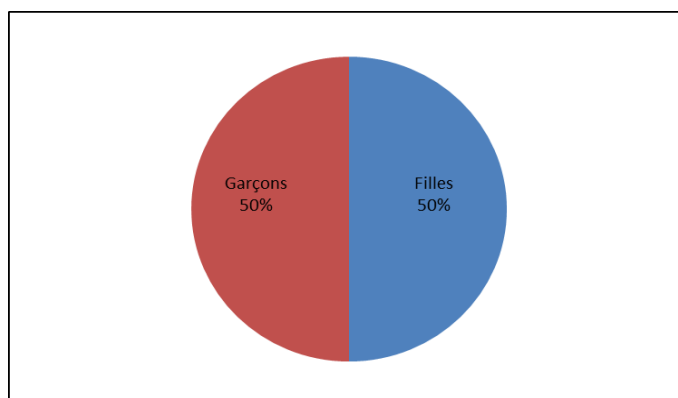
Ces enfants sont également répartis entre les garçons et les filles<sup>50</sup>.

<sup>48</sup> Le syndrome du bébé secoué (SBS) est un sous-ensemble des traumatismes crâniens infligés ou traumatismes crâniens non accidentels (TCNA), dans lequel c'est le secouement, seul ou associé à un impact, qui provoque le traumatisme crânio-cérébral. Les secousses en cause sont toujours violentes, produites le plus souvent par une saisie manuelle du thorax du bébé sous les aisselles. Les décélération brutales antéro-postérieures de la tête sont responsables d'un ballonnement du cerveau dans la boîte crânienne et de l'arrachement des veines ponts situées à la convexité. Source : Haute autorité de santé (HAS).

<sup>49</sup> 86 sur 150 enfants de plus d'un jour à un an.

<sup>50</sup> Selon les informations diffusées par la HAS, si l'on considère l'ensemble des enfants victimes de secouements, qu'ils soient décédés ou non, ceux de sexe masculin seraient plus exposés.

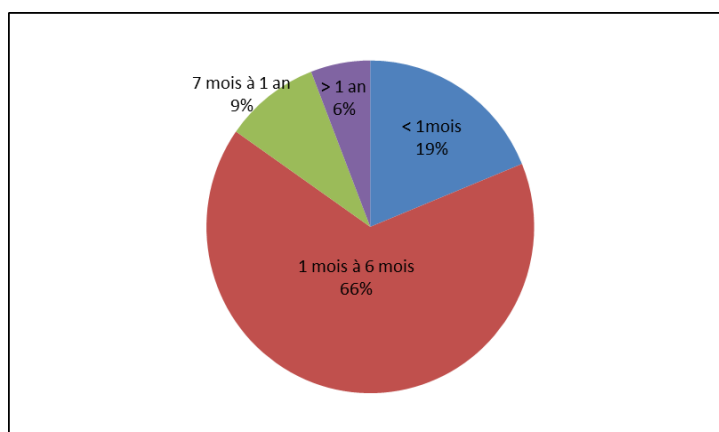
**Graphique 10 : Sexe des enfants décédés à la suite du syndrome du bébé secoué**



Source : données recueillies auprès des cours d'appel et des tribunaux de grande instance pour la mission

Les faits surviennent de la naissance à un an. Si un nombre important de morts d'enfant se produit au cours du premier mois (20 % des cas), la part des enfants âgés d'un mois à six mois représente les deux tiers<sup>51</sup>.

**Graphique 11 : Âge des enfants décédés à la suite du syndrome du bébé secoué**



Source : données recueillies auprès des cours d'appel et des tribunaux de grande instance pour la mission

Les pères sont, dans près de trois quarts des cas, impliqués seuls ou avec les mères et, dans les deux tiers des cas, seuls. Les mères, quant à elles, sont impliquées seules dans moins de 20 % des cas et leur conjoint dans moins de 10 %.

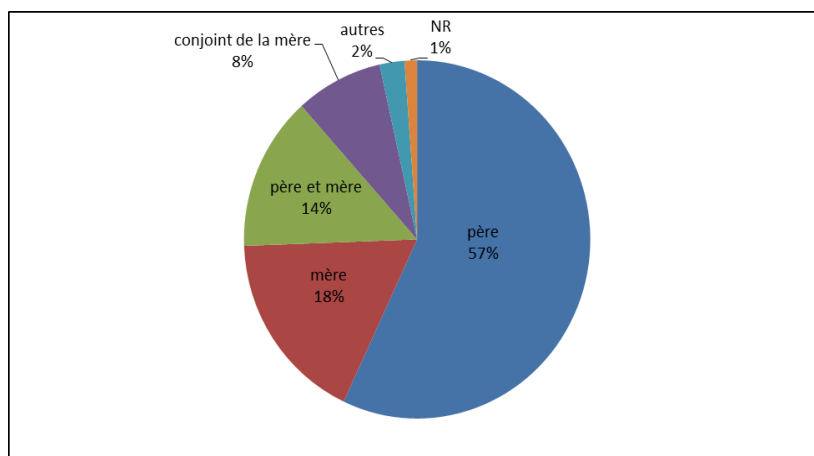
Dans près de 80 % des cas, les hommes sont en cause dans les décès à la suite du SBS.

Les faits sont qualifiés principalement de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner sur un mineur de quinze ans par un ascendant ou une personne ayant autorité sur la victime<sup>52</sup> et, beaucoup plus rarement, de meurtre d'un mineur de quinze ans ou d'homicide involontaire.

<sup>51</sup> Données conformes à celles diffusées par la HAS pour les enfants victimes du SBS, quelles qu'en soient les conséquences.

<sup>52</sup> Cela concerne 52 cas recensés, le meurtre d'un mineur de quinze ans ayant été retenu dans quatre dossiers et l'homicide involontaire dans deux dossiers.

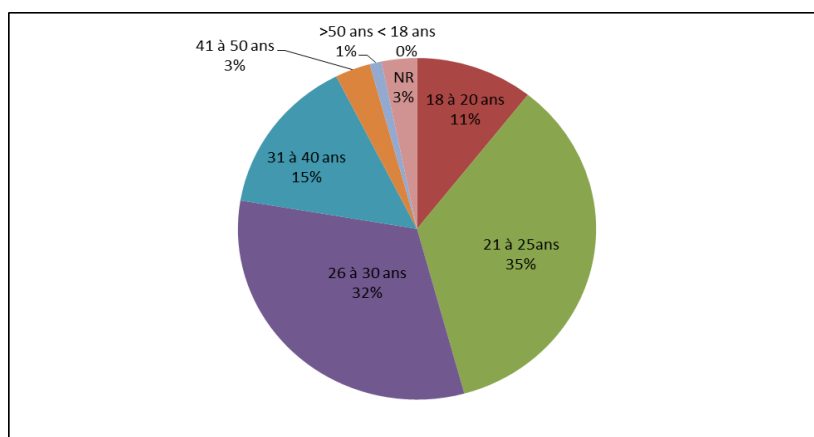
**Graphique 12 : Personnes impliquées dans le décès d'enfants victimes du SBS**



Source : données recueillies auprès des cours d'appel et des tribunaux de grande instance pour la mission

La fourchette de l'âge des personnes impliquées est très étendue puisqu'elle varie de moins de 18 à 50 ans, les âges les plus répandus étant compris entre 20 et 30 ans. Les personnes âgées de moins de 20 ans sont minoritaires, au même titre que celles âgées de plus de 50 ans.

**Graphique 13 : Âge des personnes impliquées dans le décès d'enfants victime du SBS**



Source : données recueillies auprès des cours d'appel et des tribunaux de grande instance pour la mission

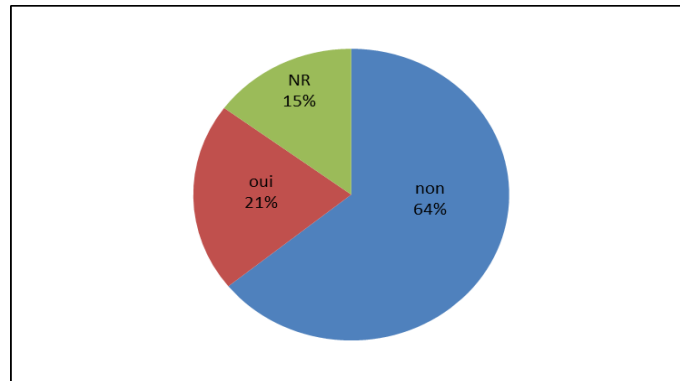
### 1.2.2.2 Des familles majoritairement non suivies

Dans la plupart des cas, les familles n'étaient pas suivies par les services institutionnels – l'ASE et les autres services sociaux (travailleurs sociaux de secteur, PMI, CCAS) – ou le juge des enfants.

#### A. Familles suivies par l'ASE

Dans 64 % des cas, les familles n'étaient pas suivies par les services de l'ASE. En revanche, dans 21 % des cas, soit 76 enfants décédés sur 363, la famille l'était, étant précisé que cette rubrique n'a pas été renseignée dans 15 % des cas.

**Graphique 14 : Familles suivies par l'ASE**



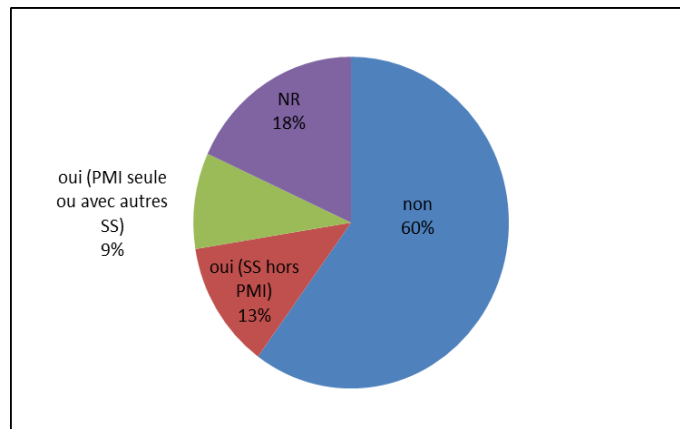
Source : données recueillies auprès des cours d'appel et des tribunaux de grande instance pour la mission

### **B. Familles suivies par d'autres services sociaux**

S'agissant des autres services sociaux (travailleurs sociaux de secteur, PMI et CCAS), les familles n'étaient pas suivies dans 61 % des cas mais, dans 21 % des cas, elles l'étaient par l'un ou l'autre de ces services, ce qui représente 79 enfants décédés, étant précisé que cette rubrique n'a pas été renseignée dans 18 % des cas.

Il peut paraître étonnant qu'il y ait quasiment autant de familles suivies par l'ASE que par les autres services sociaux. L'explication réside peut-être dans le nombre de cas non renseignés, cette information ne figurant pas nécessairement dans les dossiers judiciaires. En outre, de nombreuses juridictions ont répondu que la famille était suivie par l'ASE et n'ont pas répondu pour les autres suivis sociaux.

**Graphique 15 : Familles suivies par d'autres services sociaux**

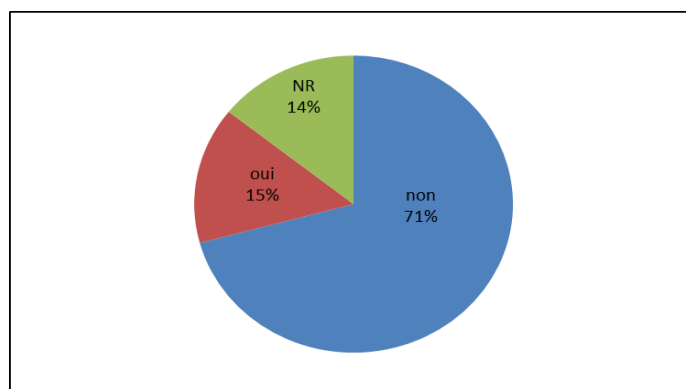


Source : données recueillies auprès des cours d'appel et des tribunaux de grande instance pour la mission

### **C. Familles suivies par le juge des enfants**

Les juridictions ont répondu que, dans la plupart des cas (71 %), la famille n'était pas suivie par le juge des enfants sauf dans 15 %, ce qui correspond à 54 procédures d'enfants décédés.

**Graphique 16 : Familles suivies par le juge des enfants**



Source : données recueillies auprès des cours d'appel et des tribunaux de grande instance pour la mission

### 1.2.2.3 Une répartition inégale des cas sur le territoire français qui pose question

L'analyse des données recensées entre 2012 et 2016 par cour d'appel, département et région fait apparaître des disparités qui peuvent surprendre<sup>53</sup>.

Ainsi, comment interpréter les dix-huit victimes recensées sur la cour d'appel de Pau et de Nancy par rapport aux dix-sept cas recensés à Aix-en-Provence, cour qui compte une population plus de trois fois supérieure, le nombre de victimes recensées par les cours d'appel de Colmar (douze), Reims (douze) et Riom (onze) à égalité avec la cour d'appel de Versailles, dont la population est deux fois plus importante, ou encore le très faible nombre de cas (deux) sur la cour d'appel de Dijon ?

La même disparité se retrouve dans les régions et les départements.

Dans la région Île-de-France où le nombre de cas est le plus élevé, il a été recensé un cas dans les Hauts-de-Seine, deux en Seine-Saint-Denis, quatre à Paris, quatre dans le Val-d'Oise, neuf dans l'Essonne, quatorze en Seine-et-Marne et quatorze dans le Val-de-Marne, soit au total 48 cas.

Si on rapporte le nombre de cas pour 100 000 habitants mineurs, ce sont, en France métropolitaine, les régions Grand Est<sup>54</sup> et Centre-Val-de-Loire<sup>55</sup> qui connaissent le plus d'homicides d'enfants en milieu intrafamilial avec 0,81 cas, contre 0,41 en Île-de-France.

Les départements qui ont connu le plus de décès sont le Nord et le Pas-de-Calais (dix-sept cas), le Val-de-Marne, la Seine-et-Marne (quatorze) et la Gironde (treize). Si on rapporte les données recensées au nombre de cas pour 100 000 habitants mineurs, ce sont les départements de la Meuse (20,04 cas / 9 en valeur réelle), la Nièvre (9,36 cas / 4 en valeur réelle), la Creuse (8,92 cas / 2 en valeur réelle), le Tarn (8,07 cas / 7 en valeur réelle), la Haute-Loire (7,65 cas / 4 en valeur réelle), les Pyrénées-Atlantiques (7,57 cas / 11 en valeur réelle) et la Haute-Saône (7,07 cas / 4 en valeur réelle) où il y a le plus d'homicides<sup>56</sup>.

<sup>53</sup> Cf. annexes 6, 7 et 8.

<sup>54</sup> 45 cas en valeur réelle.

<sup>55</sup> 21 cas en valeur réelle.

<sup>56</sup> Dans certains cas, le nombre de décès en valeur réelle est inférieur à la valeur rapportée à 100 000 habitants mineurs parce que la population des personnes mineures de ce département est inférieure à celle de référence.

En revanche, selon les informations transmises par les juridictions, 23 départements n'ont enregistré aucun cas sur la période considérée.

Pour expliquer ces disparités, seules des hypothèses peuvent être formulées à ce stade, d'autant que l'analyse porte sur des petits chiffres, hypothèses tenant à des facteurs socioéconomiques, au maillage des services sociaux et de santé, aux politiques publiques plus ou moins volontaristes, aux moyens ou à la qualité de la coordination entre les services. On ne peut exclure non plus les différences dans la détection de cas de bébés secoués. Dans un article sur les homicides dans la France contemporaine<sup>57</sup>, le sociologue Laurent Mucchielli rappelle que « *le phénomène homicide est inégalement réparti sur le territoire métropolitain* ». Il montre que les taux d'homicides (nombre / 100 000 habitants), tous âges confondus, varient fortement d'un département à l'autre, et que c'est une constante dans le temps. On peut émettre l'hypothèse qu'il en va de même pour les homicides sur les enfants.

Ces interrogations pourraient faire l'objet d'une recherche à part entière intégrant notamment des investigations sur les pratiques de signalement dans les établissements de santé.

### **1.2.3. Un recensement qui ne reflète qu'une partie du phénomène pour les enfants de moins d'un an**

Le nombre de 72 enfants victimes chaque année de mort violente en milieu intrafamilial représente un seuil minimum qui ne comprend pas l'ensemble des enfants âgés de moins d'un an<sup>58</sup>. Il ne tient en effet pas compte du « chiffre noir<sup>59</sup> » que constituent les néonaticides non révélés et les enfants victimes du SBS non diagnostiqué<sup>60</sup>.

D'une part, des femmes parviennent à dissimuler leur grossesse puis à la naissance, sans éveiller les soupçons, à faire disparaître leurs enfants qui n'ont aucune existence légale, comme en témoigne les cas des bébés congelés découverts par hasard.

D'autre part, certains bébés secoués échappent à la statistique. Pour de nombreux professionnels rencontrés – magistrats, médecins légistes et pédiatres en particulier –, des décès de très jeunes enfants restent suspects faute d'autopsie parce que l'obstacle médico-légal n'a pas été retenu par le médecin<sup>61</sup> et qu'il n'a pas été procédé à une autopsie à visée purement médicale<sup>62</sup>. La réticence de certains professionnels de la santé à évoquer des mauvais traitements peut constituer aussi un frein à la recherche des causes de la mort, cette réticence pouvant s'expliquer par la crainte de ne pas

---

<sup>57</sup> Laurent Mucchielli, *Les homicides dans la France contemporaine (1970-2007) : évolution, géographie et protagonistes*, CESDIP 2009.

<sup>58</sup> Cf. partie 1.1.2.

<sup>59</sup> L'ampleur du phénomène est si inquiétante qu'experts et spécialistes s'accordent tous aujourd'hui pour parler de « chiffres noirs » de la maltraitance.

<sup>60</sup> Voir en ce sens les travaux du Dr Caroline Rey-Salmon, pédiatre, médecin légiste.

<sup>61</sup> En cas d'obstacle médico-légal, selon l'article 81 du code civil, lorsque le médecin constate des signes ou relève des indices de mort violente, ou d'autres circonstances qui donnent lieu à soupçon, la décision d'ordonner une autopsie revient à l'autorité judiciaire. Elle n'est pas systématique.

<sup>62</sup> En Gironde, afin d'éviter cet écueil, il a été décidé par le centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux et le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) que le médecin retienne systématiquement l'obstacle médico-légal en cas de mort inattendue du nourrisson pour que soit ordonnée une autopsie par le procureur de la République.



infliger une violence supplémentaire aux familles<sup>63</sup>. L'autopsie médico-légale systématique permettrait d'identifier la cause exacte de la mort et contribuerait à une politique générale de prévention<sup>64</sup>. **Cf. Recommandation n° 1.**

## 2. Les enseignements tirés de l'analyse de cas à partir des dossiers judiciaires

Parallèlement au dépouillement des résultats de l'enquête menée auprès de l'ensemble des juridictions, la mission a procédé à une analyse spécifique de dossiers judiciaires dont le nombre était assez élevé pour en tirer des enseignements.

### 2.1. Cinquante décès d'enfants analysés à travers l'étude de quarante-cinq dossiers judiciaires

#### 2.1.1. Un échantillon de quarante-cinq affaires analysées de façon détaillée et multidimensionnelle

##### 2.1.1.1 Portée et limites d'un travail fondé sur l'analyse rétrospective de dossiers judiciaires

Conformément à la commande interministérielle, la mission a effectué des études de cas afin de mieux comprendre – et par la suite prévenir – les morts d'enfants dans un cadre intrafamilial.

Ce travail a été réalisé exclusivement sur dossier, grâce à la copie de procédures pénales – essentiellement des dossiers d'assises et uniquement des affaires jugées au moins une fois – obtenues auprès des procureurs généraux. Ces derniers ont été sollicités sur la base d'un premier recensement d'affaires dont les médias s'étaient fait l'écho. La DACG a été interrogée pour compléter ce recensement et obtenir un éventail de cas aussi large que possible (âge des victimes, nature des violences, caractéristiques des auteurs, suivi social, médical, judiciaire ou scolaire antérieurs au décès, etc.), sur la période 2010-2015 (année des faits)<sup>65</sup>.

Au total, la mission a étudié 45 dossiers (correspondant au décès de 50 enfants) en s'efforçant, pour chacun, de :

- repérer puis évaluer les « indicateurs de vulnérabilité » (facteurs de risque d'ordre social, familial, psychologique) ;
- identifier les « signaux d'alerte » ;

---

<sup>63</sup> C'est aussi le constat du Dr Caroline Rey-Salmon et du Dr Anne Turz, déjà évoquées. Cf. *Les morts violentes de nourrissons : trajectoire des auteurs-traitement judiciaire des affaires*, Anne Turz, Inserm- CNRS, février 2011.

<sup>64</sup> Cette proposition rejoint la recommandation N° R (99) 3 du 2 février 1999 du comité des ministres du Conseil de l'Europe relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsies médico-légales, qui prévoit notamment que « *les autopsies devraient être réalisées dans tous les cas de morts non naturelles évidentes ou suspectées (...), en particulier dans le cas de la mort subite inattendue, y compris la mort subite du nourrisson.* »

<sup>65</sup> Période légèrement différente de la période retenue pour le recensement (2012-2016).

- recenser les mesures, de tout type (social, médical, judiciaire, scolaire), dont les enfants ou leurs familles bénéficiaient, en les confrontant au cadre juridique, aux recommandations et aux bonnes pratiques applicables à la protection de l'enfance.

Chaque dossier a ainsi été analysé en détail (ordonnance de mise en accusation, autopsies, auditions et interrogatoires, enquêtes de personnalité, expertises psychiatriques et psychologiques, etc.) par les membres des trois inspections générales puis débattu collégialement afin d'en tirer des enseignements sur les « facteurs ou zones à risques », les dysfonctionnements repérés et les moyens de prévenir ces décès.

Malgré la richesse des dossiers judiciaires, cette analyse présente deux limites.

La première tient au « filtre » exercé par l'institution judiciaire : n'ont été étudiés que des cas portés à la connaissance des autorités judiciaires et, pour l'essentiel, qui ont abouti à un renvoi devant la cour d'assises<sup>66</sup>.

La seconde découle du contenu de ces dossiers judiciaires : la procédure d'instruction se focalise logiquement sur les auteurs des faits et n'apporte pas toujours une information complète sur les éléments de contexte, notamment médicaux, et sur les mesures de prévention ou de protection de l'enfance.

Enfin, l'efficacité des actions de la protection de l'enfance renvoyée par ces dossiers est doublement biaisée :

- les mesures mises en œuvre – et surtout celles qui n'ont pas été mises en œuvre – sont analysées à la lumière de l'issue fatale de ces situations. Il est évidemment plus simple d'évaluer après coup un danger ou l'inadéquation d'une prise en charge ;
- les faits retracés datent de plusieurs années (2010 pour le plus ancien) et s'inscrivent dans un contexte (législatif, réglementaire, institutionnel, professionnel, etc.) en matière de protection de l'enfance qui a sensiblement évolué depuis les deux dernières lois<sup>67</sup>.

#### *2.1.1.2 Un échantillon pouvant être considéré comme représentatif*

Compte tenu des conditions dans lesquelles le choix des dossiers a été réalisé, la mission n'a pas été en mesure d'établir un échantillon à valeur scientifique. Elle constate cependant que les 45 dossiers présentent un éventail de situations qui correspond, globalement, aux caractéristiques générales des décès d'enfants dans le cadre intrafamilial.

Toutefois, quelques différences peuvent être pointées : les victimes de l'échantillon sont sensiblement plus âgées (surreprésentation de la tranche d'âge des 3 - 6 ans) et les faits commis par des auteurs multiples (notamment père-mère) sont moins nombreux pour les 45 cas étudiés.

Les dossiers étudiés offrent une description fine des victimes et des auteurs.

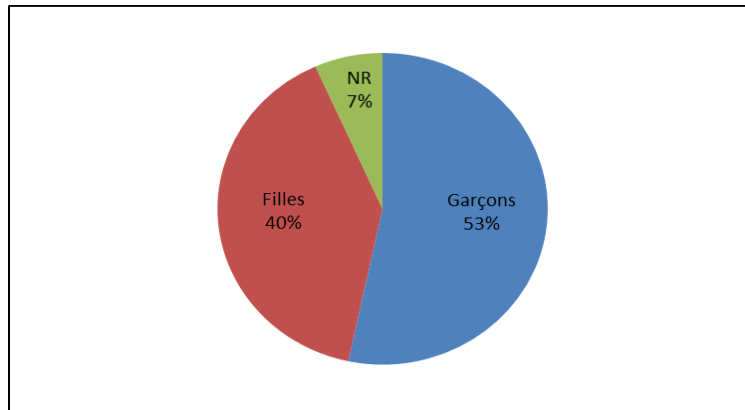
---

<sup>66</sup> Seuls cinq dossiers ayant abouti à un non-lieu, trois à la suite du suicide de l'auteur présumé et deux pour abolition du discernement, figurent dans l'échantillon étudié.

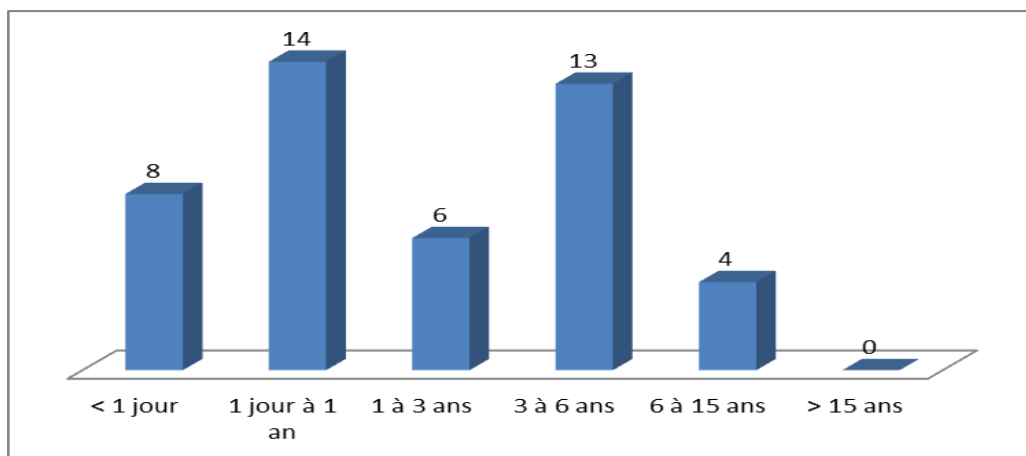
<sup>67</sup> Cf. partie 2.2.3.3 - B.

Les victimes, au nombre de 50 (quatre meurtres multiples), sont en légère majorité de sexe masculin. Elles sont souvent jeunes et même très jeunes (les deux-tiers ont moins de trois ans) et 27 d'entre elles ont moins d'un an.

**Graphique 17 : Sexe des enfants**



**Graphique 18 : Âge des enfants**

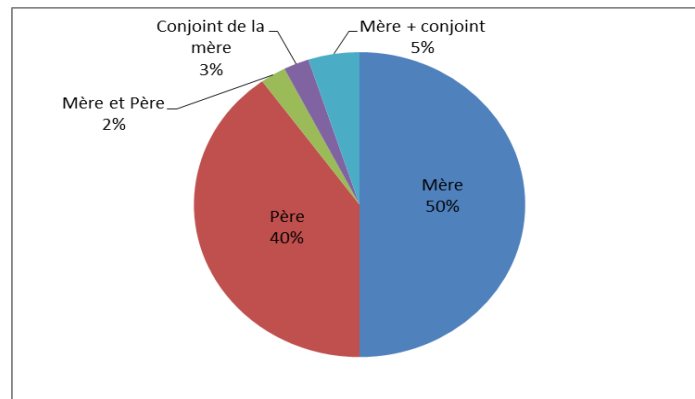


Source : travaux de la mission à partir des dossiers judiciaires étudiés

Les auteurs<sup>68</sup>, au nombre de 50, sont presque exclusivement les parents biologiques des victimes. Il s'agit, dans plus de la moitié des cas, de la mère, éventuellement associée au père ou à un autre conjoint. Ces auteurs sont relativement jeunes, plus de la moitié d'entre eux ont moins de 30 ans et un seul était mineur au moment des faits.

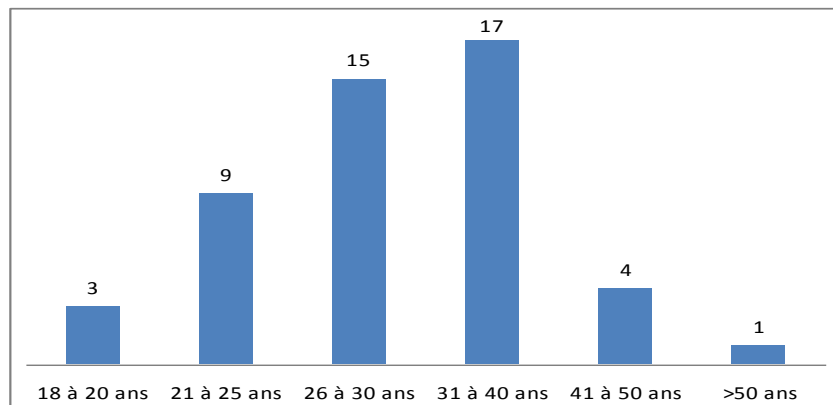
<sup>68</sup> Dans cette analyse, il n'est pas fait de distinction entre auteurs principaux et secondaires.

**Graphique 19 : Statut des auteurs**



Source : travaux de la mission à partir des dossiers judiciaires étudiés

**Graphique 20 : Âge des auteurs**



Source : travaux de la mission à partir des dossiers judiciaires étudiés

Les 45 dossiers proviennent de 27 départements et 11 régions différents, uniquement en métropole.

### 2.1.2. Des parents et des enfants qui cumulent de nombreux facteurs de vulnérabilité

Il a semblé important à la mission de construire son analyse à partir d'« indicateurs de vulnérabilité ». Pour chaque situation, elle s'est efforcée d'identifier des facteurs de risque *a priori*, puisés dans différents registres (social, familial, psychologique, etc.), qui permettent de décrire le contexte familial et de quantifier ces différents indicateurs de vulnérabilité.

Au niveau international, la problématique de la mesure et de la surveillance de la maltraitance des enfants s'est fortement développée depuis les années 2000. Si certains pays, comme les États-Unis ou le Canada, se sont depuis longtemps équipés d'outils leur fournissant des éléments sur la question et sur la façon dont sont pris en charge les enfants dans leurs dispositifs de protection de l'enfance<sup>69</sup>, d'autres pays, dont la France, se sont saisis de cet aspect plus récemment.

