



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Violences intrafamiliales et maintien des liens : des enjeux
pédopsychiatriques aux facteurs décisionnels des juges des
enfants et juges aux affaires familiales**

Présentée et soutenue publiquement le 25 septembre 2024 à 16 h 00

Au Pôle Formation

Par Mathilde COMBES DE LEON

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François MEDJKANE

Assesseur :

Madame le Docteur Sophie SLOVAK

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Nicolas GAUD-LE PIERRES

Avertissements

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

Liste des abréviations

AED	Aide Educative au Domicile
AEMO	Action Educative en Milieu Ouvert
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CIM	Classification Internationale des Maladies
CRIP	Cellule de Recueil d'Informations Préoccupantes
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
IGAENR	Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGJ	Inspection Générale de la Justice
JAF	Juge aux Affaires Familiales
JE	Juge des Enfants
JLD	Juge des Libertés et de la Détention
MAP	Mesure d'Accompagnement Protégé
MJIE	Mesure Judiciaire d'Investigation Educative
ODAS	Observatoire National de l'Action Sociale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONED	Observatoire National de l'Enfance en Danger
ONPE	Observatoire National de la Protection de l'Enfance
PEAD	Placement Educatif A Domicile
TISF	Technicien en Intervention Sociale et Familiale

TSPT Trouble de Stress Post Traumatique

TSPT-C Trouble de Stress Post Traumatique Complexe

UNICEF *United Nations International Children's Emergency Fund*

Table des matières

Avertissements.....	2
Liste des abréviations.....	3
Table des matières.....	5
Résumé.....	9
Introduction.....	11
I. Violences intrafamiliales et répercussions	12
A. Violence(s)	12
1. Définition	12
2. Epidémiologie	13
B. Psychotraumatisme(s)	14
1. Traumatisme interpersonnel et traumatisme non-interpersonnel	15
2. Trouble de Stress Post Traumatique	16
3. Epidémiologie	18
4. Les différents modèles du trauma :	18
a) Le modèle neurobiologique	19
b) Les modèles comportementaux	25
Le modèle du conditionnement de Mowrer (1960) :	25
Le modèle du traitement émotionnel de Foa et Kozak (1986) et Foa et al. (1989) :	25
5. Psychotraumatisme complexe, psychotraumatisme développemental :	27
C. L'impact développemental.....	29
1. Conséquences socio-affectives et comportementales	30
a) Sur le plan socio-affectif.....	30
b) Sur le plan comportemental.....	31
2. Conséquences neurobiologiques et cognitives.....	32
3. Conséquences physiques	33
D. Comorbidités	36
1. Comorbidités internalisées : troubles anxieux et troubles dépressifs.....	36
2. Comorbidités externalisées : consommations d'alcool ou de toxique, troubles du comportement, conduites à risques.....	37
II. Le maintien du lien : de la théorie à la réalité.....	37
A. Théorie	38
1. Représentations sociales du lien familial	38

2.	Attachement	40
3.	La question de la loyauté.....	42
4.	Le syndrome d'aliénation parentale : le danger d'un concept infondé	43
B.	Réalité.....	46
1.	La réactivation psychotraumatique et l'impact développemental.....	46
2.	Les répercussions post-immédiates de l'exposition à l'agresseur lors de visites.....	48
3.	Les freins rencontrés	49
C.	Les alternatives possibles	51
1.	Rupture totale du lien ?	51
2.	Des interventions au domicile aux visites médiatisées	52
3.	Le choix de l'enfant concerné	55
III.	Partie juridique : ce que dit la loi en France	56
A.	Les différents rôles des magistrats impliqués dans les affaires de violences intrafamiliales.....	58
1.	Le rôle du juge des libertés et de la détention (JLD)	58
2.	Le rôle du juge aux affaires familiales (JAF).....	58
3.	Le rôle du juge des enfants (JE).....	59
4.	La coordination JE vs JAF	60
B.	Les différentes mesures qui touchent le lien	61
1.	La mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE)	61
2.	Maintien à domicile avec aide éducative	62
a)	Aides éducatives administratives.....	62
b)	Aide éducative judiciarisée : AEMO (Action éducative en milieu ouvert).....	64
3.	Placement de l'enfant	66
a)	Enfant confié à une personne ou une institution.....	66
b)	Placement Educatif A Domicile (PEAD)	67
4.	Visites médiatisées par un tiers professionnel.....	70
a)	Par le juge aux affaires familiales.....	71
b)	Par le juge des enfants	72
5.	Autorité parentale	72
a)	Définition de l'autorité parentale dans le droit.....	73
b)	Titularité et exercice de l'autorité parentale, quelle différence ?	75
c)	Délégation de l'autorité parentale	75
d)	Retrait du droit d'exercice de l'autorité parentale	77
e)	Retrait de l'autorité parentale	78

f) Une loi qui évolue.....	79
C. La place de l'enfant dans les décisions judiciaires.....	80
1. Devant le juge aux affaires familiales	80
2. Devant le juge des enfants.....	81
IV. Violences intrafamiliales et maintien des liens : représentations, pratiques, formations ; une enquête nationale auprès de juges des enfants et juges aux affaires familiales	82
A. Matériel et méthode.....	82
1. Description de l'étude	82
a) Design de l'étude	83
b) Objectifs et bénéfices attendus	83
c) Population étudiée	84
d) Instrument d'enquête et recueil des données	85
e) Recrutement des participants.....	86
2. Analyse statistique.....	86
B. Résultats	87
1. Résultats généraux.....	87
a) Données socio-démographiques	87
b) Les facteurs qui participent à la prise de décision	89
c) Représentations.....	93
d) Pratiques, formations et connaissances	95
e) Perspectives d'évolution.....	98
2. Différences de réponses entre juges des enfants et juges aux affaires familiales	99
3. Formations en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent au cours du cursus des magistrats : facteur influent ?	104
4. Représentations	108
C. Discussion	109
1. Forces et limites de l'étude.....	110
2. Interprétation des résultats	111
3. Implications théoriques et pratiques.....	112
4. Complément qualitatif.....	113
5. Perspectives d'évolution	116
6. Suggestions pour des recherches futures.....	117
Conclusion	118
Références bibliographiques	