Ces indicateurs constituent un outil fonctionnel à destination des différents services ayant pour mission la protection de l'enfance. Ils présentent l'intérêt d'une part, de mesurer l'ampleur du

<sup>69</sup> U.S. Department of Health and Human Services, 2011, Agence de la santé publique du Canada, 2010.

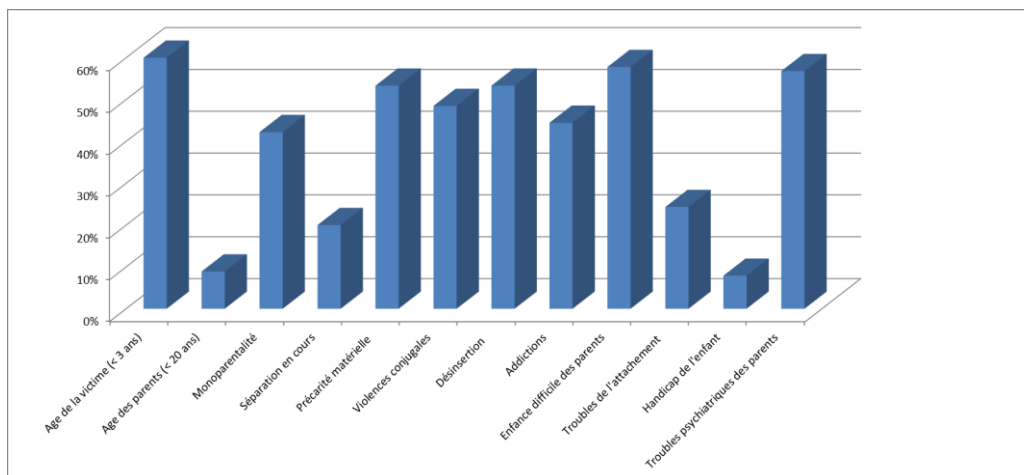
problème de la maltraitance des enfants et d'autre part, de montrer comment ce niveau de maltraitance s'articule généralement avec des facteurs sociaux, économiques et environnementaux.

Les facteurs renseignés par la mission, qui figurent dans le graphique suivant, sont au nombre de douze. Ils ont été établis à partir de la littérature et d'exemples de terrain qui lui ont été signalés<sup>70</sup>. Cette notion de vulnérabilité a été posée par la mission, non pas comme un état, mais comme un processus qui impose de l'appréhender à partir d'une approche longitudinale des situations vécues par ces familles au sens large.

Dans les dossiers examinés, l'âge des victimes représente le principal facteur d'exposition au risque (60 % des enfants décédés ont moins de trois ans). Puis viennent des facteurs socio-familiaux : l'enfance difficile des parents, voire des grands parents, la désinsertion sociale et la précarité matérielle (chacun de ces facteurs est présent dans plus de la moitié des dossiers)<sup>71</sup>. Enfin, la violence conjugale (16 dossiers), les addictions (20 dossiers), la monoparentalité (19 dossiers) et les troubles psychiatriques (25 dossiers)<sup>72</sup> sont des facteurs présents dans un bon nombre de dossiers.

Dans les trois quarts des dossiers, les familles étudiées cumulent au moins quatre facteurs de vulnérabilité. Pour huit dossiers, les familles présentent sept facteurs et pour trois autres, huit facteurs de risques étaient présents sur douze.

**Graphique 21 : Facteurs de vulnérabilité<sup>73</sup>**



Source : travaux de la mission à partir des dossiers judiciaires étudiés

<sup>70</sup>Parmi ces références figurent les « indicateurs de vulnérabilité » utilisés par la PMI du Val-de-Marne et celle de Meurthe-et-Moselle, ainsi que les publications d'Anne Tursz, déjà citée (notamment *Enfants Maltraités – Les chiffres et leur base juridique*, 2008).

<sup>71</sup> La mission a considéré que les parents avaient une enfance « difficile » lorsqu'ils avaient été maltraités, placés ou victimes de graves ruptures familiales (décès, conflits aigus, etc.) ; la « désinsertion sociale » caractérise une situation d'isolement sur le plan affectif, social, culturel et professionnel ; enfin, la « précarité matérielle » est appréciée à travers le logement, l'emploi et les revenus des auteurs.

<sup>72</sup> La mission a considéré que les auteurs souffraient de troubles psychiatriques lorsque l'expertise psychiatrique ordonnée dans le cadre de l'instruction a conclu à une altération ou une abolition du discernement au moment des faits.

<sup>73</sup> Le poids de chaque facteur de vulnérabilité a été obtenu en rapportant le nombre d'occurrences au nombre total de dossiers, en décomptant les dossiers pour lesquels l'information n'était pas disponible ou sans objet (par exemple les troubles de l'attachement pour les néonaticides).

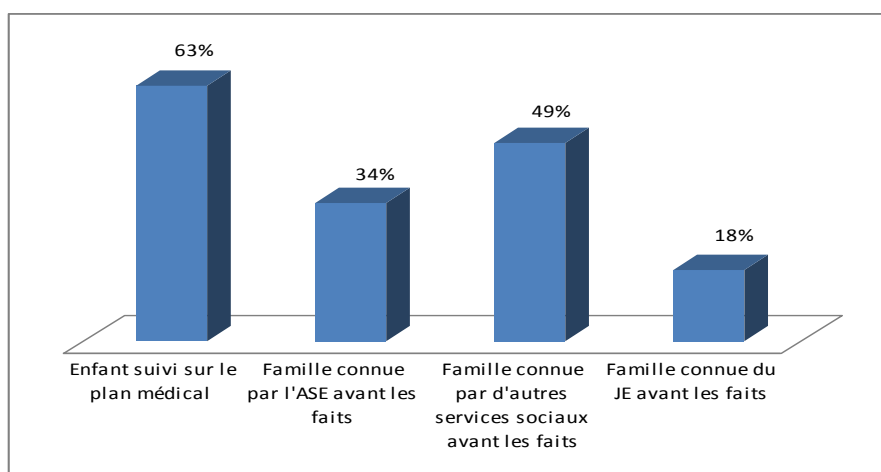
### 2.1.3. Des familles diversement connues selon les acteurs de la protection de l'enfance

#### 2.1.3.1 Plus de la moitié des familles connues des services médico-sociaux

Pour chaque dossier judiciaire, la mission a recensé les mesures prises, avant les faits, au titre de la prévention ou de la protection de l'enfance.

Si peu de familles étaient connues des services de l'aide sociale à l'enfance, la moitié d'entre elles l'étaient par d'autres services sociaux (service social départemental, CCAS – PMI non compris –, etc.). De même, près des deux tiers des enfants décédés étaient suivis sur le plan médical<sup>74</sup>.

**Graphique 22 : Pourcentage des familles suivies ou connues**



Source : travaux de la mission à partir des dossiers judiciaires étudiés

#### 2.1.3.2 Un quart des enfants décédés scolarisés, principalement en classe maternelle, souvent repérés sur le plan scolaire

L'échantillon retenu fait apparaître un nombre assez faible d'enfants décédés scolarisés. Sur l'ensemble des dossiers étudiés, quinze concernent dix-sept enfants.

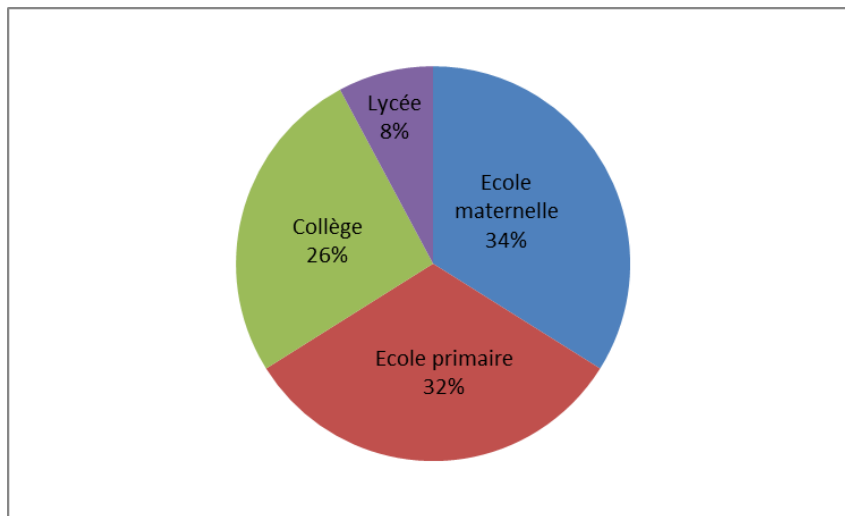
Toutes les victimes étaient scolarisées dans le premier degré. Elles étaient très jeunes : la plupart en effet fréquentaient l'école maternelle (quatorze) ; trois d'entre elles étaient à l'école élémentaire. Leur âge allait de trois ans à dix ans.

Ce constat ne correspond pas tout à fait à celui qui a été établi par la mission à partir des données sur l'ensemble des victimes répertoriées entre 2012 et 2016. Selon ce recensement, un tiers d'enfants était scolarisé (115 sur 363 victimes au total) et, parmi eux, un tiers fréquentait des

<sup>74</sup> La mission a considéré qu'un enfant était « suivi sur le plan médical » lorsqu'il avait été vu par un professionnel de santé (médecin libéral, médecin ou puéricultrice de PMI, personnel hospitalier, etc.) dans les trois mois précédant son décès. Toutefois, dans un certain nombre de dossiers, cette information n'était pas connue.

établissements du second degré, comme le montre le diagramme suivant :

**Graphique 23 : Enfants victimes scolarisés (recensement)**



Source : données recueillies auprès des cours d'appel et des tribunaux de grande instance pour la mission

Parmi ces dossiers, sept ont pu être exploités car ils avaient fait l'objet d'investigations judiciaires auprès des institutions éducatives. La mission a procédé à une analyse des situations scolaires de ces enfants à travers les témoignages, plus ou moins étayés, des personnels de l'éducation nationale concernés (directeurs d'écoles, professeurs des écoles, psychologues, infirmières, médecins, assistants d'éducation). Ceux-ci ont apporté divers éléments sur les enfants, leurs apprentissages cognitifs et leur socialisation, ainsi que sur leurs relations avec les parents qu'ils voyaient régulièrement et avec les intervenants médico-sociaux ou judiciaires.

La plupart de ces enfants étaient repérés par les enseignants ou les directeurs, sur le plan scolaire ou/et sur le plan social. Ils souffraient de retards dans les apprentissages ou de problèmes de comportement ou présentaient des absences injustifiées et nombreuses. Parmi eux, deux étaient connus des services sociaux et de la justice : dans un cas, la famille était suivie par les services du conseil départemental et, dans l'autre, une évaluation judiciaire était en cours.

#### *2.1.3.3 Peu d'enfants suivis par le juge des enfants mais des situations familiales ou des personnes connues de certains acteurs judiciaires dans la moitié des cas étudiés*

Dans la moitié des dossiers (22 sur 45), la famille de l'enfant décédé était totalement inconnue de la justice ou des services d'enquête, à quelque titre que ce soit.

La plupart des enfants tués par leurs parents ou leurs proches n'étaient pas suivis en assistance éducative. Seuls quatre d'entre eux l'étaient tandis que pour quatre autres, c'était un autre enfant de la fratrie qui avait bénéficié d'un tel suivi.

Dans 23 cas<sup>75</sup> sur les 45 examinés, la situation d'un des membres de la famille (parent, proche et/ou enfants) avait été portée à la connaissance du parquet, parfois plusieurs années auparavant<sup>76</sup>.

<sup>75</sup> Dont cinq personnes qui ont été poursuivies pour des faits ne constituant pas des violences à enfant.

<sup>76</sup> Cf. partie 2.2.3.

Le juge aux affaires familiales (JAF) avait eu à connaître la situation des parents dans quatre cas. Le juge de l'application des peines (JAP), quant à lui, avait eu à connaître de la situation de la famille également dans quatre cas<sup>77</sup>.

#### **2.1.4. Des signaux d'alerte nombreux et souvent perceptibles**

Après avoir construit des indicateurs de vulnérabilité<sup>78</sup>, qui ne sont pas toujours apparents (enfance difficile des parents, troubles psychiatriques des parents, violences conjugales...) et donc perceptibles, la mission a effectué une analyse de ces indicateurs pour identifier ceux qui pouvaient être vus de l'extérieur, que ce soit par l'entourage familial et amical notamment ou par les professionnels de la protection de l'enfance. Ont ainsi été sélectionnés dans le graphique 24 suivant sept signaux d'alerte, dont le premier correspond au repérage de violences ou, au moins, de suspicions de violences commises sur l'enfant.

##### *2.1.4.1 Des violences physiques avaient été repérées pour plus d'un tiers des enfants*

Dans 13 dossiers sur 36 (hors les 9 cas de néonaticides), soit 36 % des cas, des traces de violences physiques avaient été vues : dans six cas par l'entourage uniquement<sup>79</sup>, mais surtout, dans sept cas, par des professionnels qui n'ont pas réagi – une bosse remarquée par une directrice d'école ; des ecchymoses sur le crâne et le visage d'un enfant qui ne sont pas traitées par l'ASE bien que remarquées par l'assistante maternelle ; des griffures sur un enfant de deux mois vues par deux services différents du conseil départemental (PMI et action sociale) ; des griffures sur un enfant de trois ans vues par la crèche et la PMI ; des hématomes vus et signalés au numéro d'urgence 119 ; des traces dans le dos d'un enfant de quatre ans vues par la directrice du centre de loisirs et des traces suggérant des brûlures sur le visage du même enfant vues par le médecin, l'orthophoniste et la directrice de l'école ; des ecchymoses sur le visage d'un enfant de trois mois constatées par le médecin traitant et le médecin de PMI.

Certes, ces constats, pris isolément, ne justifiaient pas nécessairement un signalement, mais, placés dans le contexte dégradé de chaque situation, leur prise en compte aurait pu déclencher une meilleure protection de l'enfant.

##### *2.1.4.2 Dans la moitié des cas, plusieurs signaux d'alerte étaient perceptibles mais ils n'ont pas été reliés entre eux*

Dans la moitié des 45 cas étudiés, les familles laissaient paraître plusieurs signes de grande vulnérabilité (trois et plus) révélant des situations pouvant comporter des risques de danger pour l'enfant. Cependant, ces faisceaux d'indices concordants n'ont jamais été reliés car ils n'ont pas été partagés donc ni analysés ni traités par les professionnels, et ne permettaient pas d'évaluer ces situations de danger.

Dans l'autre moitié des cas, le faible nombre de signaux d'alerte (inférieur ou égal à deux) ne permettait pratiquement pas d'anticiper les drames qui allaient se produire. Parmi ces situations, se trouvent les scénarios de « morts soudaines » : les néonaticides (dénis de grossesse) et les tentatives

---

<sup>77</sup> Cf. partie 2.2.3.3.

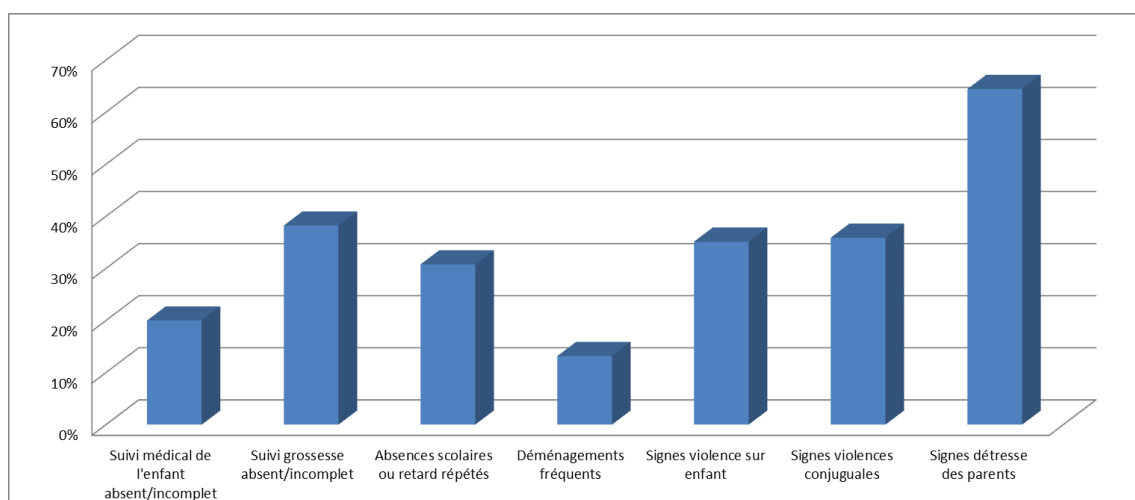
<sup>78</sup> Cf. partie 2.1.2.

<sup>79</sup> L'un des parents, famille proche, amis, voisins.



de suicides des parents (ayant entraîné la mort de leur enfant) à la suite d'une séparation familiale très mal vécue ou de difficultés rencontrées au plan professionnel (*burn out*).

**Graphique 24 : Signaux d'alerte**



Source : travaux de la mission à partir des dossiers judiciaires étudiés

La mise en relation de ces signaux aurait dû constituer une alerte pour les professionnels dans plusieurs dossiers. A titre d'exemples :

- le lien entre les violences conjugales et les violences faites aux enfants ;
- le lien entre les profils psychologiques (troubles psychiatriques, addictions, etc.) ou sociaux (chômage, faibles ressources financières, logement) des parents et le contexte de violences familiales exercées sur les mères et/ou les enfants ;
- le lien entre l'absentéisme, les difficultés d'apprentissage scolaire et les violences exercées par les parents sur les enfants (dissimulation des traces de coups) ou les difficultés des parents dans l'exercice des fonctions parentales ;
- le lien entre le faible suivi médical de l'enfant et le repérage de la maltraitance à travers l'examen de l'évolution psychomotrice et médico-psychologique de l'enfant.

### **2.1.5. Plus de la moitié des enfants avaient subi des violences graves et répétées avant leur mort**

Dans plus de la moitié des cas étudiés<sup>80</sup> (hors les neuf cas des néonaticides), les enfants ont été victimes de sévices physiques réguliers provenant de leurs parents ou des conjoints<sup>81</sup>. Leur fourchette d'âge se situait entre un mois et cinq ans mais c'est principalement dans les premières années de la vie qu'ils étaient les plus exposés. En effet, onze enfants avaient moins d'un an, douze moins de trois ans, et quatre avaient entre trois et cinq ans.

<sup>80</sup> 16 enfants sur 36, les néonaticides étant exclus.

<sup>81</sup> Ces violences subies n'avaient pas été perçues dans 6 dossiers sur 19, cf.2.1.4.1.

Parmi ces enfants, plus de 50 % avaient été victimes de maltraitance dans un contexte de violences conjugales<sup>82</sup>.

Mise à part la situation des bébés secoués qui fait l'objet d'une analyse spécifique<sup>83</sup>, l'étude des dossiers montre que les violences étaient commises par les pères et les mères, parfois complices, ou par les conjoints avec la participation ou la complicité passive de la mère. La mort de ces enfants dans des conditions effroyables (traumatisme crânien, morsures, lésions cérébrales, fractures multiples, etc.) est la résultante d'une escalade continue de violences physiques ou psychologiques que personne n'a réussi à détecter ou à arrêter.

## 2.1.6. Le cas particulier des néonaticides et des bébés secoués

### 2.1.6.1 Les néonaticides constituent un phénomène sous-estimé

Parmi les dossiers étudiés par la mission, les néonaticides constituent plus d'un sixième des décès. En effet, sur les 45 cas analysés, 9 concernaient des néonaticides, représentant 11 bébés. Un seul des dossiers portait sur des meurtres multiples : après avoir été condamnée pour avoir tué un nouveau-né, la mère a récidivé successivement pour deux autres enfants.

#### A. Face aux nombreuses dénégations de grossesse, un déni très exceptionnellement retenu

Le décès de l'enfant à la suite d'un néonaticide donne lieu à des questionnements systématiques dans les dossiers étudiés sur l'existence ou non d'un déni de grossesse<sup>84</sup>, qui entraîne, s'il est retenu, une absence de circonstance de préméditation pour la mère.

Dans le cas d'un déni total, la femme n'a pas conscience de sa grossesse, elle ne prend pas de poids, ses proches ne voient pas qu'elle est enceinte, le bébé se recroquevillant et ne bougeant pas. L'accouchement est alors vécu comme une grande violence avec une sensation de mort imminente.

Dans un seul des dossiers étudiés par la mission, un déni total de grossesse a été retenu pour une femme, déjà mère de deux enfants. Celle-ci a indiqué ne pas s'être rendu compte de sa grossesse, qui, au vu des photos versées au dossier, était effectivement invisible le mois précédant son accouchement – personne dans son entourage n'avait perçu sa grossesse. Elle prenait la pilule au moment de la conception de l'enfant et avait continué à être réglée. Souffrant de douleurs au ventre et de saignements vers son sixième mois de grossesse, elle s'était présentée aux urgences de l'hôpital voisin qui n'avaient pas détecté son état et l'avaient renvoyée chez elle avec des analgésiques. Au moment de son accouchement, ne sachant pas pourquoi elle avait mal et saignait abondamment, elle avait pensé qu'elle allait mourir. Les experts ont relevé un état de panique entraînant une confusion mentale et une altération grave du discernement la mettant dans l'incapacité de se confronter au réel de la naissance de l'enfant. Elle dira au moment du procès : « *ce n'était pas mon enfant* ». Après avoir accouché dans la salle de bain, ses enfants dormant encore dans la pièce voisine, elle tuera l'enfant.

<sup>82</sup> Neuf sur seize enfants.

<sup>83</sup> Cf.2.1.6.2.

<sup>84</sup> Le déni de grossesse a été décrit en 1898 par le psychiatre George Gould sous le terme de grossesse inconsciente. Selon Jacques Dayan, professeur en psychologie, le déni se caractérise comme un ensemble de mécanismes qui consiste à refouler ou exclure hors de la conscience des représentations déplaisantes ou intolérables.

Quand le déni de grossesse n'est pas total, c'est-à-dire que la mère se rend compte de sa grossesse tardivement et rejette la perspective de la naissance de l'enfant, les experts désignés qualifient ce mécanisme de déni partiel ou déniégation. Dans l'ensemble des dossiers, la grossesse non désirée a été connue tardivement par la mère. Dans deux dossiers, la mère a tenté en vain d'obtenir une interruption volontaire de grossesse (IVG) en raison de la tardiveté de sa demande. Dans six des sept dossiers, les enfants n'ont pas de prénom et n'ont pas d'existence légale. Les grossesses n'ont pas été suivies médicalement. Au moment des faits, la mère est incapable de percevoir le nouveau-né comme son enfant.

Une jeune femme de 21 ans accouche chez elle, après avoir refusé la proposition de son ami (qui n'est pas le père) de l'accompagner à l'hôpital. Il s'agissait de son premier accouchement. C'est son ami qui coupe le cordon ombilical sans le ligaturer (cause du décès ultérieur de l'enfant placé dans un sac poubelle). La mère déclarera avoir eu très peur en raison de la quantité de sang perdu et avoir accouché sans voir l'enfant, ni l'avoir touché. Ils relateront tous les deux avoir pensé qu'il s'agissait d'un enfant mort-né qui n'avait ni bougé ni pleuré. Il s'agissait en fait d'un bébé viable, né à terme.

Dans six des neuf dossiers étudiés, la grossesse était connue de la mère. Dans un seul d'entre eux, il est mentionné que la mère aimait être enceinte mais savait qu'elle tuerait ses enfants à la naissance car elle ne pourrait pas s'en occuper. Elle a récidivé à deux reprises.

Dans l'ensemble des dossiers, quel que soit le degré de conscience de la grossesse, l'irresponsabilité n'a jamais été retenue. En revanche, les experts<sup>85</sup> ont systématiquement conclu à l'altération du discernement de la mère.

## **B. Des femmes au parcours de vie chaotique**

Il s'agit, dans sept des cas analysés, de faits commis par les mères dans un grand isolement social et affectif pendant la grossesse, seules au moment de l'accouchement.

Ces mères sont parvenues à dissimuler leur grossesse souvent jusqu'à son terme, y compris à leur entourage proche.

L'échantillon étudié ne contient pas de dossiers de femmes de moins de dix-huit ans et leur âge se situe entre dix-huit et trente-trois ans. Si l'âge ne paraît pas déterminant, des fragilités importantes dans la construction de leur personnalité ont pu jouer un rôle sur leur développement affectif. Deux d'entre elles ont vécu, lors de leur enfance, les violences de leur père sur leur mère ; une autre a vécu un temps sans domicile fixe ; la quatrième a été élevée par sa sœur avant d'être placée ; deux ont vécu une agression sexuelle pendant l'adolescence et deux avaient des mères alcooliques. Une seule dit avoir vécu une enfance sans difficulté matérielle mais peu épanouissante.

## **C. La question de la contraception**

Cinq des sept femmes avaient déjà subi une IVG, et parfois même plusieurs, avant les faits. Ainsi, avant de tuer son enfant à la naissance, une mère avait pratiqué cinq IVG, dont deux l'année des faits. Dans deux dossiers, la mère avait déjà accouché sous X. Se pose la délicate question de la prévisibilité de ce type de passage à l'acte et donc de sa prévention. Ces femmes, quel que soit leur âge, ne maîtrisent pas leur contraception. Certaines ne comprennent pas l'utilité de la prise de la

---

<sup>85</sup> Ou au moins l'un d'entre eux en cas de contre-expertise.

pilule, alors qu'elles n'ont pas de relations régulières. Plusieurs d'entre elles ont indiqué avoir poursuivi leur grossesse et tué leur enfant parce qu'elles avaient honte de demander une IVG qui établirait leur ignorance en matière de contraception, alors même qu'elles n'étaient pas de toutes jeunes femmes et même parfois déjà mères. L'étude des dossiers a clairement mis en relief que le sujet de la contraception, sphère de l'intime, demeure tabou et que l'ignorance des femmes en la matière est sous-estimée. **Cf. Recommandation n° 15.**

### *2.1.6.2 Le syndrome du bébé secoué s'inscrit dans un contexte de violences répétées commises par le père*

Sur l'échantillon des 45 procédures examinées par la mission, neuf enfants sur les 14<sup>86</sup> de moins d'un an potentiellement à risque présentaient les signes du SBS. Six enfants sur neuf étaient de sexe masculin<sup>87</sup> et leur âge variait entre un mois et demi et huit mois. Par ailleurs, la totalité des nourrissons avait subi des violences répétées, tel que cela résulte des déclarations, des autopsies et des examens complémentaires.

Les personnes poursuivies étaient exclusivement des pères, âgés de 20 à 40 ans. Tous vivaient en couple avec la mère au moment des faits. La majorité d'entre eux avait des conduites addictives (cinq sur neuf) et plusieurs étaient violents avec leur compagne (quatre cas). Ils n'avaient pas d'emploi ou vivaient en grande précarité dans quatre cas. La question du lien de paternité était posée pour trois d'entre eux<sup>88</sup>. Dans les deux tiers des cas, les auteurs ont été mis en examen du chef de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner sur mineur de quinze ans, conformément à l'enquête nationale<sup>89</sup>, l'homicide sur mineur de quinze ans ayant été retenu dans le tiers restant. Suivant les expertises psychiatriques, leurs capacités de discernement étaient pleines et entières.

Ces constats sur l'existence de violences antérieures rejoignent les conclusions des travaux du docteur Caroline Rey-Salmon que la mission a rencontrée. Selon elle, il existe des « *signes avant-coureurs* » au secouement provoquant le décès de l'enfant : 25 % des enfants secoués présentaient des signes physiques de maltraitance (ecchymoses, hématomes, etc.).

Ils recourent également ceux de l'enquête nationale<sup>90</sup> : les auteurs sont principalement des pères et la majorité des enfants décédés de moins d'un an, hormis ceux tués à la naissance, ont été victimes du SBS.

---

<sup>86</sup> 14 enfants après déduction des cas de néonaticide. Sur les 50 enfants concernés par l'échantillon de 45 dossiers, 25 étaient âgés de moins d'un an et 11 avaient été victimes de néonaticide.

<sup>87</sup> Sur les 50 enfants, 31 étaient de sexe masculin et 19 de sexe féminin.

<sup>88</sup> Dans deux cas, le père avait un doute sur sa paternité et dans un autre, il n'était pas le père biologique.

<sup>89</sup> Cf. partie 1.2.2.1 - D.

<sup>90</sup> Cf. partie 1.2.2.1 - D.

## 2.2. Des dysfonctionnements ou des « occasions manquées » à tous les niveaux du dispositif de protection de l'enfance

### 2.2.1. Des lacunes dans la mise en œuvre du volet médico-social de la protection de l'enfance

#### 2.2.1.1 Une alerte donnée trop tardivement par manque de vigilance, crainte de conséquences ou méconnaissance des procédures

Dans un tiers des dossiers, les dangers – et même parfois les violences – étaient suspectés, voire connus, par l'entourage (familial, amical, professionnel). Pourtant, les proches n'ont pas donné l'alerte ou l'ont fait tardivement. Interrogés sur leur manque de réactivité, beaucoup d'entre eux expliquent qu'ils n'avaient rien vu ; d'autres, tout en reconnaissant avoir eu des doutes, déclarent ne jamais avoir imaginé que l'enfant pouvait être en danger vital.

Cette passivité interroge alors que, dans plusieurs dossiers, les signaux d'alerte étaient nombreux et inquiétants. Outre la difficulté de « penser l'impensable » et la méconnaissance du dispositif de protection de l'enfance, on peut imaginer que les proches répugnent à donner l'alerte par crainte des conséquences qui pourraient en résulter pour eux-mêmes et/ou pour la famille (placement, poursuites judiciaires, etc.).

Le bébé était le premier enfant d'un jeune couple, présenté comme immature mais plutôt bien inséré socialement. Quelques jours avant les faits, la grand-mère paternelle avait recueilli les confidences de son fils : celui-ci lui avait confié que sa conjointe ne supportait plus l'enfant et perdait patience lorsqu'il pleurait. Malgré cela, la grand-mère dit n'avoir jamais envisagé la possibilité d'une maltraitance : « *Tout me surprend dans cette histoire, je ne peux imaginer de telles choses* ». Cet enfant décédait peu de temps après, à un mois et demi, victime d'un secouement particulièrement violent par son père. L'autopsie révélera qu'il avait subi des violences à plusieurs reprises avant son décès.

Dans près de la moitié des situations examinées, la famille bénéficiait d'un suivi médico-social (accès aux droits, aide financière, suivi post natal, etc.). Parfois, dans ce travail d'accompagnement, a été constatée une focalisation des intervenants sociaux sur leur « sujet spécifique » (les membres de la famille comme la mère, le père ou le frère et leurs difficultés sociales), au point de ne pas prêter attention à l'enfant possiblement en danger.

L'une des difficultés de ces évaluations est en effet de ne pas ou plus se centrer sur l'enfant et d'examiner surtout la situation des parents. Des relations tendues entre les services ou/et entre les parents et les services peuvent aussi empêcher les professionnels d'apporter une attention adaptée à la situation de l'enfant. Plus les situations sont complexes, plus les intervenants risquent de « se laisser piéger » par les difficultés des adultes (effets de sidération, de dramatisation ou de banalisation) au détriment d'une évaluation précise des risques pour l'enfant.

Pour autant, la mission n'ignore pas le difficile positionnement du travailleur social qui doit trouver un équilibre entre la confiance à établir avec la famille et sa mission de protection de l'enfance.

Il en est de même pour certains médecins, dont les interventions se cantonnent au seul motif médical de la consultation sans se préoccuper du contexte social. Ainsi, dans plusieurs cas de néonaticides, des femmes, parfois en état de profonde détresse, ont consulté un médecin au cours

de leur grossesse, sans que celui-ci ait donné l'alerte ou orienté efficacement sa patiente vers les services susceptibles de lui apporter de l'aide.

Enfin, au-delà du manque de vigilance ou de réactivité, certains intervenants médicaux ou sociaux ne semblent pas bien connaître la démarche à suivre face à un danger ou une suspicion de danger, notamment la distinction entre information préoccupante (IP) et signalement.

- La mère de l'enfant est reçue par l'assistante sociale de secteur pour instruire sa demande de revenu de solidarité active. Il s'agit aussi de vérifier des suspicions de violences conjugales, à la suite d'une alerte transmise par les forces de l'ordre. L'entretien se focalise sur la mère (son accès aux droits et sa protection), sans prendre en compte le danger pour l'enfant. « À ce moment-là, mon inquiétude se porte principalement sur madame. Bien sûr il y a l'enfant mais c'est madame qui me préoccupe le plus » déclare l'assistante sociale de secteur. L'enfant décède un mois et demi après.
- Un médecin généraliste reçoit une très jeune fille, dont il est le médecin traitant, tout comme l'ensemble de la famille. Elle est enceinte et en grande détresse, ayant dissimulé sa grossesse à son entourage et ne sachant pas comment sortir d'une situation qu'elle pense sans issue. Le médecin la voit à trois reprises pendant sa grossesse sans se préoccuper de son accompagnement social. Il dira au père, qui l'interroge en raison de la transformation physique de sa fille (septième mois de grossesse), qu'elle souffre de constipation. Deux mois après, à sa naissance, l'enfant est tué par sa mère.

### 2.2.1.2 Des lacunes dans le repérage des situations à risque, l'évaluation du danger et la transmission des informations entre services

Dans près d'un tiers des cas, les dossiers révèlent des lacunes dans la façon dont les services sociaux intervenant dans la famille repèrent les situations à risque et évaluent le danger auquel est exposé l'enfant, notamment lors de l'enquête sociale demandée par la CRIP.

Cette mauvaise appréciation des risques a de multiples causes qui parfois se cumulent.

Elle peut résulter d'une conception erronée du danger, réduit à la maltraitance physique et à ses manifestations visibles. Elle peut aussi provenir d'une minimisation de certains signaux d'alerte, tels que les violences conjugales<sup>91</sup> ou des facteurs pouvant provoquer des troubles de l'attachement (doutes du père sur sa paternité, hospitalisation longue du nouveau-né, prématurité, accouchement sous X non abouti, déclaration tardive de grossesse, etc.).

Enfin, la posture d'accompagnement des parents semble parfois prendre le pas sur la protection de l'enfant chez les intervenants sociaux. Ce risque est particulièrement élevé quand les parents donnent l'impression d'être coopératifs et de faire des efforts.

- L'enfant naît dans un contexte de violences conjugales que la PMI et la maternité avaient identifié d'emblée. Après deux rencontres et une visite à domicile, leurs rapports concluaient pourtant à l'absence de « danger immédiat » pour le nourrisson, tout en signalant que « Monsieur est dans une violence contenue, continue, ce qui pose question quant à l'équilibre et à la sécurité de l'enfant. » Pour justifier cette conclusion, l'auteur du rapport déclarera par la suite aux enquêteurs : « Nous entendons par danger immédiat avéré des traces de coups des parents qui reconnaissent des violences, des parents qui privent de soins leurs enfants ». Deux mois après l'enfant était tué par son père.

<sup>91</sup> Cf. partie 2.2.3.1.

– « *La priorité est accueillir, écouter, aider à retrouver un équilibre de vie, lutter contre la précarité. [...] Nous travaillons essentiellement avec l'adhésion des familles.* » dit l'assistante sociale à propos d'un couple jeune, immature et mal inséré socialement. Un mois et demi après, l'enfant était tué par son père.

– Au moment des faits, cette famille était suivie par une dizaine de professionnels (PMI, ASE, association d'addictologie, etc.). Le bébé subissait des violences répétées, dont des traces avaient été constatées par trois intervenants de deux services distincts. Mais, selon un des professionnels, « *un climat de confiance [avait été] établi en amont par tous les services intervenus à domicile* ». Trois semaines après, l'enfant était tué par son père.

Outre les problèmes de posture et de conception du danger, la mauvaise évaluation des risques provient parfois d'un manque de rigueur dans l'analyse ou de coordination entre services. On constate en effet que ceux-ci communiquent mal ou ne prennent pas le temps de mettre en commun des « signaux faibles » perçus par les uns et les autres. Les descriptions au fil des rapports semblent reposer sur des observations et du langage peu spécifiques, sans mise en relief ni reconnaissance « d'aspects typiques » constitutifs de la situation vécue par l'enfant.

Souvent, les difficultés rencontrées par les enfants font l'objet d'une lecture en termes de comportement, alors qu'il y a tout lieu de penser que c'est le développement des enfants qui est affecté, en lien avec une exposition à différentes formes de violences et/ou de négligences. Dans certains cas, l'évaluation et le traitement des situations complexes semblent très peu formalisés (absence de synthèse ou de réunion de coordination, de compte-rendu ou d'alerte transmis à la hiérarchie). Or, si les rapports d'évaluation rassemblent des éléments d'information et d'observation des situations, ils ne permettent ni d'identifier ni de classer clairement la nature et le degré de la maltraitance, faute de sa caractérisation précise dans une instance réunissant les différents professionnels. **Cf. Recommandation n° 6.**

Dans la plupart des situations étudiées, les modalités d'intervention des professionnels s'expliquent fréquemment par les principes structurant le travail social généraliste, qui consistent en particulier à « *faire avec la demande de l'utilisateur* ». La faiblesse des observations apparaît plus compréhensible dès lors que l'on considère que l'enjeu principal est l'alliance avec la famille au service de l'instauration d'une relation de confiance.

Enfin, certaines procédures internes ne paraissent pas adaptées, comme l'illustrent les deux cas suivants montrant d'une part, une enquête sociale bâclée et d'autre part, des conclusions erronées au vu des risques constatés que l'ASE a entérinées sans demander de compléments ou une nouvelle enquête.

– « *Bah [...], on échangeait ensemble, mais pas forcément de manière posée. On a dû en discuter ensemble mais cela ne nous avait pas interpellés au point d'en parler à notre supérieur hiérarchique. Ou alors on a dû lui en parler, mais sans plus* » déclare un assistant social en charge du suivi du retour à domicile d'un enfant après un placement. L'instruction montrera que cet enfant avait été tué par son père peu de temps après son retour à domicile, ce dont les services sociaux mettront très longtemps à s'apercevoir.

– Une IP anonyme signale une « *maman qui fume des joints, petite, est souvent saoule [...], délaisse ses enfants* ». Une enquête sociale est diligentée. Le rapport, remis au bout de quatre mois après des investigations superficielles (pas de prise en compte des problèmes d'addiction, des violences

conjugales, etc.), conclut à l'absence de danger et ne recommande aucune mesure. Deux mois après, la mère tuait l'enfant.

Les professionnels font souvent part de leur inquiétude sans qualifier la nature et le degré du danger pour l'enfant, sauf quand il s'agit de maltraitances physiques avérées.

La conclusion des rapports relève parfois plus de la suggestion que de l'évaluation : l'euphémisation généraliste, consistant à exprimer le problème, non en le nommant, mais en évoquant un manquement à une norme.

Cette manière de faire du travail social qui conduit à s'abstenir de tout jugement des usagers, *a fortiori* de toute stigmatisation, et qui se caractérise par l'écoute, l'empathie, la confiance, la mise en valeur de ressources et la spécification d'un projet, sur la base d'une alliance avec l'utilisateur, destiné à lui permettre de se ressaisir dans un mouvement d'autonomie et d'insertion, est certes pertinente mais trouve ses limites quand l'enfant est en situation de danger. En effet, l'analyse des dossiers étudiés renvoie à l'existence d'un « double usager », les parents et l'enfant, dont les intérêts fondamentaux sont susceptibles de se trouver en tension, voire en conflit majeur.

Dans cinq dossiers, des mesures d'assistance éducative, administratives ou judiciaires ont été mises en œuvre, sans pour autant empêcher le décès des enfants concernés. Ces défaillances résultent parfois d'une évaluation erronée du risque qui conduit à la mise en place ou la poursuite d'une mesure administrative alors que la saisine de l'autorité judiciaire s'imposait. Dans un dossier, cette erreur d'appréciation peut s'expliquer par la volonté des services sociaux de donner une « dernière chance » à la famille, malgré les doutes et les risques.

Par ailleurs, l'échec d'une mesure d'assistance éducative est dû quelquefois à un manque de coordination entre services : un relais qui ne se fait pas entre mesure administrative et mesure judiciaire dans un cas ; une mauvaise évaluation de la situation, faute de partage d'information entre services, dans un autre cas. **Cf. Recommandation 22.**

– La mère était connue de longue date des services sociaux lorsque ceux-ci, constatant l'échec des mesures de prévention et d'accompagnement, ont décidé de saisir les autorités judiciaires. Une « mesure judiciaire d'investigation éducative » a été alors confiée à une association qui devait reprendre intégralement la situation. Cette association s'est heurtée au manque de coopération de la mère et a constaté que celle-ci n'était plus suivie par les services sociaux depuis la saisine du juge des enfants. Cinq mois après cette saisine, l'enfant était tué par sa mère.

– À la naissance de l'enfant, une mesure d'action éducative en milieu ouvert (AEMO) était en cours au bénéfice de sa sœur. Quelques mois après, le juge ordonnait la mainlevée de la mesure sur la base de rapports plutôt rassurants : « Nous n'avons pas d'inquiétudes quant à la prise en charge de cet enfant par ses parents ». Aucune mention n'était faite des inquiétudes des services sociaux du département, en particulier la PMI qui avait pourtant alerté le service d'AEMO. Deux semaines après la décision de mainlevée, l'enfant était tué par son père.

### 2.2.1.3 Des mesures de prévention insuffisantes

Tous les cas étudiés par la mission, dont la plupart étaient connus ou identifiables par les services sociaux, présentaient un nombre élevé de facteurs de vulnérabilité. Pourtant, les mesures de prévention y apparaissaient très peu. Ainsi, on ne trouve qu'une seule mention de l'« entretien



*prénatal précoce* » qui devrait être le principal dispositif de prévention psycho-social. On ne trouve pas trace, non plus, de mesures d'accompagnement à la parentalité, hormis le suivi médical de la grossesse auquel souvent le futur père n'assiste pas. Enfin, si la PMI assure un suivi postnatal dans la plupart des cas, cette intervention se réduit parfois au strict minimum (visite du huitième jour) alors que la famille était signalée comme « à risques ».

S'il est vrai que les dossiers judiciaires retracent rarement le suivi médico-social avant la naissance, il faut constater que la prévention, et particulièrement l'accompagnement à la parentalité, pour des familles confrontées à de multiples vulnérabilités constitue une des principales faiblesses du dispositif de protection de l'enfance. **Cf. Recommandation n° 14.**

– Quelques mois avant la naissance de cet enfant, sa mère a bénéficié d'un entretien prénatal précoce. Plusieurs signaux d'alerte sont alors relevés : difficultés, voire refus, d'admettre la grossesse, capacités intellectuelles limitées, enfance difficile. « *Tous les clignotants étaient au rouge* » selon la sage-femme. Pour l'aider, un suivi par la PMI ou par des sages-femmes libérales lui est proposé, ainsi que des consultations avec un médecin spécialiste en psycho-périnatalité. Finalement, en raison des difficultés de déplacement du couple (couple isolé, sans ressources, sans véhicule), la préparation à l'accouchement sera réduite au minimum. L'enfant sera tué par son père.

– L'enfant naît alors que ses parents sont dans une situation difficile, connue des services sociaux (hébergement à l'hôtel puis en foyer, seul revenu, RSA, ruptures familiales multiples, etc.). Dans les faits, le suivi par la PMI de l'enfant s'est réduit à une consultation unique par une puéricultrice au service de PMI, quarante jours après la naissance. Peu de temps après, l'enfant est tué par son père.

#### 2.2.1.4 Des professionnels de santé pas assez vigilants ou réactifs

Les dossiers analysés sont souvent riches en informations sur le parcours de santé des enfants décédés et de leurs parents. On y trouve le rapport d'autopsie et très fréquemment des auditions de professionnels de santé ainsi que la chronologie des consultations.

La plupart de ces enfants était suivie sur le plan médical, à la PMI, en libéral ou à l'hôpital et, dans près des deux-tiers des cas, ils avaient été vus, voire examinés, par un professionnel de santé dans les trois mois précédant leur décès. Cependant, dans certains cas, le diagnostic médical de maltraitance (ou de risque de danger) n'a pas été posé ou, en tous cas, pas communiqué aux services sociaux ou aux autorités judiciaires. Ce manque de réactivité interroge, notamment pour les enfants qui subissaient des violences régulières avant celles ayant causé leur mort : dans trois dossiers, ils avaient vu un médecin alors que les autopsies révéleront qu'ils avaient des fractures antérieures au décès. **Cf. Recommandations n°16, 30 et 31.**

Pour éviter la déperdition d'informations relatives à la santé d'un enfant et identifier, le cas échéant, les actes de maltraitance, certains hôpitaux ont mis en place un dispositif interne permettant de vérifier systématiquement les antécédents médicaux de l'enfant, notamment lors de son admission<sup>92</sup>. Toutefois, lorsque l'enfant est soigné dans un autre lieu ou par un professionnel en ville, les renseignements médicaux ne sont pas accessibles aux différents médecins.

**Cf. Recommandation n° 2.**

<sup>92</sup> C'est le cas notamment de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris depuis 2016 et du CHU de Bordeaux.

– Un enfant est suivi par un médecin généraliste qui a également assuré le suivi de grossesse de la mère. Celui-ci le voit à deux reprises, le huitième jour et le premier mois, sans rien constater d’anormal. Quinze jours après cette dernière visite, le bébé est tué par son père. L’autopsie révélera des maltraitements répétés et des fractures datant de plus de trois semaines avant le décès.

– Outre sa prématurité, un enfant souffrait, depuis sa naissance, d’une affection grave. Il était donc suivi à l’hôpital où, par précaution, des examens complets étaient pratiqués à chaque visite, la famille étant signalée à risques. Aucun signe de maltraitance n’a jamais été détecté. Pourtant, l’autopsie révélera que l’enfant était régulièrement maltraité et présentait des callosités osseuses résultant d’anciennes fractures.

Le manque de réactivité – ou de vigilance – des professionnels de santé interroge également quant à la période anténatale. Plusieurs dossiers de néonaticides révèlent que la parturiente et auteur des faits avait été vue par un médecin, à l’hôpital, en cabinet libéral ou dans un service de santé au travail et qu’aucun n’avait, selon les dossiers judiciaires, constaté l’état de grossesse, même quand celle-ci était très avancée.

– Pendant ses deux grossesses successives, une femme a été auscultée, ou au moins vue, par deux médecins. Elle a notamment vu un médecin du travail un mois environ avant son accouchement. Or, son dossier ne fait nullement état d’une grossesse ou de signes de grossesse, seulement une prise modérée de poids. De même, personne dans l’entourage ne soupçonnera son état. Les deux bébés seront tués à la naissance par leur mère.

– Dans l’entourage d’une mère de famille, sa grossesse n’avait pas été décelée. Elle n’avait entraîné ni de réelle prise de poids ni d’interruption des règles. Alors qu’elle était enceinte de cinq mois environ, la mère s’est présentée aux urgences pour des douleurs abdominales et des saignements utérins. La jeune femme a été renvoyée chez elle avec du paracétamol, sans qu’aucune analyse ne soit faite (ni échographie, ni test de grossesse). Trois mois après, elle accouchait en secret et tuait le bébé.

Le contenu des dossiers n’a pas permis à la mission d’appréhender précisément ces absences ou erreurs de diagnostics. Les auditions sont souvent peu explicites et, dans plusieurs cas, les praticiens ont refusé d’être entendus.

Aussi, pour expliquer ce manque de réactivité, la mission ne peut que faire des hypothèses, puisées dans la littérature ou dans les entretiens qu’elle a eus avec des acteurs locaux ou nationaux de la protection de l’enfance :

- un manque de formation à la détection des signes / contexte de maltraitance ;
- un manque d’attention vis-à-vis d’un sujet qui peut paraître « connexe » au motif de la consultation ;
- la mise en avant du secret médical ;
- l’impossibilité de partager ses doutes avec un confrère qui connaît le dispositif de protection de l’enfance, en raison de l’isolement particulièrement important des médecins libéraux ;

- une grande proximité avec les parents qui peut compliquer le diagnostic et surtout la transmission de l’alerte – dans plusieurs cas, le suivi médical, ante ou post natal, était assuré par le médecin de famille ;
- la crainte d’être accusé de dénonciation calomnieuse ou d’être exposé aux rétorsions des parents, voire même du reste de la patientèle (effet de réputation).

## **Cf. Recommandation n°24.**

### **2.2.2. À l’éducation nationale, un dispositif de protection de l’enfance parfois mal appliqué**

Le choix aléatoire des dossiers étudiés n’a pas permis de couvrir tout le champ du parcours scolaire des élèves puisque ces affaires concernent exclusivement des enfants scolarisés à l’école primaire. L’analyse s’est donc particulièrement centrée sur l’enseignement du premier degré mais les remarques effectuées peuvent porter sur les deux niveaux de scolarité.

Certaines auditions des professionnels de l’éducation retracées dans les dossiers ont mis en lumière le profil scolaire, psychologique et social des élèves et le comportement des familles, le fonctionnement interne des établissements scolaires – les relations entre les enseignants, les responsables, les inspecteurs, les personnels médico-sociaux – et les liens avec les travailleurs sociaux des conseils départementaux.

Ces constats, complétés par les observations faites dans les départements visités, font apparaître des difficultés de mise en œuvre concrète du dispositif institué par le ministère de l’éducation nationale dans le cadre de sa mission de protection de l’enfance<sup>93</sup>. Ce dispositif, applicable à l’ensemble de ses personnels, repose essentiellement sur le repérage des enfants et adolescents en danger et les modalités de traitement de ces situations ainsi que sur la sensibilisation et la formation des agents.

#### *2.2.2.1 Un repérage lacunaire des enfants en danger : une prise en considération insuffisante des signaux d’alerte*

En matière de protection de l’enfance, l’école constitue un lieu privilégié d’observation du comportement des enfants par les professionnels – les personnels de direction et d’éducation, les enseignants, les personnels administratifs, techniques, sociaux et santé, le psychologue scolaire et les autres personnels comme les agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles (ATSEM) ou les assistants d’éducation – qui les voient régulièrement. Le temps scolaire permet en effet de suivre l’attitude des élèves et leur évolution.

Ces professionnels peuvent être confrontés à la maltraitance d’un enfant et chacun doit pouvoir repérer un élève en danger ou en risque de danger<sup>94</sup> **Cf. Recommandation n° 23.** Cependant la maltraitance est fréquemment difficile à diagnostiquer chez les jeunes enfants qui expriment peu

<sup>93</sup> Article L. 226-2-1 du code de l’action sociale et des familles : « (...) les personnes qui mettent en œuvre la politique de protection de l’enfance (...) ainsi que celles qui lui apportent leur concours transmettent sans délai au président du conseil général (...) toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l’être. 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 (...) ». Cf. également le dispositif présenté sur le site du ministère [eduscol.education.gouv.fr](http://eduscol.education.gouv.fr). Annexe 3.

<sup>94</sup> Il arrive que ces professionnels n’aient pas connaissance du fait qu’un élève a déjà fait l’objet d’un signalement, notamment à la suite d’un changement de direction ou d’un changement d’établissement de l’enfant.

leur souffrance, d'autant plus lorsqu'ils sont violentés par leurs propres parents. Aussi, les personnels doivent détecter les signes inquiétants, souvent répétés, plus ou moins visibles, émis par l'enfant et les analyser.

Certains signes, isolés ou cumulatifs, n'ont pas été « décryptés » dans les situations analysées.

#### **A. Le symptôme physique, signal le plus visible mais souvent écarté en raison de la non-prise en compte de la parole de l'enfant et des liens avec la famille**

Très peu de dossiers évoquent une maltraitance physique visible à l'école mais deux cas sont significatifs des difficultés d'appréciation d'une situation qui peuvent aboutir à un drame.

Dans l'un de ces cas, l'enfant est venu un jour à l'école avec une bosse sur le front et a répondu spontanément aux enseignants qui l'ont interrogé « *c'est papa qui a tapé* ». Son propos a été confirmé par sa sœur aînée scolarisée dans la même école mais l'une des enseignantes les a questionnés à nouveau en leur précisant qu'« *il ne faut pas mentir !* » ; les enfants se sont rétractés aussitôt, en indiquant que la cause était accidentelle. Considérant que le père et la mère avaient une attitude très collaborative et assumaient au quotidien leur rôle de parents malgré leur grande précarité sociale, la directrice a accepté l'explication des parents, déjà présentée par les enfants. Quelques semaines plus tard, l'enfant s'est confié à nouveau à son enseignante, en indiquant que son père l'enfermait dans un placard lorsqu'il n'était pas sage, ce que sa sœur confirmait. La directrice, informée de tous ces éléments, n'a pris aucune initiative, malgré les conseils de la psychologue scolaire d'effectuer une remontée d'incident<sup>95</sup>. L'enfant a été tué par son père.

Les personnels concernés n'ont pas entendu la parole de l'enfant alors qu'à l'école un élève doit pouvoir s'exprimer librement dans un climat de confiance sans qu'il se sente culpabilisé. Ils ont préféré se fier à la parole des parents et à leur comportement, en oubliant le fait que les liens avec les familles pouvaient troubler leur discernement. Si elle est nécessaire à l'accompagnement de l'enfant, la proximité entre parents et enseignants peut en effet conduire à sous-évaluer une situation ou à ne pas en apprécier l'urgence. En l'occurrence, la gravité des faits évoqués, même si ceux-ci ne pouvaient pas alors être vérifiés, les dires contradictoires et les risques de subjectivité auraient dû les conduire à faire une évaluation concertée aboutissant à un signalement.

À cet égard, la question de la présence des parents lors de l'examen médical en milieu scolaire en cas de suspicions de violence parentale peut se poser. En effet, certains médecins au cours des déplacements de la mission ont formulé leurs doutes sur la possibilité d'examiner l'enfant dévêtu, hors la présence des parents – seuls détenteurs de l'autorité parentale – et sans les avoir informés. Pour d'autres, cette intervention ne présentait aucune difficulté.

Le médecin scolaire contribue à la protection de l'enfance qui fait partie de ses missions<sup>96</sup>. Lorsqu'il est appelé à faire un constat dans les situations évoquées, il doit privilégier l'intérêt supérieur de l'enfant<sup>97</sup>, qui peut être contraire à celui des parents. L'évaluation médicale doit, conformément aux

<sup>95</sup> Dans le cadre de la procédure de signalement des incidents graves ou de violence et de délits en milieu scolaire, le déclarant évalue l'indice de gravité de l'incident (quatre niveaux : significatif, important mais sans retentissement sur la communauté éducative, grave avec retentissement sur la communauté éducative, exceptionnel avec retentissement sur la communauté éducative) en fonction du contexte local. Il transmet la fiche de signalement au DASEN.

<sup>96</sup> Cf. circulaire n° 2015-118 du 10 novembre 2015 relative aux missions des médecins de l'éducation nationale.

<sup>97</sup> Article 3 de la Convention internationale des droits de l'enfant transposé à l'article L. 112-4 du code de l'aide sociale et de la famille.

recommandations de la HAS<sup>98</sup>, pouvoir s'appuyer sur un examen complet, hors la présence des parents et sans obligation de les informer, comme cela est prévu notamment en cas de signalement<sup>99</sup> ou d'intervention en urgence<sup>100</sup>. Ces prescriptions sont conformes aux principes énoncés dans le code de la déontologie médicale<sup>101</sup>. **Cf. Recommandation n° 3.**

### **B. D'autres signaux moins caractéristiques qui auraient pu alerter l'école**

Plusieurs signes n'ont pas donné lieu à une vigilance particulière. Il importe en effet qu'ils soient pris en considération, même si leurs significations peuvent être diverses, et qu'ils soient intégrés dans une analyse globale du comportement de l'enfant.

#### *a) Un absentéisme scolaire en préélémentaire non suivi*

L'absentéisme scolaire est un élément de repérage très important, comme le montre l'examen de trois dossiers dans lesquels les élèves comptabilisaient des absences très nombreuses et répétées (plus de 60 demi-journées dans l'année), dont la plupart n'étaient pas justifiées par les parents ou par un certificat médical.

Dans un cas, les absences de l'enfant coïncidaient le plus souvent avec les moments où celui-ci était violenté par son beau-père et où des signes de maltraitance étaient perceptibles par des personnes extérieures. Ces absences auraient dû être considérées comme un signal d'alerte, à traiter, à analyser et à suivre. Contrairement à ce que prévoient les textes<sup>102</sup>, celles-ci n'ont pas fait l'objet d'une information au niveau de la direction des services départementaux de l'éducation nationale et de saisine auprès du procureur de la République.

La question de la non-prise en compte de l'absentéisme se pose plus particulièrement à l'école maternelle. Si la scolarisation de ces élèves n'est actuellement pas obligatoire, lorsque les familles font la démarche volontaire d'inscrire leur enfant dans cette école, elles doivent respecter la règle de l'assiduité applicable à tous les élèves<sup>103</sup>. Les constats faits dans les dossiers et corroborés sur le terrain montrent que fréquemment cette disposition légale n'est pas ou peu appliquée<sup>104</sup>. Selon une direction des services départementaux de l'éducation nationale (DSDEN), le traitement des absences en maternelle constitue « *la zone d'incertitude et l'angle mort du système* ». Quelques raisons sont évoquées : une méconnaissance de la réglementation par certains enseignants – une volonté des enseignants et des responsables de laisser le temps aux enfants pour s'adapter aux contraintes de la vie à l'école – une capacité d'analyse altérée liée à la proximité avec les familles dont le comportement n'est pas toujours facile à prévoir et à analyser, expliquant une attitude trop bienveillante vis-à-vis des parents – une banalisation des absences dans certains établissements où celles-ci sont généralisées. **Cf. Recommandation n° 9.**

<sup>98</sup> HAS - Fiche mémo maltraitance chez l'enfant : conduite à tenir, juillet 2017.

<sup>99</sup> Article 226-13 du code pénal.

<sup>100</sup> Article L. 1111-5 du code de la santé publique.

<sup>101</sup> Article 43 dudit code : « *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.* »

<sup>102</sup> Code de l'éducation (articles L. 131-8, R. 131-5 et s, R. 235-11-1) et circulaire du 24 décembre 2014 relative à la prévention de l'absentéisme scolaire, code pénal (article R. 264-7), signalement à la DSDEN à partir de quatre demi-journées d'absences non justifiées dans une période d'un mois.

<sup>103</sup> Cf. règle d'assiduité précitée.

<sup>104</sup> Enquête effectuée, à la demande de la mission, par la DSDEN de la Gironde dans les écoles maternelles au mois de décembre 2017 : 4,75 demi-journées par élève d'absence (nombre médian).

Malgré ces réticences, les absences doivent être rassemblées et analysées, comme l'ont fait les DSDEN qui ont mis en place un dispositif spécifique (circulaire, modalités de traitement, suivi, bilan), en concertation étroite avec les maires et le parquet. Il convient d'articuler ces signalements d'absentéisme, qui peuvent aboutir à un signalement au parquet<sup>105</sup>, avec les autres signaux susceptibles de révéler une maltraitance.

*b) Des enfants souffrant de retards dans les apprentissages et/ou de troubles du comportement*

Dans l'évaluation d'une situation de maltraitance, tous les éléments permettant d'établir un bilan complet de l'enfant au sein de l'école et de sa famille sont pris en compte dans la prise de décision d'une IP. À l'école, les retards ou difficultés des enfants sont normalement repérés rapidement, par les enseignants ou par les professionnels de santé qui, à l'occasion des visites médicales réglementaires<sup>106</sup>, constatent les problèmes (visuels, auditifs, langage, etc.) susceptibles de freiner leur apprentissage et, le cas échéant, détectent les signes de maltraitance. À cet égard, la baisse inquiétante du nombre de médecins scolaires, particulièrement sensible dans de nombreux départements, liée aux difficultés d'attractivité du métier, entraîne des conséquences tout à fait préjudiciables à la santé des élèves<sup>107</sup>.

Dans la plupart des cas spécifiquement étudiés, les élèves souffraient de différents troubles, parfois cumulatifs – retards dans les apprentissages (langage notamment), troubles du comportement (agressivité, violence, sexualité, etc.) ou d'autres troubles (énurésie, encoprésie, etc.) – et étaient suivis par différents professionnels (orthophoniste, pédopsychiatre, psychomotricien, psychologue, etc.).

En l'occurrence, il est naturellement difficile pour la mission d'apprécier le contexte scolaire, personnel, familial et social de ces enfants et de considérer que ces troubles auraient dû déclencher un signalement mais, là aussi, ce type de difficultés doit toujours alerter et être mis en perspective dans le tableau détaillé d'analyse du comportement d'un enfant.

*c) Des situations familiales ou sociales que les personnels ne peuvent pas ou ne veulent pas prendre en compte*

Les personnels disent se trouver de plus en plus face à des situations familiales délicates et complexes (fragilité psychologique, troubles psychiatriques, addictions, violences conjugales, désinsertion sociale, précarité, etc.) qu'il est mal aisé d'appréhender et de gérer. Cette difficulté mise en avant dans la plupart des dossiers étudiés, confirmée par les interlocuteurs de la mission, les conduit à des réactions diverses, notamment une empathie avec les parents en difficulté qui peut les pousser à ne pas voir, un désarroi à l'origine d'hésitations ou de décisions non adaptées, une volonté de séparer la sphère scolaire et la sphère privée et une conviction que la maltraitance relève non de l'école mais des services sociaux.

---

<sup>105</sup> Bilan de suivi de l'absentéisme des élèves de la commission départementale de la DSDEN de la Seine-et-Marne en 2016-2017 : en maternelle, 1,5 % d'élèves signalés (659 élèves sur un effectif de 42 011), 17 saisines du procureur (58 au total dans le primaire).

<sup>106</sup> Arrêté du 3 novembre 2015 relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation.

<sup>107</sup> Toutefois la nouvelle stratégie de santé intègre l'amélioration de la santé des enfants de moins de six ans en prenant en compte la politique de santé scolaire. Cf. décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017.

Quoi qu'il en soit, ces personnels se sentent désarmés pour répondre aux interrogations posées par le comportement des enfants et de leur famille en cas de suspicion de maltraitance. S'ils bénéficient de l'expertise de personnels médicaux (médecin, infirmier, psychologue), ils ne peuvent pas toujours recourir à une assistante sociale permettant d'apporter une dimension sociale plus large – même si des expérimentations sont en cours, en général les assistantes sociales scolaires ne sont pas nommées dans le premier degré. **Cf. Recommandation n° 5.**

Par ailleurs, les directeurs d'école peuvent ponctuellement être consultés par des travailleurs sociaux (dans deux cas, dans le cadre spécifique d'une évaluation sociale ou une évaluation judiciaire) mais il ne semble pas exister de relations structurées régulières entre les écoles et les services sociaux de territoire des conseils départementaux. **Cf. Recommandation n° 21.**

Les équipes éducatives ne disposent donc pas de l'expertise sociale nécessaire pour procéder à une évaluation complète de la situation et pour rédiger de manière argumentée l'information préoccupante ou le signalement. Pour autant, cela ne doit pas les dispenser d'agir en cas de doute.

### 2.2.2.2 Des difficultés à prendre et à assumer la responsabilité du signalement

#### A. Une absence d'évaluation concertée

Face à une situation préoccupante, les agents sont incités à échanger avec d'autres professionnels de l'institution qui peuvent les conseiller. Le cas est évoqué au sein de l'équipe éducative<sup>108</sup>, chargée de repérer et analyser les situations d'enfants en danger et, le cas échéant, de prendre la décision d'effectuer une IP ou un signalement. À travers certaines auditions de personnels dans les affaires étudiées, il semble que ces instances n'aient pas toujours joué leur rôle.

Dans une procédure, un enseignant s'était interrogé sur un comportement pouvant éveiller des soupçons de maltraitance mais « en l'absence de preuve », il n'avait pas partagé avec l'équipe éducative et les intervenants médicaux ou sociaux. On peut déplorer qu'en l'absence de certitude, le doute ne bénéficie pas à l'enfant.

Les liens entre l'enseignant, le directeur, l'IEN, les personnels médico-sociaux et les conseillers techniques départementaux paraissent souvent distendus.

#### B. Le poids de la responsabilité du signalement et de l'information préoccupante pour les professionnels de l'éducation

##### a) Une décision délicate

Si le nombre d'informations préoccupantes et de signalements provenant de l'éducation nationale est élevé<sup>109</sup>, un certain nombre de personnels de l'éducation restent réticents à utiliser ces procédures.

<sup>108</sup> L'équipe éducative est composée du directeur, de l'enseignant, du psychologue scolaire, éventuellement du médecin et de l'infirmier, et du représentant légal de l'enfant.

<sup>109</sup> Cf. dernière enquête consolidée de la direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) 2012-2013 : 31 364 élèves ont fait l'objet d'une IP (3,1 pour 1 000 scolarisés) et 7 532 d'un signalement (0,8 pour mille). Ces chiffres ne correspondent toutefois pas totalement à la réalité car certaines académies ne transmettent pas régulièrement – ou transmettent de façon partielle – les données demandées par la DGESCO. L'administration centrale peut donc difficilement élaborer le bilan ministériel qui devrait être intégré dans les statistiques interministérielles et permettre de mieux piloter le dispositif de protection de l'enfance au sein du ministère.

La décision d'effectuer un signalement ou une information préoccupante apparaît toujours comme une décision « lourde » à prendre pour les personnels, notamment pour les enseignants qui ont souvent des relations constructives avec les parents. Au même titre que les travailleurs sociaux, les enseignants sont en effet en contact direct et quotidien avec les familles avec lesquelles ils engagent et développent des relations au plan éducatif, s'appuyant souvent sur des liens de confiance construits dans la difficulté et dans le temps. Dans ce contexte, l'acte de signaler peut représenter un geste symbolique fort, celui de la « rupture des liens » et de « l'échec ».

D'autres considérations peuvent être mises en avant. Il peut s'agir de la crainte réelle des réactions des parents ou de la famille, parfois violentes, à l'égard du signalant (avec le cas signalé à la mission de représailles contre la famille d'une directrice d'école) ou d'un transfert de responsabilité vers d'autres services, notamment des travailleurs sociaux. Dans un dossier, une directrice d'école a regretté que « les services sociaux ne soient pas intervenus plus tôt » alors qu'elle-même aurait dû effectuer un signalement. Dans d'autres cas, ce sera le sentiment assez prégnant à l'éducation nationale de l'inutilité d'un signalement en raison d'un retour d'information jugé trop long et peu qualitatif. Selon une enseignante, « le temps de non-réponse est très difficile à gérer » et « le temps social, le temps de la justice et le temps scolaire ne sont pas toujours compatibles entre eux ». En outre, l'absence de retour qualitatif d'information peut entraîner, chez les personnels, une forme de résignation et le sentiment d'impuissance devant le constat que leurs démarches n'ont rien changé au quotidien de leurs élèves.

Lors de ses déplacements, la mission a noté que, comme l'ont confirmé les professionnels des CRIP rencontrés, les IP et les signalements de l'éducation nationale étaient fréquemment transmis très tardivement au conseil départemental, le plus souvent à la veille des vacances. Cette « saisonnalité » pose peut-être la question de la gestion de ces dossiers mais surtout celle de la temporalité et des longues hésitations, déjà évoquées.

#### *b) La responsabilité du signalant*

Ces interrogations sur la décision de l'information préoccupante ou du signalement portent également sur le signalant lui-même. Si la plupart des enseignants acceptent de signer le document, certains préféreraient transférer cette responsabilité à une autre instance (directeur / chef d'établissement, médecin, IEN, etc.) car leur souci est de ne pas s'exposer et de maintenir leurs liens avec les parents.

Cette question a été évoquée à plusieurs reprises lors des visites de la mission. Plusieurs hypothèses pourraient être envisagées, notamment une différenciation entre l'exposé des faits constatés par l'enseignant ou le directeur (qui devrait être textuellement retranscrit) et la signature par une autorité supérieure – peut-être de préférence l'IEN dont le rôle serait ainsi plus affirmé.

#### **Cf. Recommandation n° 26.**

#### *c) Une sensibilisation et une formation des directeurs d'école et des enseignants trop limitée*

Dans un cas étudié, devant un coup donné par les parents de l'enfant, la directrice d'école s'est sentie démunie et ne savait pas comment elle devait traiter cette situation grave, alors que les guides précisent très clairement les procédures à suivre (accessibles sur Internet) ; elle a interrogé le travailleur social mais elle n'a pas eu le réflexe d'en référer à son interlocuteur naturel, l'IEN de sa circonscription.
--



À travers cet exemple et les visites effectués, la mission observe que la formation demeure problématique. Selon une conseillère technique de service social départemental, la protection de l'enfance est peu présente dans la formation initiale (il existe au minimum un temps de formation pour les chefs d'établissements mais les formations ne sont pas systématiques pour les enseignants) et, de façon très inégale, dans la formation continue, selon les départements. **Cf. Recommandation n° 29.**

Les directeurs d'écoles et chefs d'établissements rencontrés indiquent avoir eu une information dans le cadre de leur formation réglementaire de personnels de direction. Ils admettent toutefois que c'est au moment de la confrontation à une situation réelle qu'ils ont compris l'ensemble du dispositif de protection de l'enfance. La consultation des sites dédiés du ministère de l'éducation nationale et de la DSDEN leur a permis de trouver une ressource utile et opérationnelle. Tel n'a pas été le cas de la directrice évoquée précédemment et de nombreux enseignants rencontrés qui ne connaissent pas ce dispositif ou qui ne pensent pas à l'utiliser.

Cette question de formation est un enjeu évident pour la protection de l'enfance. Les campagnes d'information sur les sujets annexes (harcèlement, pédophilie, violences conjugales) et les actions de formation qui se renforcent contribuent à une sensibilisation progressive auprès des personnels de l'éducation nationale, dont l'une des missions est de participer à la protection de l'enfance. **Cf. Recommandation n° 32.**

Il n'en reste pas moins que chaque agent doit être conscient de sa responsabilité qui est en jeu lorsqu'un enfant est en danger.

### **2.2.3. Pour la justice, un déficit d'exploitation des informations et des faiblesses dans la coordination des services**

Parmi les 45 dossiers étudiés, la situation familiale des enfants victimes a été portée à la connaissance de la justice pour dix-neuf<sup>110</sup> d'entre eux. Sur ces dix-neuf dossiers, la mission en a identifié quinze pour lesquels la justice aurait dû, dans certains cas ou pu dans d'autres, faire plus que ce qu'elle a effectivement fait, étant précisé que la mission n'a pas connaissance des conditions de travail des professionnels concernés. Ces quinze dossiers illustrent les insuffisances ou occasions manquées relevées dans les cas présentés ci-après.

Les causes des décès étant généralement multifactorielles, il a été fait le choix de les analyser sous divers angles, ce qui conduit à citer certains cas plusieurs fois pour étudier chacun des risques.

La mission n'a pas disposé exactement, pour son analyse dans le champ judiciaire, du même matériau que dans le domaine sanitaire, social et scolaire. En effet, les dossiers d'instruction ne comportent pas les auditions des magistrats et enquêteurs qui n'ont pas vocation à être entendus dans ce cadre, même si des pièces relatives à leur intervention<sup>111</sup> peuvent y figurer, au moins

---

<sup>110</sup> Étant précisé que, pour quatre autres dossiers, seul l'auteur présumé était connu par la justice, mais pour des faits sans lien avec les violences commises sur l'enfant décédé et parfois de manière très ancienne (précédents ou condamnations antérieures ou dossier en assistance éducative chez le juge des enfants).

<sup>111</sup> Le dossier en assistance éducative du juge des enfants, la procédure devant le juge aux affaires familiales, le rapport du service pénitentiaire d'insertion et de probation pour un des parents condamné et suivi par le juge d'application des peines, des précédentes procédures judiciaires ou des déclarations de mains courantes.

partiellement. Néanmoins, elle a pu s'appuyer sur l'éclairage et l'analyse de professionnels de terrain, lors de ses déplacements.

Dans une part importante des procédures, les violences conjugales ne sont pas suffisamment repérées comme un risque majeur pour l'enfant. Plus généralement, les cas étudiés révèlent des faiblesses dans l'analyse des situations et l'articulation des services.

### *2.2.3.1 L'insuffisante prise en compte des violences conjugales dans l'analyse du danger encouru par les enfants, en dépit de la politique pénale engagée*

L'étude des dossiers montre que les violences conjugales ne sont pas toujours suffisamment perçues par les services d'enquête ou par le parquet comme un signal alarmant sur le danger potentiel que courent les enfants auprès du couple parental. Dans ce cas, ils ne font pas toutes les investigations nécessaires sur le plan pénal ou socio-éducatif leur permettant d'évaluer la situation et peuvent passer à côté d'événements dramatiques.

Pourtant, une large prise de conscience a eu lieu ces dernières années sur la réalité et la gravité des violences conjugales et leurs conséquences sur la cellule familiale, grâce notamment aux alertes des associations et à l'analyse et à la diffusion des informations et données relatives aux violences faites aux femmes par la mission interministérielle pour la protection des femmes contre la violence et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF)<sup>112</sup>.

Cette reconnaissance s'est traduite dans la politique pénale du ministère de la justice qu'il est nécessaire de rappeler afin de mieux appréhender les difficultés des enquêteurs et des parquets relevées dans les dossiers.

#### **A. Une politique pénale claire et pérenne sur le traitement des violences conjugales et sa déclinaison au niveau de la protection de l'enfance**

Conformément à la circulaire CRIM 06-10/E8 de la DACG du 19 avril 2006 relative à la loi du 4 avril 2006 sur les violences au sein du couple, lors des poursuites engagées contre l'auteur, « *les parquets doivent être attentifs au sort des enfants d'un couple au sein duquel sévit de la violence ainsi qu'à leur protection* ». Les circulaires postérieures<sup>113</sup> ont rappelé cette double vigilance : « *La situation des enfants du couple, qui peuvent se trouver en situation de danger physique ou moral, sans toutefois être victimes directes et immédiates de tels actes, doit aussi être prise en compte*<sup>114</sup> ». Elles préconisent également une spécialisation en la matière avec la désignation de magistrats référents et le regroupement des violences intrafamiliales dans un pôle mineurs famille dans les parquets de taille suffisante<sup>115</sup>.

---

<sup>112</sup> Créée par décret du 3 janvier 2013, la MIPROF diffuse chaque année l'étude nationale sur les morts violentes au sein du couple réalisée par la DAV (cf. *supra*).

<sup>113</sup> Circulaire CRIM-9/12 cab de la DACG du 1<sup>er</sup> novembre 2009 de politique générale, guide de l'action publique sur les violences conjugales de la DACG de 2008 mis à jour en novembre 2011, circulaire CRIM 2014-22/E1 du 24 novembre 2014 d'orientation de politique pénale en matière de lutte contre les violences au sein du couple et relative au dispositif de téléassistance pour la protection des personnes en grave danger issu de la loi du 4 août 2014.

<sup>114</sup> Circulaire DACG précitée du 1<sup>er</sup> novembre 2009.

<sup>115</sup> Circulaires DACG du 24 novembre 2014 précitée et du 23 décembre 2015 CRIM/2015 -16-E1 sur le traitement en temps réel.

C'est ce qu'ont mis en place de nombreux parquets, à des degrés divers<sup>116</sup>.

Les violences intrafamiliales sont également prises en compte de manière spécifique par les services d'enquête<sup>117</sup>. Pour la police, ce sont les brigades départementales de protection des familles<sup>118</sup> qui ont, en principe, vocation à intervenir. Néanmoins, compte tenu de l'ampleur du contentieux, ces brigades peuvent ne traiter que les violences commises sur les mineurs, alors que les infractions de violences conjugales sont prises en charge par le service local généraliste<sup>119</sup>. De son côté, la gendarmerie a créé une unité fonctionnelle constituée par les référents « violences intrafamiliales » ainsi qu'une unité spécialisée, appelée brigade de prévention de la délinquance juvénile (BPDJ), destinées à venir en appui des brigades généralistes, lorsqu'elles doivent traiter ce type de procédures.

Pour autant, certains enquêteurs spécialisés ont indiqué à la mission qu'ils ne font pas toujours le lien entre les violences conjugales et le risque de danger pour les enfants, alors même qu'ils interviennent dans de nombreux dossiers. **Cf. Recommandation n° 17.**

Par ailleurs, en matière de violences conjugales, a été définie une doctrine d'emploi des mains courantes des services de police et des procès-verbaux de renseignements judiciaires (PVRJ) des unités de gendarmerie<sup>120</sup>, afin de ne recourir à ces actes que lorsque la victime refuse de déposer plainte. Ces informations doivent pouvoir être exploitées par les enquêteurs<sup>121</sup> et permettre d'apporter une réponse sociale à la victime. Certains parquets ont même demandé leur transmission systématique au pôle mineur / famille en vue d'une analyse de ces situations<sup>122</sup>.

En police comme en gendarmerie, la présence de travailleurs sociaux dans les commissariats et les unités de gendarmerie permet de faire le lien entre procédures judiciaires et interventions sociales<sup>123</sup>. **Cf. Recommandation n° 7.**

À titre d'exemple, il a été établi dans un département un protocole relatif au recueil, au traitement et à l'évaluation des IP concernant les mineurs en danger ou en risque de l'être, pour assurer un traitement rapide au niveau de la CRIP et du procureur de la République de situations d'enfants exposés aux violences conjugales<sup>124</sup>. Des relations directes se sont tissées entre services d'enquête et

---

<sup>116</sup> Certains parquets, comme à Bordeaux ou à Nancy, prévoient que la section générale transmette, lorsque le couple a des enfants, la copie de la procédure de violences conjugales à la « section mineurs / famille » compétente en assistance éducative. D'autres, comme à Créteil, font traiter les violences conjugales par le pôle mineur / famille, permettant, selon le RAMP 2016, « une articulation de la réponse pénale avec celle de la protection de l'enfance et non une seule réponse judiciaire limitée aux violences conjugales, favorisant l'analyse transversale des situations ».

<sup>117</sup> La circulaire du ministre de l'intérieur aux préfets en date du 24 janvier 2006 (NOR/INT/C/06/00018) sur l'amélioration du traitement des violences conjugales fait état de l'impact de ces violences sur les enfants et indique qu'elles « ont ceci en commun qu'elles nécessitent à la fois, et de manière concomitante, une action policière, judiciaire et sociale ».

<sup>118</sup> Qui ont remplacé les brigades des mineurs (sauf à Paris).

<sup>119</sup> Tel est le cas à Bordeaux.

<sup>120</sup> Protocole cadre relatif au traitement des mains courantes et des PV de renseignements judiciaires en matière de violences conjugales signé le 13 novembre 2013 par les ministères de la justice, de l'intérieur et du droit des femmes.

<sup>121</sup> À Meaux, ces mains courantes sont systématiquement transmises au service de police compétent pour traitement.

<sup>122</sup> Tels que les parquets de Créteil ou Melun.

<sup>123</sup> À titre d'exemples, trois travailleurs sociaux sont dans les locaux de la gendarmerie en Gironde. À la sûreté départementale de Nancy, un policier correspondant du bureau d'aide aux victimes adresse à ce bureau les personnes en fonction des procédures traitées.

<sup>124</sup> Avenant de 2015 au protocole relatif aux informations préoccupantes signé en 2009 par les autorités du département de Seine-et-Marne.

maisons départementales de solidarité : lorsqu'une procédure pour violences conjugales révèle que les enfants du foyer ont été exposés à ces violences, les intervenants sociaux en fonction auprès des commissariats de police alertent les services sociaux qui font les premières investigations et peuvent alors donner lieu à l'établissement d'une IP adressée par la CRIP au parquet. En pratique, ce dispositif fonctionne surtout avec les brigades de protection spécialisées.

Tous les magistrats du parquet rencontrés ont mentionné qu'ils effectuaient une demande d'évaluation sociale à l'occasion d'une procédure de violences conjugales lorsque le couple a des enfants. Certains<sup>125</sup> ont souligné toutefois leurs difficultés à suivre cette évaluation, d'autant plus que les conseils départementaux observent parfois des délais très longs malgré la priorisation affichée des dossiers concernant les jeunes enfants.

En tout état de cause, même si les dossiers examinés par la mission portent sur des faits commis entre 2010 et 2015, ils témoignent de pratiques professionnelles encore d'actualité.

### **B. Une sensibilité et une réactivité perfectibles des enquêteurs face aux suspicions de violences conjugales quant aux conséquences sur l'enfant**

Déceler les violences intrafamiliales exige une très grande vigilance de la part des professionnels car elles ne sont rarement dénoncées par leurs victimes, *a fortiori* lorsqu'il s'agit de très jeunes enfants. En établir la preuve peut être extrêmement difficile. Dans les dossiers examinés, la mission a constaté que plusieurs mères de famille n'avaient pas déposé plainte par crainte de représailles.

C'est dire que les enquêteurs doivent faire preuve d'une curiosité accrue pour percevoir les alertes relatives à des suspicions de violences dont ils peuvent être informés, soit par l'entourage de la victime, soit à l'occasion d'une procédure pour des faits distincts, soit par une accumulation de faits *a priori* mineurs. Or, force est de constater que ces informations, souvent indirectes et éparpillées, ne sont pas toujours suffisamment exploitées. Les dossiers suivants en sont l'illustration.

– Le père d'un enfant est condamné pour des violences avec arme sur son beau-frère. Celui-ci s'était interposé pour empêcher qu'il ne frappe sa compagne. Cette procédure n'a été exploitée ni par les services de police ni par le parquet pour traiter les violences conjugales, alors que le couple avait déjà un enfant en bas âge, ou au moins pour ordonner une évaluation socio-éducative, compte tenu de la personnalité inquiétante du père. Un mois après sa libération dans le cadre d'un placement sous surveillance électronique, le père tue son deuxième enfant âgé de deux ans.

– Les plaintes réciproques de la mère et du père pour vols, harcèlement moral et non représentation d'enfant ont été déposées régulièrement au même service, certaines étant classées sans suite pour insuffisance de preuve. L'examen de l'ensemble de ces procédures montrait cependant un climat pesant entre les parents et une grande souffrance chez la mère. À aucun moment, les services d'enquête n'ont envisagé d'alerter les services sociaux ou le parquet pour vérifier les conditions de vie de l'enfant. Deux ans après la première plainte, celui-ci est tué par son père au moment de la procédure de divorce engagée par la mère.

<sup>125</sup> Le parquet de Meaux par exemple.

– Les services enquêteurs ont refusé de prendre une plainte contre le père d'un enfant pour des violences dénoncées par la famille de la victime et commises tant sur sa compagne que sur son enfant en raison de l'absence de la mère. À la suite de ce refus, un des plaignants a agressé le père de l'enfant. Ces violences ont fait l'objet d'une médiation pénale sans investigation sur les violences conjugales à l'origine de ces nouveaux faits. Trois ans après, le père qui maltraitait effectivement son enfant le tue.

### C. Des réponses partielles des parquets aux situations de violences conjugales

Lorsque le couple a des enfants, les violences conjugales ne sont pas toujours traitées et envisagées de manière globale par le parquet. Celui-ci peut avoir tendance à traiter séparément les aspects pénaux de ceux relatifs à l'assistance éducative et à sous-estimer l'impact de ces violences dans le risque de danger pour les enfants. Dans la procédure, l'enfant est une victime indirecte, la seule victime reconnue étant la femme battue pour laquelle un arsenal de mesures est prévu et mis en œuvre pour assurer sa protection<sup>126</sup>.

Ainsi, dans les dossiers suivants, le parquet ne traite que l'aspect pénal et néglige le champ socio-éducatif ou ne retient pas sa compétence au profit de l'autorité administrative, démontrant ce faisant une conception restrictive de la compétence judiciaire en matière d'assistance éducative, au risque de renforcer les cloisonnements entre les acteurs de la protection de l'enfance.

– À l'occasion de poursuites du père pour des violences commises contre son ex-épouse qui a déjà déposé plainte à plusieurs reprises, dans un contexte conflictuel d'après divorce, le parquet n'effectue aucune évaluation socio-éducatif alors que le couple a deux enfants en bas âge. Certes une condamnation à une peine d'emprisonnement assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve est prononcée, mais la peine, exclusivement centrée sur l'auteur, ne permet pas d'appréhender ses capacités parentales et les conditions de vie des enfants auprès de lui. Deux ans et demi après, le père tue ses enfants lors de son premier droit de visite.

– Dans une autre affaire de violences conjugales, le parquet poursuit le père de famille qui est condamné mais décide un non-lieu à assistance éducative à l'issue de l'enquête sociale relative à une information préoccupante antérieure concernant un des enfants. Pourtant, l'enquête fait état de nouvelles violences conjugales postérieures à la condamnation et d'inquiétudes sur les conditions de vie des enfants. En effet, la mère s'était présentée au rendez-vous avec un hématome et des blessures au visage qu'elle attribuait à une chute accidentelle. Le parquet motive le non-lieu en raison de l'existence d'un suivi administratif de cette famille, étant précisé que les services sociaux n'avaient pas demandé la saisine de l'autorité judiciaire. L'un des deux enfants de trois ans est tué 16 mois après par son père qui le maltraitait de manière habituelle.

Cette séparation entre la compétence pénale et la compétence en assistance éducative se retrouve dans l'organisation territoriale de certaines juridictions en raison de l'intervention concurrente de deux parquets différents<sup>127</sup>, au risque de ne pas fonctionner de manière coordonnée, notamment en cas d'urgence.

<sup>126</sup> Cf. le dispositif du TGD consacré à l'article 41-3-1 du code de procédure pénale et les ordonnances de protection issues de la loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 modifiée par la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 et introduites aux articles 515-9 à 515-12 du code civil.

<sup>127</sup> Cette compétence concurrente concerne les quelques TGI qui n'ont pas de juge des enfants, soit 12 TGI sur 164. La compétence en assistance éducative est alors exercée par la juridiction limitrophe désignée.

À la suite d'un signalement par le maire d'un village, le parquet territorialement compétent investigate sur les suspicions de violences commises par le père à l'encontre de sa compagne et de son bébé de six mois. Plusieurs témoignages attestent des violences conjugales mais aussi de l'attitude inadaptée et agressive du père envers son enfant et des traces de coup sont relevées à trois reprises sur l'enfant. Le parquet saisi sur le plan pénal transmet au fur et à mesure les résultats circonstanciés des investigations au parquet compétent en assistance éducative, lequel ne prend aucune décision. L'enfant est tué par son père cinq semaines après. Le père, dépendant à l'alcool et ayant un doute sur sa paternité (sa paternité sera d'ailleurs confirmée par test génétique après la mort de l'enfant), avoue un déchaînement de violences un soir où il était excédé par ses pleurs, ainsi qu'une violence devenue quasi quotidienne envers sa compagne et son enfant.

Plus rarement, le parquet néglige le traitement pénal des violences conjugales quand celles-ci sont révélées à l'occasion de procédure d'assistance éducative, comme si, la protection de l'enfant étant déjà organisée, l'établissement de faits de violences au sein du couple devenait secondaire. Cette absence d'investigations nuit à la prise de conscience de la dangerosité du parent violent et par conséquent à l'intervention d'une décision adaptée.

– À la naissance de l'enfant qui sera tué, les services sociaux et la PMI informent le JE de suspicions de violences conjugales et d'un comportement inadapté du père sur l'aîné. Le rapport du conseil général mentionne que la mère présentait des traces de violence au visage. Le JE se saisit directement en assistance éducative, tout en transmettant les signalements au parquet, lequel ne lance aucune enquête pénale. Un an auparavant, le père avait été condamné dans un autre département pour des violences commises sur l'aîné. Le deuxième enfant, placé à sa naissance, est de retour à l'âge de quinze mois dans sa famille par décision du JE. Il est tué quatre mois plus tard, l'enquête révélant une tyrannie quotidienne exercée par le père sur la mère et ses enfants. Cette absence d'investigation sur les suspicions de maltraitance a encouragé le positionnement des travailleurs sociaux dans l'accompagnement des parents et moins dans la protection des enfants et n'a pas permis au juge des enfants de prendre la mesure de la violence du père et du danger encouru par les enfants.

– Dans un autre dossier, le parquet saisit le JE en assistance éducative pour l'aîné d'une fratrie au vu d'un signalement des services sociaux en soulignant le contexte de violences dans lequel le second qui vient de naître, mais n'ordonne aucune enquête pénale sur les suspicions de violences conjugales apparaissant dans les IP concernant l'aîné, notamment celle de la propriétaire du logement, qui a constaté que la mère présentait un grand nombre d'ecchymoses. Le deuxième enfant est tué par son père à l'âge de six semaines.

Sans aller forcément jusqu'à reconnaître l'enfant en tant que victime de violences psychologiques dans le droit pénal lorsqu'il est exposé aux violences conjugales comme le préconisent certains<sup>128</sup>, posant à nouveau le problème de la preuve en droit pénal, le parquet devrait, conformément aux orientations de politique pénale, prendre systématiquement en compte l'évaluation du danger encouru par l'enfant auprès de ses parents, afin d'assurer sa protection. Il convient avant tout d'éviter les examens partiels et hâtifs de « bouts de procédures » qui intéressent en réalité tout à la fois, la protection de l'enfance, le droit pénal et le droit civil. **Cf. Recommandation n° 18.**

<sup>128</sup> Cf. rapport 2017 de l'observatoire régional des violences faites aux femmes du centre Hubertine Auclert en Île-de-France pour mieux protéger et accompagner les enfants co-victimes des violences conjugales.

### 2.2.3.2 Une analyse insuffisante des situations

#### A. Des investigations insuffisamment approfondies

##### a) Par le parquet

En matière d'assistance éducative, le parquet est destinataire de très nombreuses informations et fait le lien entre les acteurs judiciaires, les services d'enquête et les travailleurs sociaux. Il intervient souvent dans l'urgence pour apporter une réponse immédiate à une situation qui pose un problème particulier à un temps « t », mais qui recouvre parfois une réalité plus complexe dont il convient de prendre la mesure.

Deux dossiers illustrent une intervention trop ponctuelle et limitée. Des investigations complémentaires auraient permis au parquet d'améliorer les conditions de son évaluation pour prendre les décisions relevant de sa compétence propre en assistance éducative.

Ainsi, dans l'un de ces deux dossiers<sup>129</sup>, un service de police saisit le substitut de permanence de fin de semaine, aux fins d'exécuter en urgence le recueil temporaire<sup>130</sup> d'une mineure dont la mère est hospitalisée d'office en psychiatrie. Le magistrat ne demande aucune investigation complémentaire sur la situation de la mère et de son enfant. Une simple recherche de « précédents » aurait fait apparaître dix-neuf mentions informatisées au commissariat sur une période de sept ans, dont sept déclarations de mains courantes et douze événements avec intervention d'un équipage police secours. Ces éléments démontraient que la mère présentait depuis longtemps un état très inquiétant (alcool, dépression, confusion mentale, isolement, violences), qui s'était aggravé dans les jours précédant le recueil temporaire. La mère avait notamment déposé deux déclarations de mains courantes respectivement une semaine et deux jours avant son hospitalisation en psychiatrie pour dénoncer par des propos incohérents, une prétendue persécution de son ex-compagnon. En l'absence de ces éléments, l'enfant âgé de sept ans est rendu à sa mère à sa sortie de l'hôpital ; celle-ci le tue trois jours après.

##### b) Par le juge des enfants

L'intervention du JE doit tenir compte des informations déjà recueillies sur la famille qui fondent l'information préoccupante ou le signalement mais sa saisine constitue également l'occasion d'une nouvelle lecture de la situation : le juge doit veiller à maintenir une position d'observation lors de sa rencontre avec la famille et au cours de l'exploitation des renseignements qui lui sont apportés. Or, dans certains dossiers étudiés, la mission a relevé différents types de carences.

<sup>129</sup> L'autre cas étant exposé dans autre angle dans le 2.2.3.3 - B.

<sup>130</sup> Cf. Article L. 223-2 alinéa 2 du code de l'action sociale et des familles (loi du 5 mars 2007) qui prévoit que : « 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. » C'est l'accueil dit d'urgence ou temporaire par le service de l'ASE, dans le cadre de la protection administrative, en dehors de toute décision judiciaire. Cette mesure se distingue de l'ordonnance de placement provisoire qui est une décision judiciaire prise par le procureur de la République en cas d'urgence si la protection de l'enfant l'exige dans le cadre de l'article 375-5 du code civil.

- **Le juge des enfants n'investigue pas sur le contenu du signalement ou du rapport qui lui est soumis**

– À la suite de la prise en charge administrative d'une mère et de son enfant en centre maternel, le JE est saisi en assistance éducative, le signalement relevant notamment le manque d'autonomie sociale de la mère. Il adopte l'analyse des services sociaux à l'origine du signalement, sans demander d'investigations spécifiques sur les capacités parentales, et particulièrement celles du père, connu du parquet pour des violences sur sa femme et un des enfants. Ultérieurement, le juge ne porte pas de regard critique sur la qualité du suivi effectué par le service d'action éducative en milieu ouvert. Ce dernier conclut à une évolution favorable, tout en indiquant de manière ambiguë que l'ensemble de la famille n'a jamais pu être vue. Le service s'appuie également sur les déclarations des parents concernant l'aide supposée des grands-parents et propose la mainlevée de la mesure. Au cours de l'audience, le juge s'étonne d'un courrier de la grand-mère indiquant ne plus avoir de nouvelles de sa fille et de ses petits-enfants. Malgré cela, il ne lance aucune vérification et ordonne la mainlevée de la mesure sans exiger que l'enfant soit vu. Ce dernier sera découvert plusieurs mois après, décédé des suites de la maltraitance de ses parents.

– Une mesure éducative est décidée pour un enfant à la suite de trois IP récentes. L'une d'entre elles émanait de la police municipale qui était intervenue à plusieurs reprises pour des violences entre les parents, tous deux sous l'emprise de l'alcool. Présentant une très forte dépendance à l'alcool, le père était sujet à des crises de violence. Une mesure d'investigation portant sur la situation du père aurait permis de prendre en compte l'impact de cette addiction dans la prise en charge de l'enfant. Le nouveau-né d'un mois et demi est tué par son père, alors en état d'ivresse.

- **Le juge décide d'une mesure sans avoir vu la famille, soit parce qu'elle ne s'est pas déplacée, soit parce qu'elle n'a pas été convoquée**

– Une première mesure judiciaire d'un an a été prise par le JE pour l'aîné d'une fratrie, sans convocation. Ultérieurement, alors que deux des enfants étaient provisoirement placés, les droits de visite des parents ont été modifiés à deux reprises, puis supprimés, de nouveau sans convocation. Le juge s'est ainsi privé d'une évaluation personnelle de la situation et de son évolution, ce qui était d'autant plus risqué que la famille se dérobaît à l'exercice de la mesure.

– Une mère sujette à des troubles bipolaires manifeste auprès des services sociaux une grande angoisse après la saisine du JE et se soustrait à la mesure d'investigation. Après une seule convocation non honorée par la mère, le juge décide d'une mesure de suivi en milieu ouvert en lui enjoignant de répondre aux convocations du service, faute de quoi il placera son enfant. Peu après la réception du jugement, la mère tue son enfant âgé de trois ans.

– La saisine du JE fait suite à un signalement très inquiétant concernant un enfant de trois ans dont la mère présente de graves troubles du comportement. Craignant ses réactions, la mère avait demandé dans un premier temps l'éloignement de son enfant, avant de rejeter toute intervention sociale. Le personnel de la crèche avait remarqué qu'elle n'avait pas de relations affectives avec l'enfant. Le signalement, réalisé en urgence par la crèche et les services sociaux, décrit un risque de « *mort psychique* » de l'enfant en raison de la relation à sa mère et conclut à une demande de placement. Le juge ne convoque pas la mère à l'audience et ordonne une simple mesure d'investigation. Le fait de ne pas l'avoir vue lors de la première audience le privera d'éléments pour évaluer sa dangerosité. L'enfant sera tué par sa mère dans les mois qui suivront.



## B. Des situations dont la gravité est sous-évaluée

L'évaluation du danger et la protection de l'enfant sont au cœur du métier du JE en assistance éducative. Les mesures d'investigation ou de suivi doivent s'exercer de manière effective et être adaptées à la gravité de la situation, ce qui n'a pas toujours été le cas dans les dossiers étudiés.

– Le JE est saisi d'une situation très préoccupante d'un enfant de trois ans, dont les besoins élémentaires ne sont pas assurés (nourriture, sommeil, habillement), sa mère, atteinte d'une pathologie psychiatrique, refusant toute collaboration. Il ordonne tout d'abord une simple mesure d'investigation à laquelle la mère refuse de participer, puis, dans un second jugement, une AEMO. Compte tenu de la gravité de la situation, le placement de l'enfant aurait dû être ordonné. La mère tue l'enfant quinze jours après le deuxième jugement.

– Le JE est saisi de la situation d'un bébé de trois mois sur la base d'un rapport du service de milieu ouvert faisant état d'une situation familiale fragile, avec une grande instabilité et immaturité de la mère, même si la prise en charge de l'aîné, âgée de 18 mois semble adaptée. Le juge ne prend pas en compte l'impact de la naissance non désirée du second enfant. Le doute du père sur sa paternité et les tensions au sein du couple pèsent sur le climat familial. Contre l'avis des services sociaux, et, malgré un appel anonyme au service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger (SNATED) dénonçant la violence du père sur l'enfant, le juge clôture le dossier en s'appuyant sur la prise en charge correcte de l'aîné. Le nourrisson est tué par le père – qui n'est pas le père biologique – une dizaine de jours après.

– La mesure d'AEMO ordonnée par le juge pour une durée de six mois à l'égard d'un enfant placé pour cause de maltraitance n'est pas mise en œuvre par manque de moyens. Aucun travail sur la violence n'est engagé avec les parents. Prévenu à trois reprises de la surcharge du service désigné, le juge ne réagit pas malgré la gravité de la situation et ne recherche pas de solution alternative. Les parents tuent l'un des enfants de la fratrie quelques temps après.

**Cf. Recommandation n° 8.**

## C. Quelques situations qui auraient mérité une plus grande attention des services du juge aux affaires familiales ou du juge de l'application des peines à la protection de l'enfant

Dans quatre cas sur les 19 pour lesquels la justice a été saisie, des informations d'ordre social ou pénal n'ont pas été exploitées par des services judiciaires non directement compétents en matière de protection de l'enfance (JAF, JAP) :

### a) Par le JAF

– Dans le cadre d'une procédure de séparation conflictuelle faisant apparaître des violences conjugales commises par le père, le JAF, puis la cour d'appel confie l'organisation d'un droit de visite médiatisé à durée déterminée à une association qui ne réalise pas de bilan des visites<sup>131</sup> et ne fait qu'assurer la mise en contact des parents et enfants en présence de médiateurs. Dès lors, les juges ne sont pas avertis du déroulement des visites et de l'humiliation ressentie par le père en raison de cette modalité de rencontre avec ses enfants. Conformément à la décision de la cour d'appel, au terme de la médiation, le droit de visite du père est automatiquement rétabli à son domicile. A l'occasion de la première visite des enfants, le père isolé, en situation de grande précarité et très alcoolisé, tue ses deux enfants.

**Cf. Recommandation n° 10.**

<sup>131</sup> Les associations prenant en charge les droits de visite médiatisés n'ont pas l'obligation de dresser des bilans de visite, certaines le font et d'autres pas.

– Une mère, par crainte de son conjoint, engage une procédure de divorce sans évocation des griefs. La violence psychologique du mari n'est de ce fait pas abordée devant le JAF. L'autorité parentale exclusive est refusée à la mère, un droit de visite et d'hébergement pour l'enfant étant attribué au père. Par la suite, un examen psychologique est ordonné pour le père. Le rapport conclut à la mise en place d'un seul droit de visite médiatisé au regard de sa personnalité. La psychologue adresse directement le rapport à chaque partie comme la loi le permet<sup>132</sup>. L'avocat du père, qui connaît ses tendances paranoïaques au vu des multiples courriers à caractère délirant qu'il lui adresse, ne l'accompagne pas dans la prise de connaissance du rapport. Le père tue son enfant lors du droit d'hébergement. Il déclarera au cours de l'enquête qu'il n'a pas supporté que son équilibre mental soit mis en cause comme lors de son premier divorce et que des contacts médiatisés avec son enfant soient envisagés. **Cf. Recommandation n° 20.**

*b) Par le JAP ou ses services*

– Un homme condamné et placé sous bracelet électronique commet de nouvelles infractions en lien avec la législation sur les stupéfiants. Alors qu'il ne respecte pas ses obligations, il n'est pas convoqué par le JAP. Son addiction majeure au cannabis n'a pas été repérée par le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP). Après une série d'actes de maltraitance, il tue, sous l'emprise d'une forte consommation de cannabis, l'enfant de sa compagne au domicile de celle-ci où il n'était pas censé se trouver. Un suivi plus pointu aurait sans doute permis de connaître ses conditions de vie et notamment le fait qu'il vivait auprès d'un petit enfant. **Cf. Recommandation n° 11.**

– Une mère condamnée pour néonaticide et suivie dans le cadre d'une libération conditionnelle prétend consulter un psychologue, au titre de son obligation de soins, mais ne produit pas de justificatif. Aucune vérification n'est faite par le conseiller d'insertion. À nouveau enceinte, elle tuera son enfant à la naissance. **Cf. Recommandation n° 12.**

*2.2.3.3 Un fonctionnement cloisonné au niveau de la protection de l'enfance*

**A. Un cloisonnement au sein des services judiciaires**

Les différents services d'une même juridiction potentiellement saisis de procédures distinctes concernant les mêmes personnes doivent prévoir des modalités de communication leur permettant de connaître au mieux la personnalité, la situation sociale, les antécédents judiciaires de ces personnes afin de prendre des décisions adaptées à leur situation. Un travail « en silo » est cependant encore souvent à l'origine d'une absence de repérage de situations susceptibles de déboucher sur des drames.

Parfois cette communication est prévue par des textes législatifs ou réglementaires :

- la procédure d'assistance éducative prévoit qu'à chaque échéance de mesure, et avant chaque décision, le JE consulte le parquet pour connaître son avis sur la situation famille, son évolution et la décision à venir<sup>133</sup> ;
- depuis un décret de 2009<sup>134</sup>, le JAF est tenu de vérifier avant de statuer sur l'autorité parentale si les parents sont suivis par le JE. Plusieurs articles du code de procédure civile

<sup>132</sup> Article 173 du code de procédure civile.

<sup>133</sup> Article 1187 du code de procédure civile.

<sup>134</sup> Décret n° 2009-398 du 10 avril 2009 relatif à la communication des pièces entre le JE, JAF et juge des tutelles codifié à l'article 117-61 du CPC.

prévoient la communication des décisions entre JE, JAF et juge des tutelles des mineurs<sup>135</sup>.

- la circulaire de 2014<sup>136</sup> relative à la lutte contre les violences au sein du couple qui incite au développement d'une politique de juridiction associant l'ensemble des acteurs judiciaires afin que chacun dispose en temps utile d'une information complète sur la situation de l'auteur des violences de la victime et la situation familiale.

Cette communication peut aussi relever de l'initiative des professionnels. La mission a ainsi relevé, au cours de ses déplacements, la pratique d'un service des affaires familiales<sup>137</sup> qui communiquait systématiquement au parquet les ordonnances d'éloignement d'un conjoint violent et qui s'était doté d'un protocole assurant la traçabilité du traitement des requêtes en cette matière.

Dans les dossiers analysés, l'absence de communication au sein de l'institution judiciaire a pu, à plusieurs reprises, avoir des conséquences dramatiques. **Cf. Recommandation n° 19.**

*a) Une communication institutionnelle formelle entre le parquet et le juge des enfants*

Ainsi, dans un dossier complexe ayant débouché sur le décès d'un enfant très jeune alors que des violences ont déjà été repérées sur son frère aîné et sur la mère, le parquet et le JE, au-delà des discussions informelles qui ont pu avoir lieu, ont échangé durant plus de deux ans des « soit-transmis »<sup>138</sup> qui ne font apparaître à aucun moment leur position sur le fond du dossier. Le juge transmet son dossier au substitut sans formuler de demande particulière et celui-ci s'en tient à apposer son visa sans prendre de réquisition.

*b) Une absence de communication entre le service éducatif et le service pénitentiaire d'insertion et de probation*

Une mère, condamnée pour infanticide, était suivie dans le cadre d'une mesure de mise à l'épreuve. Son fils aîné était placé par le JE. L'éducatrice en charge du suivi de cet enfant soupçonnait que la mère était à nouveau enceinte. Elle n'a évoqué ses doutes ni avec la conseillère d'insertion et de probation qu'elle connaissait, ni avec le JE, lequel aurait pu alerter le JAP. Les deux services, en charge du suivi de la même famille, n'ont pas communiqué. Une nouvelle fois, la mère a tué son bébé à la naissance.

**B. Le cloisonnement entre les interventions administrative et judiciaire : la difficile question de l'accord des parents aux mesures**

En fonction de la période retenue par la mission (2010-2015) pour l'échantillonnage des dossiers étudiés, la législation en vigueur en matière de protection de l'enfance était celle de la loi du 5 mars 2007<sup>139</sup>. Cette loi novatrice dans l'articulation entre les interventions administrative et judiciaire est venue poser une ligne de partage en affirmant la primauté de l'action administrative sur la protection judiciaire, et en faisant prévaloir une action consentie par les représentants légaux de l'enfant. Ces dispositions imposaient, avant toute saisine de l'autorité judiciaire, la mise en œuvre de mesures administratives préalables ou la preuve de leur impossibilité.

<sup>135</sup> Art. 1072-2 du CPC, 1221-2 du CPC, 1180-11 du CPC, 1187-1 du CPC.

<sup>136</sup> Circulaire précitée DACG du 24 novembre 2014.

<sup>137</sup> TGI de Créteil.

<sup>138</sup> Formulaire prévoyant la transmission d'un dossier pour avis entre deux magistrats.

<sup>139</sup> Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, déjà citée.

Selon une circulaire du 6 mai 2010<sup>140</sup>, même lorsqu'il est saisi d'un signalement s'appuyant sur une présomption d'infraction pénale (mauvais traitement à enfant), le parquet doit s'assurer que le signalement répond aux conditions de l'article L. 226-4 2° du CASF : le JE n'est saisi que si les parents sont en désaccord avec les mesures administratives proposées. L'intention du législateur de 2007 était de restreindre les saisines judiciaires en faisant de l'intervention administrative l'outil privilégié de la protection de l'enfance et en réservant l'intervention judiciaire aux cas de refus des parents.

Or, les chiffres disponibles depuis l'entrée en vigueur de la loi de 2007 n'ont pas traduit de déjudiciarisation de la protection de l'enfance<sup>141</sup>, ce qui a été confirmé par les professionnels rencontrés par la mission. Selon un rapport de l'ONPE de mai 2014, 87,4 % des mineurs placés l'étaient par décision judiciaire et ce chiffre était en constante augmentation depuis 2006. Cette augmentation, contraire aux objectifs du législateur de 2007, peut expliquer les évolutions postérieures.

En effet, en mars 2016<sup>142</sup>, sont entrées en vigueur de nouvelles dispositions revenant pour partie sur les conditions posées en 2007. Elles ont réintroduit une possibilité pour le président du conseil départemental ou ses services de saisir le parquet sans avoir à justifier d'une intervention à titre administratif en amont « *si la situation de danger est grave et immédiate* », telle une situation de maltraitance.

La mission est intervenue trop peu de temps après l'entrée en vigueur de la loi du 14 mars 2016 précitée pour pouvoir en mesurer l'impact. Cependant les déplacements effectués ont permis de constater que la place réservée soit par les services sociaux soit par le parquet à l'obligation d'une intervention administrative avant toute saisine du judiciaire était encore discutée, malgré l'entrée en vigueur des dispositions de 2016.

Dans plusieurs dossiers, les professionnels s'appuient sur le seul critère de l'accord des parents, pour décider de la mesure, au détriment d'une juste appréciation du danger. Ainsi, les mesures adoptées ont pu être insuffisantes : administratives plutôt que judiciaires, mesures de suivi en milieu ouvert plutôt que placement.

– Dans un dossier de maltraitance grave d'un enfant de trois ans, l'autorité judiciaire n'a pas été saisie malgré plusieurs signaux d'alerte : information préoccupante pour l'aîné des enfants, dires de l'enfant dans le cadre scolaire, discours rejetant du père vis-à-vis de ce dernier. Les différents professionnels du service social régulièrement intervenus ont indiqué que les parents étaient d'accord pour tous les suivis se déroulant à leur domicile : visite de la PMI, intervention d'un technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF). Il était pourtant relevé qu'au-delà de l'expression de leur accord, les parents ne mettaient pas forcément en œuvre ce qu'ils s'étaient engagés à faire. Le père tue l'enfant alors que le suivi administratif est en cours.

<sup>140</sup> Circulaire du 6 mai 2010 NOR: JUSF 1015443C.

<sup>141</sup> Cf. Flore Capelier, *L'enfant en danger face au droit*, 2015.

<sup>142</sup> Loi du 14 mars 2016 n° 2016-297 relative à la protection de l'enfant, déjà citée.

– Les parents séparés ayant un enfant de trois ans, après avoir refusé toute participation aux mesures administratives, font état au moment de l’audience de leur « accord » à une mesure judiciaire de suivi en milieu ouvert. Le juge, bien que saisi d’une demande de placement reposant sur un signalement concernant le développement de l’enfant, privilégie une mesure plus légère à laquelle les parents ont consenti. La mère tue son enfant dans les mois qui suivent.

– La mère d’un enfant de trois ans en situation précaire est incarcérée pour escroqueries. Faute d’environnement familial ou amical susceptible de prendre l’enfant en charge, le procureur demande au service de l’ASE de mettre en œuvre un placement à titre administratif au vu de l’accord de la mère, sans analyser le danger à venir pour l’enfant. Dès le lendemain de sa libération, la mère récupère son enfant directement auprès de la famille d’accueil, une simple rencontre avec l’ASE étant organisée le jour suivant. Elle ne bénéficie d’aucun accompagnement social malgré sa demande de suivi psychologique pour son enfant, alors que les services sociaux de l’administration pénitentiaire et du département sont informés de sa situation. Neuf mois plus tard, elle tue son enfant, ne supportant pas le risque d’être à nouveau séparée de lui à l’occasion de son jugement.

L’étude de ces dossiers démontre que l’intervention administrative ou judiciaire dans des situations familiales complexes nécessite une souplesse d’articulation de l’une à l’autre. Or, les évolutions législatives<sup>143</sup>, qui correspondent également à des objectifs de clarification des champs de compétence respectifs des acteurs et à une répartition plus claire des coûts de la protection de l’enfance, ont pu conduire à cloisonner leurs interventions et de ce fait à rigidifier les modes de fonctionnement. Une circulaire du 19 avril 2017<sup>144</sup> a en ce sens rappelé la nécessité de rétablir un équilibre entre intervention administrative et judiciaire en œuvrant par le décroisement des échanges entre les acteurs<sup>145</sup>.

#### **2.2.4. Des défaillances dans l’articulation entre les services mises en lumière par l’analyse transversale des cas étudiés**

Au terme de cette étude, il est apparu à la mission que certaines situations ayant conduit à la mort d’enfants étaient quasiment imprévisibles tandis que d’autres, bien que difficiles à détecter, auraient mérité une attention et une vigilance particulières. Mis à part ces cas et ceux pour lesquels de nombreux signaux d’alerte n’ont pas été suffisamment exploités<sup>146</sup>, plusieurs drames se distinguent

<sup>143</sup> Dans le cadre de la loi n° 70-459 du 4 juin 1970 sur l’autorité parentale, le juge des enfants intervient quand la santé, la sécurité, la moralité du mineur est en danger. Les services administratifs d’État (directions départementales des affaires sociales) interviennent quand il y a risque de danger. L’accord des parents aux mesures n’est pas déterminant. La loi n° 82-213 du 2 mars 1982, dite de décentralisation, confie l’intervention administrative en protection de l’enfance aux collectivités territoriales selon le principe de leur libre administration alors que l’intervention judiciaire demeure confiée à l’État. La bascule entre les deux interventions se fait toujours en fonction des critères de danger et risque de danger. En 1998, le conseil économique et social indique qu’il faut désormais rechercher une meilleure complémentarité entre protection administrative et judiciaire pour éviter trop de saisines judiciaires. Un plus grand nombre de situations doivent rester de la compétence administrative, ce qui suppose une recherche approfondie de l’accord parental. Le critère de l’accord des parents est introduit. Entrée en vigueur le 2 janvier 2002, la loi 2002-2 rénovant l’action sociale et médico-sociale instaure le projet individuel pour l’enfant en respectant le consentement de la personne accueillie ou de ses représentants légaux, donnant plus de place encore à l’assentiment des parents.

<sup>144</sup> Circulaire du 19 avril 2017 NOR : JUSF17711 230C.

<sup>145</sup> Au-delà de ces évolutions législatives qui modifient la place réservée à l’accord des parents aux mesures dans l’articulation entre les interventions administratives et judiciaires, il demeure constant que l’intervention du juge des enfants reste encadrée par l’article 375-1 du code civil selon lequel le juge « doit toujours s’efforcer de recueillir l’adhésion de la famille à la mesure envisagée ».

<sup>146</sup> Cf. Partie 2.1.4.

par la déperdition et l'insuffisance de partage d'informations entre les services relevant de différents ministères. Une meilleure coordination permettrait d'améliorer la protection de l'enfant.

#### *2.2.4.1 Pour plusieurs cas, des gestes difficilement prévisibles s'inscrivant le plus souvent dans un acte suicidaire ou relevant de troubles de la personnalité*

Dans un certain nombre de cas (8 sur les 45 étudiés), la mission a considéré que l'issue fatale était pour ainsi dire imprévisible pour les professionnels et l'entourage des familles. Parmi eux, quatre auteurs ont tenté de se donner la mort au moment des faits<sup>147</sup> ; deux d'entre eux étaient séparés de la mère de leur enfant depuis quelques semaines. S'il est apparu, *a posteriori*, que les auteurs présentaient des signes de dépression et d'addiction à l'alcool ou des troubles de la personnalité plus ou moins marqués, ceux-ci ne s'étaient pas fait connaître pour des faits susceptibles d'éveiller la crainte à l'égard de leur enfant et leur geste dramatique a surpris tous ceux qui les côtoyaient.

#### *2.2.4.2 Dans quelques cas, des signaux faibles qui n'ont pas été pris en compte*

Dans certaines situations, ce sont des signaux faibles – les signaux qui, sans soulever de réelles inquiétudes, intriguent et font naître une interrogation – qui, s'ils avaient été exploités, auraient pu permettre de donner l'alerte ou écarter le risque, et en tous les cas lever le doute : un médecin déconcerté par le comportement très troublant d'une mère qu'il connaissait bien par ailleurs, appelant le père de l'enfant ou un confrère ; un JAF communiquant au parquet une enquête sociale faisant apparaître un comportement inquiétant d'un parent ; un enseignant s'interrogeant sur l'absence d'un élève dont la mère présente des troubles du comportement. De telles initiatives, un peu à la marge de l'exigence professionnelle, auraient été, dans bon nombre de cas, une chance de plus de protéger l'enfant. Ce sont des occasions manquées. **Cf. Recommandation n°13.**

#### *2.2.4.3 Dans plusieurs cas, une déperdition d'informations entre différents services de l'État*

Dans dix cas étudiés, deux services au moins relevant de ministères différents<sup>148</sup> ont été saisis en temps utile. On distinguera les six enfants en âge d'être scolarisés des quatre autres.

Pour les quatre plus jeunes enfants – trois nourrissons et un enfant de vingt mois – c'est l'articulation entre les services de l'ASE, les services médico-sociaux et la justice qui a été défailante.

Toutes les familles vivaient dans des conditions précaires et toutes les mères étaient victimes de la violence de leur conjoint. Dans deux cas, le père avait un comportement addictif et dans autres deux cas, les violences sur l'enfant avaient été repérées par les services médicaux ou sociaux ou bien leur avaient été signalées. Dans l'ensemble de ces cas, c'est le père qui était à l'origine des violences sur l'enfant.

Pour les six autres enfants en âge scolaire – deux âgés de trois ans, un de quatre ans, deux de six ans et un de sept ans – le défaut d'articulation s'est situé entre :

- l'ASE, les services médico-sociaux, la crèche, et la justice (le JE) ;

---

<sup>147</sup> Dans l'ensemble des dossiers examinés, neuf parents à l'origine des faits se sont donnés la mort ou ont tenté de le faire au moment des faits.

<sup>148</sup> Ministères des solidarités et de la santé, de la justice, de l'intérieur et de l'éducation nationale.

- l’ASE, l’école, la police et la justice (le parquet) ;
- les services médicaux, l’école et le centre de loisirs ;
- les services sociaux et médicaux de différentes collectivités territoriales et les services de police ;
- la police, l’ASE, les services sociaux et la justice (le parquet) ;
- les services médicaux, le service insertion professionnelle et social du conseil départemental et l’éducation nationale.

À titre d’exemple, on citera le cas d’une mère, séparée de son conjoint, qui a tué son enfant âgé de six ans en lui donnant une forte dose de médicaments et en l’étouffant. Elle avait été hospitalisée quelques jours auparavant pour une hépatite alcoolique aiguë et à cette occasion avait fait part aux médecins et psychologues de sa crainte de se voir retirer son enfant. La mère, dépressive, était connue des services sociaux et sanitaires pour une addiction ancienne à l’alcool et aux médicaments. L’enfant scolarisé en maternelle avait été très souvent absent. Si les services médico-sociaux et l’école avaient croisé leurs informations, ils auraient pu ensemble mieux évaluer la situation et probablement saisir en urgence le parquet avant les faits.

Dans tous ces cas d’enfants en âge scolaire, les parents étaient en situation de précarité. Dans quatre cas, ces derniers étaient en proie à des comportements addictifs (alcool et drogues) et avaient manifesté des signes de détresse perçus par l’extérieur. Il y avait eu des signes manifestes de violences sur l’enfant dans trois cas. Les cinq mères impliquées dans la mort de leur enfant vivaient seules.

En mettant bout à bout ces éléments *a posteriori*, il est difficile de comprendre pourquoi à un moment ou un autre l’enfant n’a pas été véritablement protégé. La raison en est que ce qui paraît évident *a posteriori* ne l’est pas nécessairement au moment de la prise de décision.

La diversité des situations dans lesquelles la coordination entre plusieurs services – ASE, autres services sociaux, services médicaux, éducation nationale, police, justice – a manqué montre combien, en matière de protection de l’enfant, il est important non seulement d’échanger des informations mais aussi de vérifier les suspicions et d’écarter les doutes.

Une meilleure articulation entre services aurait permis une plus grande vigilance sur la situation de l’enfant et, en tous les cas, une chance supplémentaire d’identifier le risque que représentait l’un des parents pour la vie de l’enfant. **Cf. Recommandation 25.**

### 3. Un renforcement indispensable de la protection de l’enfance pour prévenir les morts violentes d’enfants dans un cadre intrafamilial

#### 3.1. Mise en perspective de l’étude de cas, du recensement national et des déplacements de terrain

Le champ d’étude de la mission s’est situé dans un contexte législatif évolutif. Au cours de ces dix dernières années, ont été votées deux lois modifiant le dispositif de la protection de l’enfance, déjà

évoquées. Sur le plan du pilotage, la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a renforcé le conseil départemental dans sa position de chef de file et coordonnateur des missions de prévention (entretien psychosocial au cours du quatrième mois de grossesse, suivi post natal, suivi médical renforcé des enfants, etc.) et de protection (recueil et évaluation des informations préoccupantes et traitement de l'urgence). La loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance, sans bouleverser les principes directeurs en matière de gouvernance, a rétabli les équilibres entre l'intervention administrative et judiciaire. Elle répond aux besoins d'une meilleure articulation entre professionnels et de mutualisation des outils (référentiel commun d'évaluation, par exemple) dans un cadre d'échanges et de pilotage national.

L'examen des procédures effectué par la mission ne permet pas de prendre en compte les contraintes de fonctionnement et de moyens en ressources humaines et budgétaires, auxquelles les différents services (sociaux et médicaux, justice, police, éducation nationale) étaient confrontés dans leur mission quotidienne au moment de ces affaires. Toutefois, au cours des visites organisées dans les départements, les professionnels ont fait état de l'engorgement des CRIP en raison de l'augmentation du nombre d'IP, des délais de réalisation des évaluations trop longs ou de mise en place des mesures, de la saturation des dispositifs d'accueil avec l'arrivée massive de mineurs non accompagnés, des difficultés récurrentes de recrutement des médecins scolaires et de PMI, de la surcharge d'un certain nombre de cabinets de juges des enfants.

Les données statistiques sur les morts violentes d'enfants et plus généralement sur la maltraitance des enfants demeurent trop rares. Le plan interministériel de lutte contre les violences faites aux enfants fait donc de la production des données une priorité car les politiques publiques dans le domaine de la protection de l'enfance doivent pouvoir s'appuyer sur des travaux de recherches et des données scientifiquement éprouvées.

La mobilisation de l'ensemble de l'institution judiciaire a permis à la mission d'effectuer un dénombrement donnant pour la première fois une vision dans la durée des morts d'enfants.

Ainsi, l'enquête nationale réalisée auprès des cours d'appel et des tribunaux entre 2012 et 2016 démontre que le nombre d'enfants au sein de leur famille ne diminue pas ces dernières années, c'est un phénomène constant avec 72 morts d'enfants en moyenne par an – un enfant est tué par ses parents tous les cinq jours. Les statistiques que la mission a extraites confirment les études réalisées précédemment et les avis des experts en médecine légale : c'est dans les tous premiers âges de la vie que les enfants sont les plus exposés aux violences intrafamiliales, comme l'illustrent les néonaticides et le syndrome des bébés secoués.

L'étude de cas corrobore ce constat. Elle met en lumière la prépondérance de la responsabilité des pères dans les cas de bébés secoués.

Si l'enquête nationale a fait apparaître un certain nombre de parents s'étant donné la mort ou ayant bénéficié d'un non-lieu pour abolition du discernement, l'analyse des dossiers a mis en évidence un nombre important de parents meurtriers présentant des troubles psychiatriques<sup>149</sup>.

Par ailleurs, la mission a pu constater que les actions de la PMI, à travers les dépistages de situation à risque dès le début de la grossesse et au moment de la maternité, les examens médicaux des

---

<sup>149</sup> Sur les 45 dossiers étudiés, 25 auteurs présentaient des troubles psychiatriques (abolition ou altération).



médecins libéraux et scolaires, constituaient un enjeu essentiel dans le domaine de la prévention et une priorité sur laquelle les politiques publiques devaient porter. Les politiques sociales dans les départements visités sont territorialisées mais elles révèlent des grandes disparités dans les modes d'organisation du fait de l'autonomie des territoires. À cet égard, les CRIP sont apparues différentes, tant dans leur composition que dans leur fonctionnement. Toutefois, selon les différents interlocuteurs rencontrés, la gestion des transmissions des IP et des signalements entre les différentes institutions (justice, éducation nationale, santé) est fluide, même si la suite donnée, le plus souvent un simple accusé de réception aux signalants, est trop fréquemment lacunaire.

Au plan du repérage, l'amélioration du système de protection de l'enfance dépend de la capacité des différentes institutions à mieux échanger, partager l'information et évaluer ensemble. Dans de nombreux dossiers étudiés, une approche pluri-professionnelle (sociale, médicale, éducative, judiciaire) aurait permis d'affiner une analyse de la situation de l'enfant dans son environnement.

Chaque cas est particulier et requiert des regards croisés. Or, force est de constater que dans les territoires, le fonctionnement en « tuyaux d'orgue » des différents services est parfois solidement ancré. Il faut cependant relever qu'à la suite de certains drames, des départements ont organisé des retours d'expériences pour en tirer des enseignements. Ces initiatives devraient être généralisées et organisées de manière transversale avec la police, la justice et l'éducation nationale<sup>150</sup>. **Cf. Recommandation n° 4.**

La mission a élaboré un certain nombre de propositions concrètes destinées à favoriser tout ce qui concourt à décloisonner pour mieux protéger les enfants. Ces recommandations ont été construites à la lecture et l'analyse des dossiers étudiés, des enseignements de l'enquête nationale, des auditions réalisées auprès des professionnels (justice, éducation nationale, santé, conseils départementaux, police, gendarmerie), des responsables associatifs et des élus dans les départements.

Elles sont rassemblées autour de six thèmes :

- **Mieux repérer** les violences en améliorant la recherche des causes de la mort des enfants de moins d'un an grâce à la généralisation de l'autopsie médico-légale, en renforçant le suivi médical de l'enfant au moyen du carnet de santé numérique et en facilitant l'examen médical en milieu scolaire, hors la présence des parents.
- **Mieux évaluer** les situations à risque en partageant les informations entre les personnels des différentes institutions et en favorisant l'analyse rétrospective des professionnels à la suite de la mort d'enfants.
- **Mieux prévenir** la maltraitance des enfants en analysant les causes de l'absentéisme scolaire, en développant l'utilisation des indicateurs de vulnérabilité, en renforçant les actions de préparation à la parentalité et en accompagnant les femmes dans la maîtrise de la contraception.
- **Mieux organiser** les services en améliorant les échanges et les partages d'informations, à l'intérieur et entre les services, afin de mieux identifier les situations à risque et en incitant

---

<sup>150</sup> L'ONPE a mis en place un groupe de travail sur ce thème.

magistrats et enquêteurs à faire le lien entre les violences conjugales et les violences faites aux enfants.

- **Mieux piloter** le dispositif de protection de l'enfance en mettant en œuvre de manière concertée des outils de recensement des morts violentes d'enfants et en structurant davantage le partenariat entre les différentes institutions à l'échelle départementale et locale.
- **Mieux former et sensibiliser** les personnels concourant à la protection de l'enfance en développant les formations pluridisciplinaires.

### 3.2. Mieux repérer

Encore très fragiles et dépourvus de l'expression orale, les enfants de moins d'un an sont les plus vulnérables. Quand ils sont victimes de violence, l'examen du corps ne permet pas toujours de déceler la maltraitance, notamment en présence du syndrome du bébé secoué. En cas de décès, pour identifier les causes de la mort de ces enfants, écarter tout doute de maltraitance et protéger les autres enfants d'un même foyer, l'autopsie médico-légale de l'enfant de moins d'un an doit être rendue systématique hors les cas de mort naturelle évidente ou survenue à l'occasion d'un accident de la circulation.

*Recommandation n° 1. Rendre systématique l'autopsie médico-légale de tous les enfants décédés de moins d'un an, hors les cas de mort naturelle évidente ou survenue à l'occasion d'un accident de la circulation.*

Le carnet de santé est un outil informatif pour le repérage ciblé de la négligence de soins. L'état de vulnérabilité des mineurs, notamment du fait d'un nomadisme médical, impose de suivre leur parcours médical afin de permettre un plus grand accès aux données de santé et être en mesure de repérer la maltraitance. Le ministère des solidarités et de la santé a publié les nouveaux modèles du carnet et des certificats de santé de l'enfant entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2018. La mission recommande d'aller au-delà et de mettre rapidement en place un carnet de santé numérique du mineur accessible aux médecins et autres personnels de santé habilités afin de rendre disponible les parcours médicaux des enfants.

*Recommandation n° 2. Mettre en place un carnet de santé numérique du mineur accessible aux médecins et autres personnels de santé habilités.*

En cas de suspicions de maltraitance d'un enfant scolarisé, celui-ci doit pouvoir être examiné en urgence à la demande de l'établissement par le médecin scolaire. Dès lors que cet acte est effectué dans l'intérêt supérieur de l'enfant et que les parents peuvent être à l'origine de la maltraitance, un examen médical complet – l'enfant étant dévêtu – doit pouvoir se dérouler sans l'accord des parents, hors leur présence et sans obligation de les informer préalablement.

*Recommandation n° 3. Rappeler qu'en cas de suspicion de maltraitance, les médecins scolaires peuvent examiner l'élève sans l'accord des parents, hors leur présence et sans obligation de les informer, au nom de l'intérêt supérieur de l'enfant.*

### 3.3. Mieux évaluer

Les situations de décès d'enfants dans leur milieu familial restent suffisamment nombreuses et dramatiques pour envisager de systématiser dans les départements à l'initiative des conseils

départementaux des commissions réunissant des experts, qui, à la suite de ces homicides ou de décès suspects de mineurs, analyseront l'ensemble du dossier, à l'instar des « *child death review teams* » mis en œuvre en Grande-Bretagne. Ces équipes analysent ce qu'il s'est passé, ce qui aurait pu être fait différemment et comment les situations similaires peuvent être identifiées et prévenues.

**Recommandation n° 4.** *Systématiser dans tous les départements la mise en place d'une commission d'experts à la suite d'un homicide d'un mineur au sein des familles.*

Les enseignants et les responsables d'établissements et écoles sont de plus en plus confrontés à la complexité des problématiques sociales des familles (précarité, addiction, troubles du comportement, violences conjugales, etc.) et à la vulnérabilité des enfants dès le début de leur parcours scolaire. Dans le primaire, en l'absence d'assistant de service social (ASS), nombre d'entre eux se sentent démunis devant ces situations qui peuvent nécessiter des analyses et des prises de décision parfois rapides pour assurer la protection de l'enfant. Pour répondre à ces besoins, conformément à la circulaire n° 2017-055 du 22 mars 2017 du ministère de l'éducation nationale relative aux missions du service social en faveur des élèves, les recteurs peuvent, en fonction des moyens alloués, élargir au premier degré le champ d'intervention des ASS limité aux établissements du second degré. Les personnels sociaux ont ainsi la possibilité d'intervenir dans les écoles, sous forme de conseil social ou d'intervention sociale, mais seulement dans les écoles du réseau d'éducation prioritaire au REP+ prioritairement au cycle 3. Il conviendrait de l'étendre à toutes les écoles.

**Recommandation n° 5.** *Étendre à l'ensemble des écoles du premier degré les actions de conseil et de prévention des assistants de service social dans le domaine de la protection de l'enfance, notamment un soutien technique aux enseignants, aux directeurs d'école et aux inspecteurs de l'éducation nationale et des actions collectives destinées aux enfants et aux familles, avec les conseillers techniques de service social coordonnateurs de bassins et les partenaires de l'école.*

La loi sur la protection de l'enfance de 2016 a prévu que l'évaluation de la situation de mineurs à partir d'une information préoccupante soit réalisée par une équipe pluridisciplinaire car les « regards croisés » des professionnels, dont les formations et les services sont différents, conduisent souvent à enrichir et à améliorer la qualité de l'évaluation des situations d'enfants souvent complexes. Son décret d'application n° 2016-1476 du 28 octobre 2016, signé seulement par le Premier ministre et la ministre chargée de l'enfance, a détaillé les conditions de la mise en œuvre de cette évaluation, notamment l'association des professionnels des conseils départementaux et des professionnels des autres administrations, en particulier des services de la promotion de la santé et le service social en faveur des élèves qui peuvent réaliser en cas de besoin l'évaluation ou y participer. La mise en œuvre de ce dispositif intéressant semble toutefois susciter quelques difficultés nécessitant notamment des ajustements entre les administrations et le développement d'un outil commun.

**Recommandation n° 6.** *Clarifier le rôle des professionnels des différents services médico-sociaux participant à l'évaluation pluridisciplinaire et développer l'utilisation d'un référentiel commun pour harmoniser et fiabiliser les conclusions de l'évaluation des situations.*

La présence d'intervenants sociaux dans les locaux de police et de gendarmerie, qui améliore l'accueil des victimes, notamment dans le cadre de violences conjugales, ainsi que leurs conditions d'accès aux services sociaux, permet également une première évaluation sociale des situations familiales concomitante aux investigations pénales. Elle facilite le lien avec les services sociaux du

département et favorise le repérage du risque de danger encouru par les enfants. Ce dispositif doit être développé sur l'ensemble du territoire national.

**Recommandation n° 7.** *Développer les emplois d'intervenants sociaux dans les services d'enquête pour recevoir les victimes et évaluer les situations familiales concomitamment aux investigations afin de favoriser le repérage du risque de danger encouru par les enfants.*

Faire la synthèse de la situation d'une famille, apprécier le degré de dangerosité d'un parent, décider du retrait d'un enfant peut se révéler d'une grande complexité. En matière d'assistance éducative, le juge des enfants exerce en juge unique sans qu'il soit prévu qu'il puisse bénéficier de l'avis de ses pairs. La désignation, dans les dossiers d'assistance éducative complexes, de deux ou trois juges, peut représenter une garantie supplémentaire à la protection de l'enfant.

**Recommandation n° 8.** *Envisager, pour les dossiers d'assistance éducative complexes, la co-saisine de deux ou trois juges des enfants, suivant des modalités à définir en fonction de la taille de chaque juridiction, qui pourrait intervenir à la demande du ministère public ou du juge des enfants désigné, au moment de sa saisine ou ultérieurement.*

### 3.4. Mieux prévenir

L'absentéisme scolaire, qui constitue un facteur de risques important en matière de protection de l'enfance, est parfois insuffisamment pris en considération dans les écoles maternelles, d'une part par les familles qui ne prennent pas conscience de l'obligation légale d'assiduité applicable à l'ensemble des élèves, quel que soit leur niveau de scolarité, et d'autre part par l'institution qui a tendance à se montrer indulgente vis-à-vis de ces parents d'enfants de très jeune âge. Il est donc indispensable de renforcer la prévention de cet absentéisme, d'autant que l'abaissement à trois ans de la scolarité obligatoire a été annoncé récemment par le gouvernement.

**Recommandation n° 9.** *Renforcer la prévention de l'absentéisme scolaire en classe maternelle en rappelant aux familles l'obligation d'assiduité scolaire et les mesures applicables en cas d'absences non légitimes dans le règlement intérieur et en développant un suivi spécifique de cet absentéisme avec les partenaires institutionnels.*

Dans le cadre de séparations conjugales conflictuelles, le JAF peut ordonner un droit de visite médiatisé entre parent et enfant dans un espace de rencontre. Certains de ces espaces ne réalisent pas de comptes rendus<sup>151</sup>, ce qui peut nuire à la sécurité des enfants. Le juge doit pouvoir, dans ces situations, demander à être informé des conditions de déroulement des visites afin d'en aviser le parquet et, le cas échéant, de se saisir d'office d'une instance modificative en application de l'article 1180-5 du code de procédure civile.

**Recommandation n° 10.** *Prévoir une disposition permettant au juge aux affaires familiales de solliciter, lorsqu'il ordonne un droit de visite médiatisé dans le cas de suspicions de violence sur les enfants, un compte rendu du déroulement des visites entre parents et enfants pour les structures de type espaces de rencontre.*

---

<sup>151</sup> Le code de déontologie de la Fédération française des espaces de rencontre dispose que les instances judiciaires ne peuvent décider des modalités de fonctionnement des espaces rencontre et en particulier que « Les espaces de rencontre s'abstiennent de fournir aux juridictions ou aux instances administratives toute information écrite ou orale portant sur le contenu de la relation enfants-parents. ».

L'examen par la mission du déroulement des mesures ordonnées pour les auteurs de violences intrafamiliales au titre d'un sursis avec mise à l'épreuve ou d'un placement sous bracelet électronique a mis en relief la nécessité d'un suivi de proximité des personnes condamnées en contact avec des jeunes enfants.

**Recommandation n° 11.** *Inciter les conseillers d'insertion et de probation à procéder à des visites à domicile lorsque la personne condamnée est en contact avec de jeunes enfants, en cas de suivi dans le cadre d'une mise à l'épreuve pour des faits de violence intrafamiliales.*

Les obligations de soins découlant d'une condamnation doivent être adaptées à l'état des personnes. En cas de condamnation d'un parent dépendant à l'alcool ou aux stupéfiants pour des violences intrafamiliales, le suivi par un médecin généraliste n'est pas suffisant pour éviter tout autre comportement de même nature. Compte tenu des risques encourus par les enfants à leur contact, ce suivi doit être confié à des professionnels spécialisés dans le traitement de la violence et des addictions.

**Recommandation n° 12.** *Favoriser, au titre des obligations de soins du sursis avec mise à l'épreuve, le suivi, dès la mise en œuvre de la mesure, de la personne condamnée pour des violences intrafamiliales par des professionnels spécialisés dans la prise en charge de la violence, des psychologues ou des addictologues.*

L'étude réalisée par la mission a montré les conséquences dramatiques de la maltraitance des enfants : en moyenne, un enfant est tué par ses parents tous les cinq jours. La sensibilisation du public et les campagnes médiatiques jouent un rôle important dans le changement des normes sociales et culturelles.

**Recommandation n° 13.** *Amplifier les dispositifs de communication sur la place des enfants dans la société et les conséquences dramatiques, voire fatales, de la violence intrafamiliale.*

La maltraitance des enfants trouve souvent son origine dans une accumulation de facteurs de risque, tels que les troubles psychiques ou de la personnalité la pauvreté, les addictions, les violences conjugales, le chômage, les problèmes relationnels, l'isolement, les antécédents personnels de maltraitance, un déficit d'aptitudes cognitives ou pédagogiques chez les parents. Jusqu'à présent, la prise en charge de la maltraitance infantile n'a pas accordé suffisamment d'attention spécifique aux parents présentant de multiples facteurs de risque et notamment aux pères. Pourtant, une politique de prévention efficace passe par l'identification des familles vulnérables et la mise en œuvre d'interventions adaptées, notamment en périnatal.

**Recommandation n° 14.** *Accompagner de manière renforcée les parents connus pour leur vulnérabilité durant les périodes cruciales comme la grossesse, l'accouchement et le début de la parentalité, avec le repérage systématique des facteurs de vulnérabilité somatique, sociale, psychoaffective, et leur orientation vers les structures de soutien parents-bébé existantes ou à créer (PMI, CAMSP, CMPP, CMP et services sociaux) et permettre ainsi de réduire les risques.*

La grossesse non désirée a été rattachée aux soins prénatals insuffisants, au poids insuffisant à la naissance, au risque de mortalité infantile accru, à la maltraitance des enfants et aux carences en matière de développement des enfants. Des efforts pour réduire le nombre de grossesses non désirées pourraient contribuer à réduire la maltraitance d'enfants.

**Recommandation n° 15.** *Lancer une campagne sur les différents modes de contraception et mieux accompagner les femmes sur la question de la contraception en privilégiant les femmes vulnérables.*

### 3.5. Mieux organiser

Au vu de ses constats, la mission considère qu'il est nécessaire de mettre en place des protocoles d'actions qui décriraient clairement les démarches à entreprendre et les personnes ressources sur un territoire donné chaque fois qu'une suspicion se fait jour dans les services hospitaliers amenés à recevoir des enfants.

**Recommandation n° 16.** *Systématiser, dans les établissements de santé amenés à recevoir des enfants en consultation et en hospitalisation, des protocoles décrivant précisément les démarches à suivre en cas de suspicion de maltraitance pour effectuer un signalement et identifier les personnes ressources sur un territoire donné.*

Des modes de spécialisation ont été organisés au niveau des services d'enquête de police et de gendarmerie pour améliorer le traitement des violences intrafamiliales. Néanmoins, les procédures de violences conjugales, qui constituent un contentieux de masse, restent souvent traitées par des services généralistes, moins sensibilisés aux dangers encourus par les enfants. Il convient de favoriser le traitement des violences conjugales par des services spécialisés et d'organiser la centralisation des informations obtenues en matière de suspicions de violences conjugales et, plus largement, intrafamiliales afin d'en assurer leur exploitation.

**Recommandation n° 17.** *Favoriser le traitement des violences conjugales par des services d'enquête spécialisés et organiser la centralisation des informations en matière de suspicions de violences intrafamiliales afin d'en améliorer leur exploitation.*

En raison des liens étroits entre les violences faites aux enfants et les violences conjugales, le parquet doit, conformément aux orientations de politique pénale, prendre systématiquement en compte les violences conjugales dans l'analyse du risque de danger encouru par l'enfant auprès de ses parents, afin d'assurer sa protection. Il revient donc aux procureurs généraux et procureurs de la République de sensibiliser les magistrats à cet objectif et d'adapter en conséquence l'organisation des services.

**Recommandation n° 18.** *Sensibiliser plus encore les magistrats du parquet au lien entre violences conjugales et risque de danger encouru par l'enfant et prendre en compte cet objectif dans l'organisation des services.*

Les dossiers analysés par la mission ont fait apparaître un traitement souvent cloisonné des procédures concernant une même situation entre le JAF et le JE. Lorsqu'il statue sur l'autorité parentale, le JAF vérifie si une procédure d'assistance éducative est ouverte à l'égard des mineurs et, si tel est le cas, transmet au JE une copie de sa décision. Malgré les textes prévoyant ces échanges, les informations ne circulent pas toujours aisément entre ces magistrats qui sont parfois amenés à s'en remettre aux parents pour vérifier l'existence des procédures. Il convient donc de faciliter la transmission des informations entre eux.

**Recommandation n° 19.** *Généraliser l'accès pour le juge aux affaires familiales et le juge des enfants aux informations sur les procédures en cours relatives aux familles par le biais des applications informatiques dont chacun dispose.*

Parmi les dossiers étudiés par la mission, des enfants ont été tués par un parent souffrant de graves troubles du comportement alors qu'une procédure de séparation conflictuelle était en cours. Quand une expertise médico-psychologique ou psychiatrique est ordonnée, le rapport est susceptible de contenir des éléments d'évaluation de l'équilibre des personnes. Lorsqu'il est adressé directement

aux parties, ce rapport peut déclencher une réaction violente. Pour éviter de telles situations, le mode de notification des rapports doit être encadré par le juge.

**Recommandation n° 20.** *Envisager une disposition prévoyant que les rapports d'expertises médico-psychologique ou psychiatrique sur la situation et la personnalité des parents soient communiqués au juge aux affaires familiales et que leur notification soit réalisée par le juge ou l'avocat comme c'est le cas pour les mesures d'enquêtes sociales.*

Dans le domaine de la protection de l'enfance, la coopération entre les services du conseil départemental (aide sociale à l'enfance, protection maternelle et infantile, services d'action sociale) et ceux de l'éducation nationale (écoles, établissements publics locaux d'enseignement) contribue à améliorer l'accompagnement des familles et des enfants au plan social et médico-social ainsi que le repérage et l'évaluation de situations de danger pour l'enfant. Or, à l'échelle des territoires, les relations entre ces services sont très inégales, voire inexistantes, dans certains départements : ainsi, les personnels de l'éducation nationale qui se sentent démunis face à une situation familiale et sociale complexe ne connaissent pas toujours, au sein du conseil départemental, un interlocuteur auquel ils pourraient s'adresser. Il apparaît donc nécessaire de nommer, au sein des services territoriaux du conseil départemental, un référent social qui pourra assurer ce travail indispensable de liaison avec les écoles et les établissements d'enseignement.

**Recommandation n° 21.** *Prévoir, dans le protocole entre le conseil départemental et la direction des services départementaux de l'éducation nationale, la désignation d'un référent social pour chaque école et établissement au sein des services du conseil départemental, afin de favoriser les échanges et la circulation d'informations ainsi que les actions d'accompagnement des familles en fonction des besoins repérés.*

L'absence de prise en charge d'un enfant ou sa rupture malgré la décision de justice l'ordonnant lui fait courir des risques importants. Les mesures décidées par le JE doivent intervenir sans délai et ne pas dépendre des contraintes de disponibilité des services.

**Recommandation n° 22.** *Créer, au niveau du conseil départemental, un dispositif de régulation des mesures ordonnées par le juge des enfants pour éviter tout délai anormalement long entre sa décision et la mise en œuvre des mesures. En ce qui concerne les mesures d'investigations, systématiser l'aide à la régulation du dispositif par le directeur départemental de la protection judiciaire de la jeunesse, à charge pour ce dernier de communiquer à échéance régulière aux tribunaux pour enfants l'état de disponibilité des différents services du ressort.*

Les modalités de suivi et d'archivage des informations préoccupantes et des signalements, qui sont élaborés par les personnels de l'éducation nationale (enseignants, directeurs d'école, chefs d'établissement, personnels de santé, assistants sociaux), ne s'inscrivent pas dans un cadre défini. Les pratiques diffèrent selon les personnels et selon les établissements. Il arrive toutefois qu'en raison des règles juridiques liées au traitement des données personnelles des élèves et de leur famille, l'absence de communication des informations sur un enfant maltraité lors du changement de direction de l'établissement, du passage de l'école au collège ou du collège au lycée ou du déménagement de la famille ne permet pas aux personnels de jouer le rôle qui est le leur en matière de protection de l'enfance.



**Recommandation n° 23.** *Mettre en place, au sein du ministère de l'éducation nationale, en concertation avec la commission nationale de l'informatique et des libertés, une réflexion sur les modalités d'archivage et de transmission des informations préoccupantes et des signalements par les responsables des établissements scolaires, qui s'inscriraient dans un cadre commun permettant d'assurer une communication entre les établissements, dans le respect des principes de confidentialité et du droit à l'oubli.*

### 3.6. Mieux piloter

La peur du signalement abusif est un obstacle majeur au signalement par les professionnels de santé. Dans sa recommandation, accompagnée d'une fiche mémo pour les professionnels et d'un document interactif récapitulant les procédures à suivre et les contacts utiles, la Haute autorité de santé a en 2015 rappelé que le médecin n'a pas à « être certain de la maltraitance ni à en apporter la preuve pour alerter l'autorité compétente » mais qu'il « doit fonder sa suspicion sur un faisceau d'arguments ». Par ailleurs, pour tenir compte de ces préconisations, les schémas régionaux d'organisation sanitaire ont pour mission de définir les modalités de la réponse que les établissements de santé doivent apporter en matière de maltraitance. Les agences régionales de santé doivent veiller à la mise en œuvre des moyens de repérage et de prise en charge des enfants et adolescents victimes de maltraitance dans les établissements de santé et auprès des professionnels libéraux.

**Recommandation n° 24.** *Les agences régionales de santé doivent veiller à la conformité des organisations sanitaires en matière de repérage, de signalement et de prise en charge des enfants victimes de maltraitance. À cette fin, elles devront en faire un axe précis des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.*

Au niveau départemental, la protection de l'enfance, qui relève de la compétence du conseil départemental, donne lieu à divers documents élaborés dans le cadre d'une démarche partenariale, dont le nombre, l'objet, le périmètre ou les signataires diffèrent : schéma départemental pluriannuel de protection et de la protection de l'enfance, chartes ou protocoles. Toutefois, malgré le cadrage instauré par les dernières lois relatives à la protection de l'enfance, la politique menée localement manque parfois de lisibilité ou d'une insuffisante coordination entre certains services : les objectifs de décloisonnement ne semblent pas atteints, faute de volonté affichée par les acteurs et de modalités d'organisation définies entre les partenaires. Il convient d'y remédier.

**Recommandation n° 25.** *Améliorer la cohérence entre les différents protocoles élaborés avec les partenaires institutionnels afin de rendre plus lisible la politique de protection de l'enfance, qui relève du conseil départemental, et structurer davantage la coordination entre ces partenaires, notamment par l'animation du travail en réseau, la mise en place d'instances de coordination, l'organisation de rencontres institutionnelles régulières à tous les niveaux et le suivi des engagements pris par chaque partenaire.*

Les inspecteurs de l'éducation nationale chargés d'une circonscription du premier degré (IEN-CCPD), interviennent en matière de protection de l'enfance. Ils sont les interlocuteurs des directeurs et professeurs des écoles, qu'ils sont amenés à accompagner et aider lors de la rédaction des informations préoccupantes et des signalements (pour lesquels ils sont attributaires ou mis en copie). Ils sont également les interlocuteurs des services départementaux, avec lesquels ils travaillent de façon plus ou moins étroite.



Ce rôle mérite toutefois d'être mieux affirmé et étendu. Si la protection de l'enfance ne relève pas directement de leurs missions réglementaires, les IEN-CCPD, en raison de leur bonne connaissance du terrain et de leur rôle d'interface entre l'école et les familles et les collectivités locales, peuvent intervenir davantage. Leurs actions doivent s'inscrire auprès des différents services locaux concernés par la protection de l'enfance, dont la culture et les pratiques diffèrent souvent de celles de l'éducation nationale (sur ce point, on peut se référer aux bonnes pratiques de certains IEN qui ont noué des contacts avec les directeurs de territoires de vie sociale des conseils départementaux afin de répertorier les services et agents pouvant être contactés et de mener des actions conjointes), et auprès des personnels des écoles qu'il convient de sensibiliser, de rassurer et de protéger.

**Recommandation n° 26.** *Mieux affirmer le rôle des inspecteurs de l'éducation nationale dans le pilotage du dispositif de la protection de l'enfance à l'échelle de la circonscription : mieux accompagner les personnels dans les démarches de signalement (notamment, en assurant éventuellement eux-mêmes la responsabilité de la signature des documents correspondants) et faciliter la communication au sein de l'institution, à chaque niveau d'enseignement en lien avec les crèches et les centres de loisir, et entre les différentes structures concernées par l'enfance.*

Toutes les morts violentes d'enfants en milieu intrafamilial sont portées à la connaissance des juridictions qui les traitent et en conservent la trace jusqu'à leur dénouement judiciaire mais les parquets généraux et l'administration centrale n'en ont pas systématiquement connaissance. Le signalement de ces affaires au parquet général et à la direction générale des affaires criminelles et des grâces permettrait de contribuer à leur recensement et d'en tirer les enseignements pour améliorer les dispositifs de protection de l'enfance.

**Recommandation n° 27.** *Mettre en place un dispositif de remontée d'informations en cas de morts violentes d'enfants en milieu intrafamilial entre les procureurs de la République, les procureurs généraux et la direction générale des affaires criminelles et des grâces aux fins de recensement.*

Le plan interministériel 2017-2019 de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants a prévu d'organiser le recensement et la publication du nombre d'enfants tués à la suite des violences. Dans cette perspective, les ministres concernés devront se doter d'outils statistiques adaptés qui leur permettront de transmettre leurs données à l'Observatoire national de la protection de l'enfance.

**Recommandation n° 28.** *Développer, dans chaque ministère concerné, des outils statistiques afin de répondre à la mission confiée à l'Observatoire national de la protection de l'enfance de recensement des morts violentes d'enfants ainsi que de mise en cohérence et de publication des données.*

### **3.7. Mieux former et sensibiliser**

À travers les référentiels de compétences des métiers du professorat et de l'éducation ou des métiers de directeur d'école, les formations adaptées aux fonctions et aux responsabilités de chacun, comme les formations statutaires et d'adaptation à l'emploi des personnels d'encadrement pédagogique, ou les guides spécifiques de procédures disponibles sur Internet, les personnels de l'éducation nationale (enseignants, conseillers principaux d'éducation, inspecteurs, personnels de direction, directeurs d'école) sont généralement sensibilisés aux enjeux de la protection de l'enfance. Les auditions des professionnels rencontrés font toutefois apparaître une insuffisance de formation de ces personnels pour mieux appréhender et intervenir dans les situations de maltraitance

particulièrement complexes (repérage des signaux d’alerte, recueil de la parole de l’enfant, gestion des émotions, évaluation de la situation, maîtrise des procédures, rédaction des signalements et informations préoccupantes, responsabilités, etc. ).

***Recommandation n° 29.** Intégrer systématiquement un module de formation spécifiquement dédié au dispositif de la protection de l’enfance dans la formation initiale des écoles supérieures de professorat et d’éducation et les formations statutaires et d’adaptation et développer les formations continues de tous les personnels de l’éducation nationale.*

Il est essentiel de mettre en œuvre la détection précoce des cas de maltraitance d’enfants, en particulier pour les plus jeunes d’entre eux. Cela nécessite de la part des médecins et des professionnels de santé une meilleure connaissance des symptômes de la maltraitance et du dispositif de la protection de l’enfance.

***Recommandation n° 30.** Développer la capacité des professionnels de santé de première ligne à détecter les cas de maltraitance d’enfants de moins de cinq ans en formant en particulier les pédiatres, les psychiatres, les médecins des services d’urgence et les infirmières à l’utilisation des outils de repérage.*

Dans la majorité des cas étudiés, les enfants morts de violences physiques faisaient l’objet d’un suivi médical plus ou moins régulier. Pour les professionnels de santé en ville, les situations de maltraitance sont particulièrement difficiles et complexes à diagnostiquer, d’autant plus qu’ils sont souvent dans une relation de proximité avec leur patientèle (ils craignent en effet de compromettre la relation patient - famille - professionnel de santé ou de faire l’objet de poursuite) et qu’ils sont peu formés pour reconnaître ou identifier les signaux d’alerte, les situations à risques ou les cas de maltraitance.

***Recommandation n° 31.** Intégrer systématiquement dans la formation initiale des professionnels de santé un module spécifique à la protection de l’enfance permettant d’identifier les facteurs de risque et d’évaluer les situations complexes.*

Si les lois de 2007 et 2016 relatives à la protection de l’enfance ont contribué à favoriser la coopération entre les différents acteurs institutionnels concernés, le cloisonnement encore ancré entre les services rend difficile l’émergence d’« une culture commune ». En 2007, l’article L.542-1 du code de l’éducation a prévu la mise en place d’une formation spécifique pour tous les personnels chargés de la protection de l’enfance (les médecins, les 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). Or, comme l’a constaté le rapport de l’IGAS et de l’IGSJ sur la gouvernance de la protection de l’enfance de 2014<sup>152</sup>, les formations détaillées par l’article D. 542-1 du même code, en particulier les sessions partagées, sont peu nombreuses, même si des séances d’information sont ponctuellement proposées. Les raisons en sont diverses, notamment les difficultés financières et l’absence de chef de file.

---

<sup>152</sup> Mission d’évaluation de la gouvernance de la protection de l’enfance, diagnostic, recommandations et proposition du plan d’action Rapport Mission de l’action publique établi par l’IGAS et l’IGSJ, juillet 2014.

Il paraît donc utile d'inscrire dans les conventions institutionnelles sur la protection de l'enfance les formations pluri-institutionnelles, qui constituent un exemple d'échanges et de mutualisation de pratiques professionnelles.

*Recommandation n° 32. Afin de favoriser la création d'une culture commune entre les administrations concernées, prévoir systématiquement dans les protocoles départementaux et locaux sur la protection de l'enfance des formations pluri-institutionnelles, ouvertes également aux personnels des crèches, qui définiront leur cadre et leurs modes d'organisation, de financement et d'évaluation sous la coordination du président du conseil départemental.*

Claire COMPAGNON

Béatrice DEL VOLGO  
*Inspectrice générale de la justice*

Frédéric THOMAS  
*Inspecteur général de l'administration  
de l'éducation nationale et de la recherche*

Nicolas DURAND

Françoise NEYMARC  
*Inspectrice de la justice*

Évelyne LIOUVILLE  
*Inspectrice générale de l'administration  
de l'éducation nationale et de la recherche*



## Annexes

Annexe 1 :	Lettre de saisine.....	81
Annexe 2 :	Liste des personnes rencontrées.....	83
Annexe 3 :	Situation d'enfant en danger ou en risque de danger : textes – circuit de transmission (exemple de l'éducation nationale) .....	90
Annexe 4 :	Note du service statistique ministériel de la sécurité intérieure en date du 18 octobre 2017.....	93
Annexe 5 :	Liste des codes NATINF établie pour les besoins du recensement effectué par la mission.....	96
Annexe 6 :	Tableau de recensement des morts violentes d'enfants par cour d'appel entre 2012 et 2016 .....	97
Annexe 7 :	Tableau de recensement des morts violentes d'enfants par département entre 2012 et 2016 .....	98
Annexe 8 :	Tableau de recensement des morts violentes d'enfants par région entre 2012 et 2016 .....	99
Annexe 9 :	Glossaire .....	100



Lettre de saisine

Inspection Générale  
de la Justice

05 MAI 2017



MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE  
MINISTÈRE DE LA JUSTICE  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

*Les Ministres*

*Paris, le* - 3 MAI 2017

à

Monsieur le chef de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale  
et de la recherche

Monsieur le chef de l'inspection générale de la justice

Madame la cheffe de l'inspection générale des affaires sociales

**Objet : Mission d'audit relative au fonctionnement des services de l'Etat et de l'institution judiciaire  
ayant à connaître des morts violentes d'enfants**

Le 1<sup>er</sup> mars dernier a été lancé le premier plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019.

Ce plan propose des actions visant à sensibiliser, responsabiliser et mobiliser les institutions, les professionnels, et plus largement la population, en matière de prévention et de repérage des violences faites aux enfants. C'est en changeant le regard que la société porte sur ces violences qu'elles reculeront.

Un des axes du plan porte sur l'amélioration de la connaissance et la compréhension des mécanismes de violences faites aux enfants. A cette fin, il apparaît indispensable de développer une méthodologie d'analyse spécifique, d'identifier et de comprendre les fonctionnements de nos institutions et de nos services pour prévenir de tels drames. En 2016, la police et la gendarmerie recensaient 73 enfants de moins de 18 ans victimes de violences mortelles dans un cadre intrafamilial (issu du service statistique du ministère de l'intérieur).

C'est pourquoi, au regard de ces enjeux et dans le cadre de la mission qui vous est confiée, il conviendra dans un premier temps de recenser les cas d'infanticides commis entre 2011 et 2017, dans un cadre intrafamilial, c'est-à-dire les décès d'enfants s'entendant comme étant âgés de 0 à 17 ans, de cause non naturelle, en lien avec un comportement délictuel ou criminel commis par leurs ascendants légitimes, naturels ou adoptifs (ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime et faisant partie de leur entourage familial).

Après avoir dressé cet état des lieux, vous analyserez le contexte dans lequel ces infanticides sont intervenus en vous attachant particulièrement à déterminer si la famille faisait l'objet d'un suivi ou d'un accompagnement par des services sociaux ou des services en lien avec la protection de l'enfance. Vous rechercherez enfin les situations dans lesquelles la protection des enfants n'a pu être assurée, et en déterminerez les raisons.

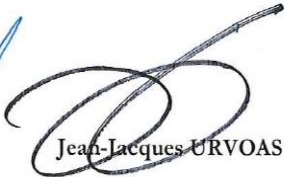
Vous formulerez des recommandations pour améliorer les dispositifs examinés mais également pour mieux mobiliser les articulations et les rouages institutionnels nécessaires au développement de la prévention et des suivis des situations présentant des risques.

Afin que votre expertise puisse mener à des propositions concrètes et précises de nature à améliorer la prévention des violences commises sur les enfants, vous porterez une attention particulière aux affaires judiciaires d'enfants décédés ayant donné lieu à un retentissement médiatique particulier.

En outre, nous vous informons que vos travaux seront portés à la connaissance du bureau du Conseil national de la protection de l'enfance (CNPE), placé auprès du Gouvernement, en vue d'échanges, de confrontations de points de vue et d'analyses avec les représentants du secteur de la Protection de l'enfance. Vos travaux permettront au CNPE de proposer des orientations nationales relatives au repérage des maltraitances dans le but de construire une stratégie nationale de protection des enfants.

Votre rapport devra nous être remis pour le 15 octobre 2017.

  
Najat VALLAUD-BELKACEM

  
Jean-Jacques URVOAS

  
Laurence ROSSIGNOL

Inspection Générale  
de la Justice

05 MAI 2017



## Liste des personnes rencontrées

**ADMINISTRATIONS CENTRALES ET ORGANISMES**

## Ministère de l'éducation nationale

**Cabinet**

- Christophe Kerrero, directeur de cabinet

**Direction générale de l'enseignement scolaire**

- Françoise Pétreault, sous-directrice de la vie scolaire, des établissements et des actions socio-éducatives
- Véronique Gasté, cheffe du bureau de la santé, de l'action sociale et de la sécurité, et Henri Cazaban, adjoint à la cheffe du bureau
- Béatrice Verhaeren, conseillère technique du service social

## Ministère de la justice

**Secrétariat général*****Sous-direction de la statistique et des études***

- Christine Chambaz, sous-directrice
- Clotilde Lixi, cheffe du bureau des dispositifs statistiques, des études et de la diffusion

***Service de l'accès au droit et de l'aide aux victimes***

- Yves Badorc, chef de service
- Florence Lifchitz, adjointe au chef de service
- Anne Rivière, cheffe du bureau de l'aide aux victimes et de la politique associative
- Catherine d'Hérin, adjointe à la cheffe du bureau

**Direction des affaires criminelles et des grâces**

- Béatrice Bossard, sous-directrice de la justice pénale générale
- Fabrice Leturq, chef de section statistique
- Marine Ravel, rédactrice, bureau de la politique pénale générale

**Direction de la protection judiciaire et de la jeunesse**

- Madeleine Mathieu, directrice
- Muriel Eglin, sous-directrice des missions de protection judiciaire et d'éducation

## Ministère de l'intérieur

- Stéphanie Cherbonnier, commissaire divisionnaire, conseiller judiciaire à la direction générale de la police nationale
- Commandant Thierry Dossinger, chef de la composante police de la délégation aux victimes
- Lieutenant Fanny Cuillerdier, cheffe de la composante gendarmerie de la délégation aux victimes
- Capitaine Séverine Hammel, section prévention de la délinquance - partenariat
- Laure Turner, adjointe au chef du service statistique ministériel de la sécurité intérieure, cheffe du bureau de la méthodologie et des études statistiques

## Ministère des solidarités et de la santé

### Cabinet

- Aude Muscatelli, directrice adjointe de cabinet

### Direction générale de la cohésion sociale

- Isabelle Grimault, sous-directrice de l'enfance et de la famille
- Catherine Lesterpt, adjointe à la sous-directrice de l'enfance et de la famille
- Sandrine Miclon-Hautbois, cheffe du bureau de la protection de l'enfance et de l'adolescence
- Loïc Tanguy, chargé de mission, bureau de la protection de l'enfance et de l'adolescence

### Association des départements de France

- Jean-Michel Rapinat, conseiller politiques sociales

### Association La Voix de l'Enfant

- Martine Brousse, présidente
- Michèle Créoff, directrice générale, vice-présidente du conseil national de protection de l'enfance

### Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès - laboratoire de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)

- Grégoire Rey, directeur
- Claire Rondet, directrice adjointe

### Défenseur des droits

- Geneviève Avenard, défenseure des enfants, adjointe du défenseur des droits
- Alain Grévoit, spécialiste de la protection de l'enfant et rédacteur du rapport sur l'histoire de Marina

### Observatoire national de la protection de l'enfance

- Anne-Sylvie Soudoplatoff, magistrate, directrice générale du GIP Enfance en Danger
- Gilles Séraphin, directeur de l'ONPE
- Anne Oui, chargée de mission
- Elsa Keravel, magistrate, chargée de mission

### Société française de pédiatrie

- Martine Balençon, pédiatre, médecin-légiste

### Spécialistes en pédopsychiatrie, pédiatrie et médecine légale

- Jon Cook, anthropologue médical
- Caroline Rey-Salmon, pédiatre et légiste
- Anne Tursz, pédiatre et épidémiologiste, directrice de recherche émérite à l'Inserm
- Natacha Vellut, psychanalyste, psychologue, ingénieur de recherche au centre de recherche médicale et sanitaire (CERMES 3)

## RENCONTRES DANS LES DÉPARTEMENTS

### Département de la Gironde

#### Direction des services départementaux de l'éducation nationale de la Gironde

- François Coux, directeur académique des services de l'éducation nationale
- Pierre Dechelle, secrétaire général d'académie
- Catherine Labourdique, cheffe de cabinet
- Cristina Bustos, conseillère technique, médecin responsable départementale
- Sibel Beaulaton, conseillère technique, infirmière responsable adjointe
- Mme Garde, assistante sociale, faisant fonction de responsable départementale du service social
- Fabienne Helbig, inspectrice de l'éducation nationale Gradignan
- Isabelle Barbier, inspectrice de l'éducation nationale Talence
- Anne Graëlls, inspectrice de l'éducation nationale Libourne
- Rencontres avec différents professionnels : assistantes sociales, médecin scolaire, chefs d'établissement, directeurs d'école

#### Tribunal de grande instance de Bordeaux

- Philippe Delarbre, président
- Marie-Madeleine Alliot, procureure de la République
- Christine Campan, vice-procureure, cheffe de service au pôle famille et responsable de la section de traitement direct des mineurs
- Élodie Blier, substitut
- Sophie Langevin, vice-procureure, cheffe de service au pôle suivi des informations
- Colette Lajoie, vice-présidente chargée des fonctions de juge des enfants
- Anne-Sophie Jarnevic, juge des enfants
- Samuel Laine, premier vice-président adjoint, coordonnateur du pôle famille
- Isabelle Parmentier, première vice-présidente adjointe, coordonnatrice du service de l'application des peines
- Françoise Gambachidze, vice-présidente chargée de l'instruction, coordonnatrice du service de l'instruction

#### Services de police et de gendarmerie

##### Police

- Frédéric Eloir, commissaire divisionnaire, chef de la Sûreté
- Alain Duboul, commandant, chef de la brigade départementale de la protection de la famille.

##### Gendarmerie

- Philippe Ottavi, commandant en second groupement de gendarmerie départementale de la Gironde
- Adjudante-chef Sonia Benbelaid-Cazenave, commandante de la brigade de prévention de la délinquance juvénile BDPJ 33
- Anna Calmels, coordonnatrice des référents, BDPJ 33

#### Conseil départemental

- Pascal Goulfier, directeur général adjoint chargé de la solidarité
- Claude Cayzac, directrice de la protection enfance et famille

- Isabelle Bertrand-Salle, directrice de la promotion de la santé
- Marie-Luce Pétraud, responsable de la cellule recueil des informations préoccupantes
- Nicole Ouvrard, conseillère technique coordinateur à la direction des interventions et développement social
- Rencontre avec l'équipe de la maison départementale et de la solidarité et de l'insertion d'Ambarès

#### Service municipal de santé scolaire - ville de Bordeaux

- Dr Véronique Amathieux, responsable du service

#### Centre hospitalier universitaire de Bordeaux

- Chantal Lachenaye-Llanas, directrice générale adjointe
- Valérie Astruc, directrice adjointe GH Pellegrin, directrice de la filière mère-enfant, lacatariums et petite enfance
- Thierry Thomas, directeur adjoint GH Pellegrin
- Julia Barsanti, SMUR pédiatrique, centre régional de référence de la mort inattendue du nourrisson
- Manuel Bouvard, chef de service hospitalisation pour enfants et adolescents
- Sophie Gromb-Monnoyeur, cheffe du service de médecine légale
- Olivier Brissaud, responsable unité réanimation pédiatrique
- Jean-Michel Pedespan, responsable unité neurologie pédiatrique
- Pascal Pillet, responsable SMUR pédiatrique
- Olivier Richer, responsable urgences pédiatriques
- Anne-Laure Sutter-Dallay, psychiatre, SMUR pédiatrique
- Olivier Tandonnet, responsable unité néonatalogie bloc maternité

#### Observatoire départemental de la protection de l'enfance de la Gironde

- Adeline Gouttenoire, présidente (entretien en visio-conférence)

### Département de la Meurthe-et-Moselle

#### Direction des services départementaux de l'éducation nationale de Meurthe-et-Moselle

- Emmanuelle Compagnon, directrice académique des services de l'éducation nationale
- Pierre-Alain Chiffre, directeur académique adjoint
- Philippe Luscan, inspecteur de l'éducation nationale adjoint
- Patrick Teulade, conseiller technique académique pour les établissements et la vie scolaire
- Dr Anne Frisoni, médecin, conseillère technique départementale
- Christine Grangé, infirmière, conseillère technique départementale
- Sylvie Woltrager, assistante sociale, conseillère technique académique
- Isabelle Perrin, assistante sociale, conseillère technique départementale
- Marie-Claude Claudon, inspectrice de l'éducation nationale - 1<sup>er</sup> degré Nancy 1
- Rencontre avec différents professionnels dans les établissements : chefs d'établissement, directrice d'école, assistante sociale, infirmière scolaire

#### Tribunal de grande instance de Nancy

- François Perain, procureur de la République
- Carole Mazzacavallo, première vice-présidente chargée de l'instruction
- Anne Lehaitre, vice-procureure

- Fabienne Nicolas, vice-présidente, coordonnatrice du service du tribunal pour enfants
- Claire Carpentier, vice-présidente chargée des fonctions de juge des enfants
- Julie Conradt, vice-présidente chargée des affaires familiales
- Thérèse Diligent, vice-présidente chargée des fonctions de juge de l'application des peines

## Services de police et de gendarmerie

### Police

- Major Orpheuille
- Brigadier Alexandra Schemmel
- Gardien de la paix Ouatif Zimmermann
- Brigadier Arnaud Corvisier
- Brigadier-chef Nathalie Dupont

### Gendarmerie

- Adjudant-chef Alexandre Speltahn
- Capitaine Éric Brunet
- Major Laurence Olliclon
- Adjudant Laurent Chabert

## Conseil départemental

- Mathieu Klein, président du conseil départemental
- Agnès Marchand, vice-présidente enfance famille
- Michèle Pillot, directrice générale adjointe Solidarités
- Frédéric Otrante, directeur enfance famille
- Géraldine Flaus, directrice adjointe enfance famille
- Sylvie Muzzarelli, responsable de la cellule pour la protection de l'enfance en Meurthe-et-Moselle
- Marie-Christine Colombo, médecin chef du service départemental de PMI
- Françoise Kuijlaars, directrice adjointe action sociale et insertion
- Rencontre avec l'équipe de la direction du territoire Val de Lorraine - Maison départementale des solidarités du bassin de Pompey

## Centre hospitalier universitaire de Nancy

- Pascal Boudin-Corvina, directeur référent pôle enfants néonatalogie
- Olivia Deschamps, directrice de cabinet, direction générale
- Alain Bouchard, cadre socio-éducatif
- Cyril Schweitzer, PUPH, chef pôle enfants-néonatalogie
- Valérie Ratajczak, CSS référent pôle enfants néonatalogie
- Julie Lignier, cadre gestion pôle enfants néonatalogie
- Anne Borsa-Dorion, PH, responsable structure des urgences pédiatriques
- Mathilde Hauet, assistante spécialiste aux urgences pédiatriques
- Noël Boussard, PH, anesthésiste, responsable réanimation pédiatrique spécialisée
- Laurent Matrille, PH, responsable unité médico-judiciaire
- Claire Hubert, PH, pédiatre maternité
- Delphine Fombaro, psychologue hôpital d'enfants
- Nathalie Menconi, psychologue hôpital d'enfants
- Anne-Cécile Schweyer, psychologue hôpital d'enfants
- Elodie Simon, psychologue hôpital d'enfants
- Isabelle Bulle, psychologue maternité

- Alain Bouchard, responsable service social hospitalier

## **Département de la Seine-et-Marne**

### [Direction des services départementaux de l'éducation nationale de Seine-et-Marne](#)

- Patricia Galeazzi, directrice académique des services de l'éducation nationale
- Nathalie Alcindor, directrice académique adjointe chargée du 1er degré
- Isabelle Antoine, infirmière, conseillère technique responsable départementale
- Christine Trubert, assistante sociale, conseillère technique responsable départementale
- Rencontre avec différents professionnels : assistantes sociales, psychologue, chefs d'établissement, directeurs d'école, enseignants

### [Tribunal de grande instance de Meaux](#)

- Bertrand Menay, président
- Dominique Laurens, procureure de la République
- Aurélie Champion, substitut, référente pôle famille
- Anne Eveillard, première-vice-présidente chargée des fonctions de juge des enfants
- Anne-Cécile Bauler, juge des enfants

### [Tribunal de grande instance de Melun](#)

- Frédérique Agostini, présidente
- Denis Devallois, procureur adjoint
- Anne-Claire Cherpion, vice-présidente, coordonnatrice du service de l'instruction
- Paul-Henri Boulanger, vice-président, coordonnateur du service du tribunal pour enfants
- Julie Hubau, juge des enfants
- Johanna Réchard, juge des enfants
- Florent Carpentier, substitut

### [Conseil départemental](#)

- Marie-Noëlle Villedieu, directrice générale adjointe de la solidarité
- Chantal Bublot, directrice de la direction territoriale des solidarités
- Emeline Salis, chargée de mission sur le schéma départemental des solidarités
- Carole Vitali, directrice de la direction enfance, adolescence, famille
- Fatima Pinlong, cheffe de service cellule recueil des informations préoccupantes
- Marie-Christine Bourgeois, cheffe de projet de l'organisation de l'ASE
- Martine Frelin, cheffe de service animation territoriale à la direction protection maternelle et infantile et petite enfance

## **Département du Val-de-Marne**

### [Direction des services départementaux de l'éducation nationale du Val-de-Marne](#)

- Guylène Mouquet-Burtin, directrice académique des services de l'éducation nationale
- Valérie Lemaire, directrice de cabinet
- Pierre Quef, proviseur vie scolaire
- Patricia Belfis, infirmière, conseillère technique responsable départementale
- Agnès Huleux, conseillère action sociale départementale
- Joëlle Le Glouet et Tina Padova, psychologues prévention - médiation
- Lynda Kanounnikov, inspectrice de l'éducation nationale Fontenay-sous-Bois

- Rencontre avec différents professionnels : assistantes sociales, psychologue scolaire, chefs d'établissement, directeurs d'école, conseiller principal d'éducation

#### Tribunal de grande instance de Créteil

- Stéphane Noël, président
- Laure Beccau, procureure de la République
- Philippe Astruc, procureur adjoint en charge de la division des affaires criminelles
- Antoine Pesme, vice-procureur en charge du secrétariat général
- Carole Bizouarn, première vice-présidente en charge des affaires familiales, coordonnatrice du service
- Fabien Dupuis, premier vice-président, coordonnateur du service du tribunal pour enfants
- Nathalie Dell'ominut, vice-présidente
- Armelle Guiraud, vice-présidente chargée des fonctions de juge des enfants
- Aurore Mathieu, vice-présidente chargée des fonctions de juge d'instruction
- Émilie Rigaber, substitut, cheffe de la division des mineurs

#### Conseil départemental

- Chantal Rambault, directrice de la direction de la protection de l'enfance et de la jeunesse
- Fabien Feuillade, directeur adjoint DEPJ
- Fanny Roucaud, cheffe du service urgence et action territoriale DEPJ
- Célia Guenoun, responsable de la cellule recueil des informations préoccupantes
- Emilie Petit, conseillère technique DPEJ
- Isabelle Buresi, directrice de la protection maternelle et infantile - promotion de la santé
- Sheila Viola, directrice adjointe PMI
- Rencontre avec l'équipe de l'espace départemental et de la solidarité de Villejuif

#### Centre hospitalier intercommunal de Créteil

- Jean-Marc Baleyte, chef de service pédopsychiatrie, directeur de la maison des adolescents de Créteil
- Sandra Biscardi, responsable urgences pédiatriques
- Manon Coyac, assistante sociale
- Bertille Cuolo, assistante sociale
- Catherine Delmas, chef de service inter-secteur, pédopsychiatrie
- Gilles Dassieu, PH, chef de clinique service néonatalogie
- Mercedes Di Chiara, psychologue, pédopsychiatrie
- Marine Fichepoil, psychologue clinicienne
- Bianca Hassan, PH psychiatre
- Anne Laronche, sage-femme maternité CHIC
- Marie Lemorvan, assistante sociale CMP enfants de Champigny
- Élodie Merlot, PH, néonatalogie
- Sophie Méro, psychologue, néonatalogie
- Élisabeth Miralles-Dugros, psychologue, neuropsychologue
- Stéphanie Pallard, infirmière puéricultrice, pédopsychiatrie
- Delphine Plantier-Mauve, assistante sociale
- Amandine Pons, assistante sociale
- Annie Soussy, responsable de l'unité médico-judiciaire
- Anne Tugault, PH temps partiel

**Situation d'enfant en danger ou en risque de danger ; textes – circuit de transmission  
(exemple de l'éducation nationale)**

**Principaux textes de référence**

***Code de l'action sociale et des familles***

**Article L. 112-3** : protection de l'enfance

**Article L. 121-6-2** : conditions d'autorisation de partage d'informations à caractère secret entre professionnels de l'action sociale

**Article L. 221-6** : secret professionnel auquel sont tenues les personnes participant aux missions de l'aide sociale à l'enfance

**Article L. 226-2-1** : transmission sans délai de toute information préoccupante par les personnes qui mettent en œuvre ou concourent à la protection de l'enfance

**Article L. 226-2-2** : conditions d'autorisation de partage d'informations à caractère secret entre personnes soumises au secret professionnel.

**Article L. 226-4** : possibilité pour toute personne exerçant dans un service ou un établissement public ou privé susceptible de connaître des situations de mineurs en danger d'aviser directement le procureur de la République, du fait de la gravité de la situation.

**Article L. 226-6** : compétences de l'Observatoire national de la protection de l'enfance

**Article L. 226-8** : obligation d'affichage du « 119 allô enfance en danger »

***Code civil***

**Article 375** : assistance éducative - mineur en danger

***Code de l'éducation***

**Article L. 542-1** : formation des professionnels dans le domaine de la protection de l'enfance en danger

**Article L. 542-2** : visites médicales

**Article L. 542-3** : séance annuelle d'information et de sensibilisation des élèves

***Code pénal***

**Article L. 226-13** : sanctions en cas de révélation d'une information à caractère secret

**Article L. 226-14** : exceptions

**Articles L. 434-1 et L. 434-3** : entraves à la saisine de la justice (non dénonciation de privations, de mauvais traitements, ou d'atteintes sexuelles)

***Code de procédure pénale***

**Article 40** : obligation pour toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire d'aviser sans délai le procureur de la République de tout crime ou délit.

**Information préoccupante et signalement**

**Article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles**

« Le président du conseil départemental 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 départemental, le représentant de l'État 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.

L'évaluation de la situation d'un mineur à partir d'une information préoccupante est réalisée par une équipe pluridisciplinaire de professionnels identifiés et formés à cet effet. A cette occasion, la situation des autres mineurs présents au domicile est également évaluée [...].

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 départemental peut requérir la collaboration d'associations concourant à la protection de l'enfance ».

**Articles R. 226-2-2 et D. 226-2-3 à 2-7** : information préoccupante et évaluation de la situation du mineur.

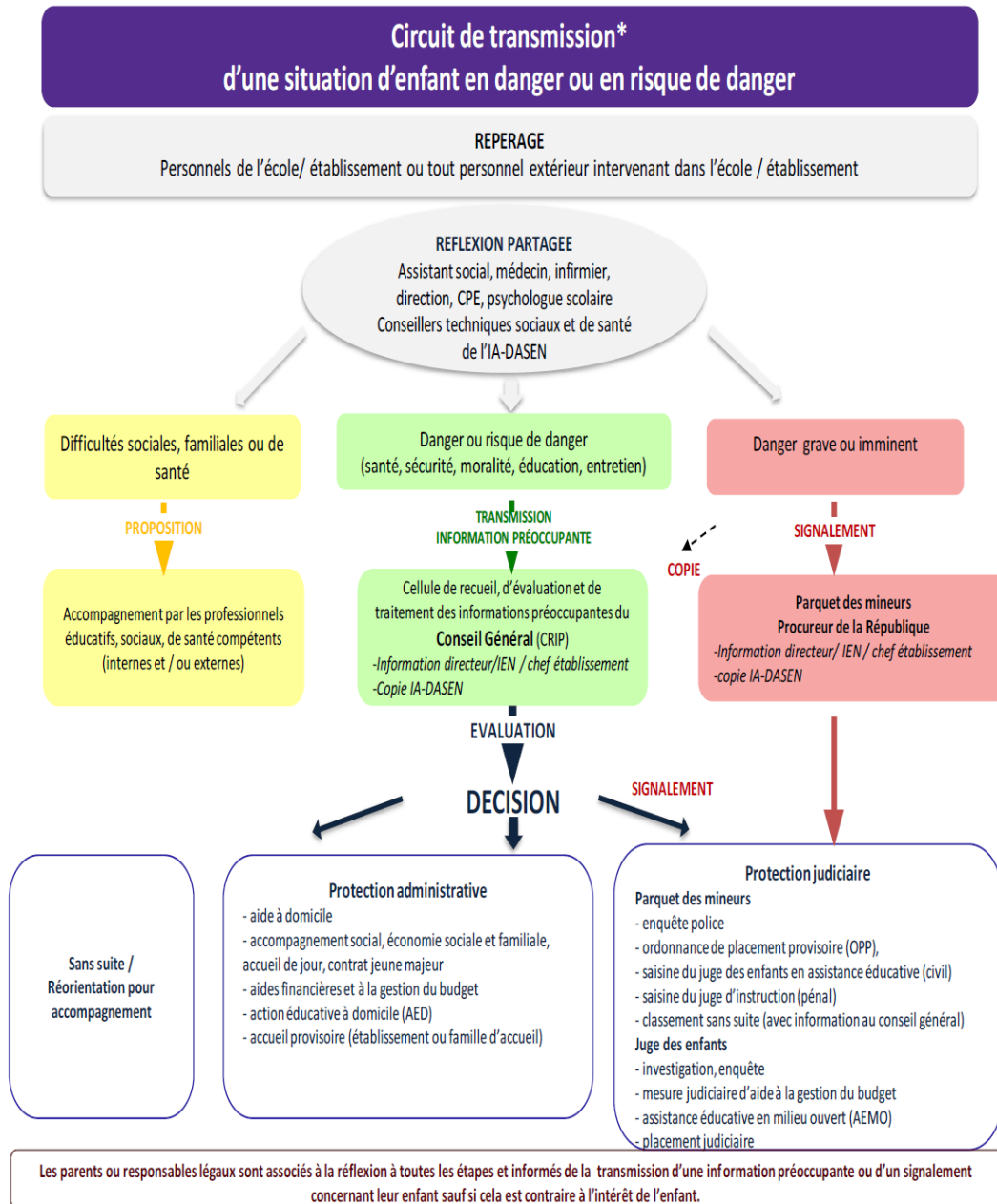
**Décret n° 2016-1476 du 28 octobre 2016** (application de l'article L. 226-3 CASF) : évaluation de la situation des mineurs à partir d'une information préoccupante, réalisée par une équipe pluridisciplinaire de professionnels.

## Exemple du circuit de transmission à l'éducation nationale



MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE

# éduscol



\*Ce circuit type de transmission est à mettre en corrélation avec le protocole départemental de protection de l'enfance signé par l'autorité académique et ses partenaires

Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche  
Circuit de transmission d'une situation d'enfant en danger ou en risque de danger  
<http://eduscol.education.fr/protection-enfance-que-faire/>

Mars 2015

## Note du service statistique ministériel de la sécurité intérieure en date du 18 octobre 2017

### Estimation du nombre d'infanticides enregistrés en 2016 par les forces de sécurité

Dans ce document, le SSMSI propose une estimation du **nombre de victimes mineures enregistrées en 2016 par les forces de sécurité associées à des infractions d'homicides intentionnels et de violences suivies de mort sans intention de la donner**<sup>153</sup>. Ce chiffrage est produit à partir de la base victimes 2016 du SSMSI<sup>154</sup>. Cette base est construite à partir des données figurant dans les procédures judiciaires enregistrées par la police et la gendarmerie nationales en 2016. Son champ géographique est complet (métropole + outre-mer).

La sélection des victimes *mineures* est faite sur la variable d'âge des victimes d'homicide.

#### 1- Nombre de victimes mineures selon le lien avec l'auteur

**131 mineurs victimes d'infanticides ont été enregistrées en 2016 par les forces de sécurité** (cf. tableau 1)<sup>155,156</sup>

**Une fois sur deux, un parent (père, mère, beaux-parents ou grands-parents) est impliqué comme auteur du fait**<sup>157</sup>.

Tab.1 Nombre de victimes enregistrées en 2016 dans le champ d'étude selon le code index et le lien auteur-victime

Index	Lien auteur-victime			Ensemble
	Auteur Parent (père, mère, beaux-parents, grands-parents)	Auteur autre famille*	Pas de relation familiale	
Homicides	39	1	45	85
Coups et blessures volontaires suivis de mort	28	0	18	46
<b>Ensemble</b>	<b>67</b>	<b>1</b>	<b>63</b>	<b>131</b>

\* oncle/tante, membre de la fratrie, ...

Source: SSMSI - Base des victimes de crimes et délits enregistrés par les forces de sécurité en 2016, extraction d'août 2017.

<sup>153</sup> La liste de ces natures d'infractions (Natinfs) nous a été fournie par la DACG (cf. annexe 1). Une approche alternative sélectionnant les victimes décédées via la nomenclature des services de sécurité, à savoir via les index de l'Etat « 4001 » d'homicides et de coups et blessures volontaires suivie de mort, fournit les mêmes résultats.

<sup>154</sup> Base victimes 2016 en date du T0 validité au 10 août 2017.

<sup>155</sup> Pour 17 d'entre elles, la date de commission du fait est antérieure à l'année 2016.

<sup>156</sup> Savoir si la victime est décédée ou survivante n'est pas une information actuellement consolidée dans la base victimes. Pour distinguer, les faits commis des faits tentés – et ce faisant, les victimes décédées des victimes survivantes – nous avons utilisé le code Index apposés par les services de sécurité conformément au guide de méthodologie de l'Etat « 4001 ». Nous proposons ainsi de compter les victimes enregistrées sur les index 3, 6, 51 comme décédées.

<sup>157</sup> La qualité de l'auteur est repérée par deux moyens : soit par la qualification pénale retenue par le fonctionnaire qui rédige la procédure, qui retient une infraction dont le libellé même précise qu'elle a été *commise par un ascendant ou personne ayant autorité sur la victime* ; soit par l'intermédiaire d'une variable décrivant la relation auteur-victime enregistrée lors de la plainte. Cette variable est bien renseignée par les forces de sécurité.

Les natures d'infraction (Natinfs) recensées pour ces crimes figurent dans le tableau 2. Les Natinfs de meurtre sont les plus fréquentes (64 victimes, par empoisonnement), suivies par les violences volontaires ayant causé la mort sans intention de la donner (38 victimes), puis les assassinats mais cela est en partie lié aux attentats terroristes de 2016 (21 victimes enregistrées dont 14 lors des attentats). Les violences habituelles, délaissements et privations de soin ou d'aliments ont causé la mort de 8 mineurs selon l'enregistrement des forces de sécurité.

**Tableau 2. Répartition des victimes par nature d'infraction**

Libellé Natinf	Nombre de victimes
MEURTRE SUR MINEUR 15 ANS	48
MEURTRE	14
TERRORISME ASSASSINAT	14
VIOLENCE PAR ASCENDANT OU PERSONNE AYANT AUTORITE SUR MINEUR 15 ANS CAUSANT LA MORT SANS INTENTION DE LA DONNER	13
VIOLENCE SUR UN MINEUR DE 15 ANS AYANT ENTRAINE LA MORT SANS INTENTION DE LA DONNER	13
ASSASSINAT	7
VIOLENCE AYANT ENTRAINE LA MORT SANS INTENTION DE LA DONNER	7
VIOLENCE HABITUELLE SUR UN MINEUR DE 15 ANS AYANT ENTRAINE LA MORT	4
EMPOISONNEMENT SUR MINEUR 15 ANS	2
PRIVATION DE SOINS OU D'ALIMENTS A UN MINEUR DE 15 ANS CAUSANT LA MORT	2
VIOLENCE AVEC USAGE OU MENACE D'UNE ARME AYANT ENTRAINE LA MORT SANS INTENTION DE LA DONNER	2
ADMINISTRATION SUBSTANCE NUISIBLE A MINEUR 15 ANS CAUSANT LA MORT SANS INTENTION	1
ADMINISTRATION SUBSTANCE NUISIBLE A PERSONNE VULNERABLE CAUSANT LA MORT SANS INTENTION DE LA DONNER	1
ADMINISTRATION SUBSTANCE NUISIBLE PAR ASCENDANT A MINEUR 15 ANS CAUSANT LA MORT SANS INTENTION DE LA DONNER	1
DELAISSEMENT DE MINEUR 15 ANS CAUSANT LA MORT	1
DELAISSEMENT DE PERSONNE INCAPABLE DE SE PROTEGER SUIVI DE MORT	1
<b>Ensemble</b>	<b>131</b>

Source: SSMSI - Base des victimes de crimes et délits enregistrés par les forces de sécurité en 2016, extraction d'août 2017.

## 2- Age et sexe des victimes décédées

Quand l'auteur est un parent, les victimes sont très jeunes : 53 ont entre 0 et 4 ans soit près de quatre sur cinq (cf. tableau 3). Lorsque le crime n'est pas intrafamilial, les moins de quatre ans restent les plus touchés mais dans une moindre mesure (38% des victimes de crime non intrafamilial).

**Tab.3 Nombre de victimes enregistrées en 2016 selon leur âge et le lien auteur victime**

Age de la victime au moment des faits (en années)	Lien auteur-victime			Ensemble
	Auteur Parent (père, mère, beaux-parents, grands-parents)	Auteur autre famille*	Pas de relation familiale	
0 - 4 ans	53	0	23	76
5- 9 ans	10	0	11	21
10-14 ans	3	1	10	14
15-17 ans	1	0	15	16
<b>Ensemble des moins de 15 ans</b>	<b>66</b>	<b>1</b>	<b>44</b>	<b>111</b>
<b>Ensemble</b>	<b>67</b>	<b>1</b>	<b>59</b>	<b>127</b>

\* oncle/tante, membre de la fratrie, ...

Note: 3 victimes n'ont pas de date de naissance renseignée et 1 victime classée à l'index 51 présente un âge incohérent avec la destination de l'index. Ces quatre victimes n'apparaissent pas dans le tableau.

Source: SSMSI - Base des victimes de crimes et délits enregistrés par les forces de sécurité en 2016, extraction d'août 2017.

**73 des 131 victimes sont des garçons (56 %), 57 sont des filles (cf. tableau 4).**

Quand l’auteur est un parent, il y a autant de victimes filles que garçons.

**Tab.4 Nombre de victimes enregistrées en 2016 dans le champ d’étude selon le sexe de la victime et le lien auteur-**

Sexe des victimes	Lien auteur-victime			Ensemble
	Auteur Parent (père, mère, beaux-parents, grands-parents)	Auteur autre famille*	Pas de relation familiale	
Fille	33	0	24	57
Garçon	34	1	38	73
Sexe non renseigné	0	0	1	1
<b>Ensemble</b>	<b>67</b>	<b>1</b>	<b>63</b>	<b>131</b>

\* oncle/tante, membre de la fratrie, ...

Source: SSMSI - Base des victimes de crimes et délits enregistrés par les forces de sécurité en 2016, extraction d'août 2017.

### 3- Les victimes enregistrées à l’index 51 d’homicides sur mineurs de moins de 15 ans entre 2011 et 2016

L’index 51 enregistre en principe spécifiquement les homicides de mineurs de moins de quinze ans. Il offre l’avantage par rapport aux chiffres précédents d’être suivi depuis plusieurs années.

De deux ans en deux ans (2011-2012 comparé à 2013-2014 puis à 2015-2016) comme de trois en trois (2011-2013 comparé à 2014-2016) et hors attentats, la moyenne augmente légèrement, mais il faut être prudents quant à l’interprétation de cette évolution étant donnée le « faible volume » – d’un point de vue statistique – des chiffres.

**Tab.5 Nombre de victimes de l’index 51 - Homicides contre enfants de moins de 15 ans entre 2011 et 2016**

Année d’enregistrement des faits	Nombre de victimes de l’index 51 - Homicides contre enfants de moins de 15 ans
2011	60
2012	51
2013	68
2014	59
2015*	80
2016*	72

**\* Les années 2015 et 2016 ont été corrigées de doublons sur les noms de victimes (ce qui n’est pas le cas pour les années antérieures) et intègrent les victimes des attentats terroristes.**

Source: SSMSI - Base des victimes de crimes et délits enregistrés par les forces de sécurité en 2016, extraction d'août 2017; SSMSI - Base des crimes et délits enregistrés par les forces de sécurité 2011-2014.

## Liste des codes NATINF établie pour les besoins du recensement effectué par la mission

CATEG	NATINF	QSS	EN VIGUEUR	Selection IGJ	Type de victime
Crime	10894	EMPOISONNEMENT D'UN MINEUR DE 15 ANS	Oui	OUI	Infractions dont la victime est un mineur de 15 ans
Crime	10881	MEURTRE D'UN MINEUR DE 15 ANS	Oui	OUI	
Crime	5040	VIOLENCES ENVERS UN MINEUR DE 15 ANS PRA TIQUEES AVEC INTENTION DE DONNER LA MORT	Non	OUI	
Crime	20406	ADMINISTRATION DE SUBSTANCE NUISIBLE A UN MINEUR DE 15 ANS AYANT ENTRAINE LA MORT SANS INTENTION DE LA DONNER	Oui	OUI	
Crime	20490	ADMINISTRATION DE SUBSTANCE NUISIBLE AYANT ENTRAINE LA MORT SANS INTENTION DE LA DONNER A UN MINEUR DE 15 ANS PAR ASCENDANT OU PERSONNE AYANT AUTORITE SUR LUI	Oui	OUI	
Crime	27254	ADMINISTRATION HABITUELLE DE SUBSTANCE NUISIBLE A UN MINEUR DE 15 ANS AYANT ENTRAINE LA MORT	Oui	OUI	
Crime	7190	VIOLENCE AYANT ENTRAINE LA MORT SANS INTENTION DE LA DONNER SUR UN MINEUR DE 15 ANS PAR UN ASCENDANT OU UNE PERSONNE AYANT AUTORITE SUR LA VICTIME	Oui	OUI	
Crime	7187	VIOLENCE SUR UN MINEUR DE 15 ANS AYANT ENTRAINE LA MORT SANS INTENTION DE LA DONNER	Oui	OUI	
Crime	7197	VIOLENCES HABITUELLES SUR UN MINEUR DE 15 ANS AYANT ENTRAINE LA MORT	Oui	OUI	
Crime	5038	VIOLENCES ENVERS UN MINEUR DE 15 ANS PAR ASCENDANT ; MORT NON INTENTIONNELLE	Non	OUI	
Crime	5039	VIOLENCES ENVERS UN MINEUR DE 15 ANS SUIVIES DE MORT NON INTENTIONNELLE	Non	OUI	
Crime	5041	VIOLENCES HABITUELLES ENVERS UN MINEUR DE 15 ANS AYANT ENTRAINE LA MORT	Non	OUI	
Crime	10488	DELAISSEMENT DE MINEUR DE 15 ANS SUIVI DE MORT	Oui	OUI	
Crime	7193	PRIVATION DE SOINS OU D'ALIMENTS SUIVIE DE MORT D'UN MINEUR DE 15 ANS PAR ASCENDANT OU PERSONNE AYANT AUTORITE	Oui	OUI	
Crime	27524	VIOL COMMIS SUR UN MINEUR AYANT ENTRAINE LA MORT	Oui	OUI	
Crime	31503	VIOL INCESTUEUX COMMIS SUR UN MINEUR AYANT ENTRAINE LA MORT	Oui	OUI	
Crime	5072	ENLEVEMENT OU DETOURNEMENT D'UN MINEUR SUIVI DE MORT	Non	OUI	
Crime	5014	ASSASSINAT	Oui	OUI	Autres
Crime	5015	EMPOISONNEMENT	Oui	OUI	
Crime	10893	EMPOISONNEMENT AVEC PREMEDITATION	Oui	OUI	
Crime	10896	EMPOISONNEMENT D'UNE PERSONNE VULNERABLE	Oui	OUI	
Crime	10891	EMPOISONNEMENT PRECEDANT, ACCOMPAGNANT OU SUIVANT UN AUTRE CRIME	Oui	OUI	
Crime	5169	MEURTRE	Oui	OUI	
Crime	10882	MEURTRE D'UNE PERSONNE VULNERABLE	Oui	OUI	
Crime	5018	MEURTRE PRECEDE, ACCOMPAGNE OU SUIVI D'UN AUTRE CRIME	Oui	OUI	
Crime	5020	HOMICIDE VOLONTAIRE	Non	OUI	
Crime	20703	TORTURE OU ACTE DE BARBARIE AYANT ENTRAINE LA MORT SANS INTENTION DE LA DONNER	Oui	OUI	
Crime	20488	ADMINISTRATION DE SUBSTANCE NUISIBLE AVEC ARME AYANT ENTRAINE LA MORT SANS INTENTION DE LA DONNER	Oui	OUI	
Crime	20487	ADMINISTRATION DE SUBSTANCE NUISIBLE AVEC PREMEDITATION OU GUET-APENS AYANT ENTRAINE LA MORT SANS INTENTION DE LA DONNER	Oui	OUI	
Crime	20925	ADMINISTRATION DE SUBSTANCE NUISIBLE AYANT ENTRAINE LA MORT SANS INTENTION DE LA DONNER	Oui	OUI	
Crime	20410	ADMINISTRATION DE SUBSTANCE NUISIBLE AYANT ENTRAINE LA MORT SANS INTENTION DE LA DONNER A UNE PERSONNE VULNERABLE	Oui	OUI	
Crime	5186	VIOLENCE AVEC PREMEDITATION OU GUET-APENS AYANT ENTRAINE LA MORT SANS INTENTION DE LA DONNER	Oui	OUI	
Crime	5187	VIOLENCE AVEC USAGE OU MENACE D'UNE ARME AYANT ENTRAINE LA MORT SANS INTENTION DE LA DONNER	Oui	OUI	
Crime	7177	VIOLENCE AYANT ENTRAINE LA MORT SANS INTENTION DE LA DONNER	Oui	OUI	
Crime	27762	VIOLENCES HABITUELLES AYANT ENTRAINE LA MORT PAR UNE PERSONNE ETANT OU AYANT ETE CONJOINT, CONCUBIN OU PARTENAIRE LIE A LA VICTIME PAR UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITE	Oui	OUI	
Crime	10837	VIOLENCES HABITUELLES SUR UNE PERSONNE VULNERABLE AYANT ENTRAINE LA MORT	Oui	OUI	
Crime	10498	VIOL AYANT ENTRAINE LA MORT	Oui	OUI	
Crime	11528	ARRESTATION, ENLEVEMENT, SEQUESTRATION OU DETENTION ARBITRAIRE SUIVI DE MORT	Oui	OUI	
Crime	5026	COUPS OU BLESSURES PREMEDIATEES AYANT ENTRAINE LA MORT SANS INTENTION DE LA DONNER	Non	OUI	
Crime	5023	COUPS, BLESSURES VOLONTAIRES AYANT ENTRAINE LA MORT SANS INTENTION DE LA DONNER	Non	OUI	
Crime	10598	DELAISSEMENT DE PERSONNE INCAPABLE DE SE PROTEGER SUIVI DE MORT	Oui	OUI	

Tableau de recensement des morts violentes d'enfants par cour d'appel entre 2012 et 2016

Cour d'appel	Nombre de victimes	Population - données 2010
Agen	1	690 279
Aix-en-Provence	17	4 218 705
Amiens	7	1 910 888
Angers	7	1 469 889
Basse-Terre	3	403 355
Besançon	4	1 162 314
Bordeaux	14	2 193 888
Bourges	4	760 740
Caen	7	1 296 686
Cayenne	1	229 040
Chambéry	7	1 067 178
Colmar	12	1 832 698
Dijon	2	1 259 778
Douai	33	4 033 170
Fort-de-France	6	394 173
Grenoble	15	1 814 488
Limoges	2	740 473
Lyon	13	3 057 914
Metz	6	1 044 108
Montpellier	6	2 119 604
Nancy	18	1 300 688
Nîmes	4	1 639 249
Nouméa	3	250 000
Orléans	16	1 567 818
Paris	47	7 960 755
Pau	18	1 266 460
Poitiers	11	2 024 110
Reims	12	1 145 937
Rennes	19	4 433 256
Riom	11	1 342 255
Rouen	5	1 793 379
St Denis de la Réunion	3	821 136
Toulouse	17	2 011 830
Versailles	12	4 571 332
Total	363	63 827 573

Source : données recueillies auprès des cours d'appel et des tribunaux de grande instance pour la mission

Tableau de recensement des morts violentes d'enfants par département entre 2012 et 2016

Départements		Population (2014)		Nombre de morts violentes	MVE 2012-2016	
		0 à 19 ans	Total		cas/100000 hab	cas/100000 mineurs
01	Ain	164 484	626 127	3	0,48	1,82
02	Aisne	136 959	539 783	2	0,37	1,46
03	Allier	72 070	343 062		0,00	0,00
04	Alpes-de-Haute-Provence	35 189	161 588		0,00	0,00
05	Hautes-Alpes	31 669	139 883	1	0,71	3,16
06	Alpes-Maritimes	230 184	1 083 312	7	0,65	3,04
07	Ardeche	73 362	322 381		0,00	0,00
08	Ardennes	68 069	279 715	4	1,43	5,88
09	Ariège	32 276	152 574	1	0,66	3,10
10	Aube	75 263	308 094	5	1,62	6,64
11	Aude	80 902	365 478		0,00	0,00
12	Aveyron	58 275	278 644		0,00	0,00
13	Bouches-du-Rhône	484 052	2 006 069	8	0,40	1,65
14	Calvados	171 018	691 620	2	0,29	1,17
15	Cantal	28 126	146 618		0,00	0,00
16	Charente	75 967	353 853	1	0,28	1,32
17	Charente-Maritime	135 731	637 089	2	0,31	1,47
18	Cher	67 629	310 270	1	0,32	1,48
19	Corrèze	49 378	241 340		0,00	0,00
2A	Corse-du-Sud	31 067	151 652		0,00	0,00
2B	Haute-Corse	34 859	172 560		0,00	0,00
21	Côte-d'Or	125 781	531 380	2	0,38	1,59
22	Côtes-d'Armor	137 908	507 397	5	0,84	3,63
23	Creuse	22 433	120 581	2	1,66	8,92
24	Dordogne	83 104	416 350		0,00	0,00
25	Doubs	132 772	534 710		0,00	0,00
26	Drôme	122 531	499 159	7	1,40	5,71
27	Eure	157 323	598 347	3	0,50	1,91
28	Eure-et-Loir	110 483	433 762	2	0,46	1,81
29	Finistère	210 867	905 855	4	0,44	1,90
30	Gard	175 017	736 029	2	0,27	1,14
31	Haute-Garonne	318 686	1 317 698	11	0,83	3,45
32	Gers	39 568	190 625		0,00	0,00
33	Gironde	362 568	1 526 016	13	0,85	3,59
34	Hérault	256 819	1 107 398	5	0,45	1,95
35	Ille-et-Vilaine	267 202	1 032 240	2	0,19	0,75
36	Indre	46 956	226 175	2	0,88	4,26
37	Indre-et-Loire	145 002	603 924	7	1,16	4,83
38	Isère	323 315	1 243 597	7	0,56	2,17
39	Jura	61 569	260 681		0,00	0,00
40	Landes	87 415	400 477	4	1,00	4,58
41	Loir-et-Cher	77 681	333 567	1	0,30	1,29
42	Loire	185 010	757 305	1	0,13	0,54
43	Haute-Loire	52 321	226 565	4	1,77	7,65
44	Loire-Atlantique	348 215	1 346 592	4	0,30	1,15
45	Loiret	169 552	669 737	8	1,19	4,72
46	Lot	34 555	173 648		0,00	0,00
47	Lot-et-Garonne	72 351	333 234	1	0,30	1,38
48	Lozère	16 176	76 360		0,00	0,00
49	Maine-et-Loire	212 282	805 835	3	0,37	1,41
50	Manche	115 031	499 958	1	0,20	0,87
51	Marne	141 150	570 817	3	0,53	2,13
52	Haute-Marne	39 465	180 673		0,00	0,00
53	Mayenne	79 145	307 350		0,00	0,00
54	Meurthe-et-Moselle	175 452	732 153	6	0,82	3,42
55	Meuse	44 915	191 530	9	4,70	20,04
56	Morbihan	172 999	741 051	4	0,54	2,31
57	Moselle	239 332	1 045 154	6	0,57	2,51
58	Nièvre	42 718	192 569	4	1,87	9,36
59	Nord	699 994	2 603 472	16	0,61	2,29
60	Oise	219 768	818 680	3	0,37	1,37
61	Orne	65 957	287 750	4	1,39	6,06
62	Pas-de-Calais	389 139	1 472 589	17	1,15	4,37
63	Puy-de-Dôme	144 664	644 216	5	0,78	3,46
64	Pyrénées-Atlantiques	145 346	667 249	11	1,65	7,57
65	Hautes-Pyrénées	47 596	228 950	3	1,31	6,30
66	Pyrénées-Orientales	105 364	466 327	1	0,21	0,95
67	Bas-Rhin	262 352	1 112 815	7	0,61	2,57
68	Haut-Rhin	182 695	760 134	2	0,26	1,09
69	Rhône	465 635	1 801 885	9	0,50	1,93
70	Haute-Saône	56 610	238 347	4	1,68	7,07
71	Saône-et-Loire	122 550	555 788		0,00	0,00
72	Sarthe	142 393	568 760	4	0,70	2,81
73	Savoie	101 142	426 924	2	0,47	1,98
74	Haute-Savoie	196 275	783 127	5	0,64	2,55
75	Paris	437 628	2 220 445	4	0,18	0,91
76	Seine-Maritime	314 006	1 257 920	2	0,16	0,64
77	Seine-et-Marne	386 091	1 377 846	14	1,02	3,63
78	Yvelines	383 399	1 421 670	5	0,35	1,30
79	Deux-Sèvres	87 703	373 553	3	0,80	3,42
80	Somme	142 589	571 632	1	0,17	0,70
81	Tarn	86 691	384 474	7	1,82	8,07
82	Tarn-et-Garonne	61 195	252 578	0	0,00	0,00
83	Var	222 000	1 038 212	2	0,19	0,90
84	Vaucluse	134 072	554 374	2	0,36	1,49
85	Vendée	158 934	662 122	4	0,60	2,52
86	Vienne	101 561	433 203	2	0,46	1,97
87	Haute-Vienne	81 437	376 199	0	0,00	0,00
88	Vosges	85 781	373 560	3	0,80	3,50
89	Yonne	79 733	341 814	4	1,17	5,02
90	Territoire de Belfort	35 909	144 334	0	0,00	0,00
91	Essonne	347 304	1 268 228	9	0,71	2,59
92	Hauts-de-Seine	402 905	1 597 770	1	0,06	0,25
93	Seine-Saint-Denis	454 221	1 571 028	2	0,13	0,44
94	Val-de-Marne	352 006	1 365 039	14	1,03	3,98
95	Val-d'Oise	343 825	1 205 539	4	0,33	1,16
<b>France métropolitaine</b>		<b>15 588 668</b>	<b>64 027 784</b>	<b>346,00</b>	<b>0,54</b>	<b>2,22</b>
971	Guadeloupe	110 780	400 186	4	1,00	4,00
972	Martinique	94 952	383 911	6	1,56	6,32
973	Guyane	108 615	252 338	0	0,00	0,00
974	La Réunion	269 805	842 767	3	0,36	1,11
976	Mayotte	119 981	220 300	0	0,00	0,00
<b>DOM</b>		<b>704 133</b>	<b>2 099 502</b>	<b>13</b>	<b>0,62</b>	<b>1,85</b>
<b>France métropolitaine et DOM</b>		<b>16 292 801</b>	<b>66 127 286</b>	<b>359</b>	<b>0,54</b>	<b>2,20</b>
98	N. Calédonie	86 080	268 767	3	1,11	3,48
Autres				1		
<b>Total</b>				<b>363</b>		

Source : données recueillies auprès des cours d'appel et des tribunaux de grande instance pour la mission



Tableau de recensement des morts violentes d'enfants par région entre 2012 et 2016

Régions	Population (2014)		MVE 2012-2016		
	0 à 19 ans	Total	Nombre de morts violentes	cas/100000 hab	cas/100000 mineurs
Auvergne-Rhône-Alpes	1 928 935	7 820 966	43	2,23	0,55
Bourgogne-Franche-Comté	657 642	2 820 623	14	2,13	0,50
Bretagne	788 976	3 276 543	15	1,90	0,46
Centre-Val-de-Loire	617 303	2 577 435	21	3,40	0,81
Corse	65 926	324 212	0	0,00	0,00
Grand Est	1 314 474	5 554 645	45	3,42	0,81
Hauts-de-France	1 588 449	6 006 156	39	2,46	0,65
Île-de-France	3 107 379	12 027 565	53	1,71	0,44
Normandie	823 335	3 335 645	12	1,46	0,36
Nouvelle Aquitaine	1 304 994	5 879 144	39	2,99	0,66
Occitanie	1 313 120	5 730 753	30	2,28	0,52
Pays de la Loire	940 969	3 690 659	15	1,59	0,41
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 137 166	4 983 438	20	1,76	0,40
France métropolitaine	15 588 668	64 027 784	346	2,22	0,54
Guadeloupe	110 780	400 186	4	3,61	1,00
Martinique	94 952	383 911	6	6,32	1,56
Guyane	108 615	252 338	0	0,00	0,00
La Réunion	269 805	842 767	3	1,11	0,36
Mayotte	119 981	220 300	0	0,00	0,00
DOM	704 133	2 099 502	13	1,85	0,62
France métropolitaine et DOM	16 292 801	66 127 286	359	2,20	0,54
N. Calédonie	86080	268 767	3	3,48	1,11
Singapour			1		

Source : données recueillies auprès des cours d'appel et des tribunaux de grande instance pour la mission

## Glossaire

**AEMO** : action éducative en milieu ouvert  
**ARS** : agence régionale de santé  
**ASE** : aide sociale à l'enfance  
**ASS** : assistant de service social  
**ATSEM** : agent territorial spécialisé des écoles maternelles  
**CAMSP** : centre d'action médico-sociale précoce  
**CASF** : code de l'action sociale et des familles  
**CCAS** : centre communal d'action sociale  
**CCASS** : caisse centrale d'activités sociales  
**CMPP** : centre médico-psycho-pédagogique  
**CMP** : centre médico-psychologique  
**CépiDC** : centre d'épidémiologie sur les causes médicales des décès  
**CPC** : code de procédure civile  
**CRIP** : cellule de recueil des informations préoccupantes  
**DACG** : direction des affaires criminelles et des grâces  
**DASEN** : directeur académique des services de l'éducation nationale  
**DAV** : délégation aux victimes  
**DGESCO** : direction générale de l'enseignement scolaire  
**DPJJ** : direction de la protection judiciaire de la jeunesse  
**DREES** : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
**DSDEN** : direction des services départementaux de l'éducation nationale  
**HAS** : haute autorité de santé  
**IEN** : inspecteur de l'éducation nationale  
**INSERM** : institut national de la santé et de la recherche médicale  
**InVS** : institut national de veille sanitaire  
**JAF** : juge aux affaires familiales  
**JAP** : juge de l'application des peines  
**JE** : juge des enfants  
**MIPROF** : mission interministérielle pour la protection des femmes contre la violence et la lutte contre la traite des êtres humains  
**OMS** : organisation mondiale de la santé  
**ONPE** : observatoire national de la protection de l'enfance  
**PJJ** : protection judiciaire de la jeunesse  
**PMI** : protection maternelle et infantile  
**PV** : procès-verbal  
**RSA** : revenu social d'activité  
**SBS** : syndrome du bébé secoué  
**SNATED** : service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger (119)  
**SPIP** : service pénitentiaire d'insertion et de probation  
**TCNA** : traumatisme crânien non accidentel  
**TGI** : tribunal de grande instance  
**TISF** : technicien de l'intervention sociale et familiale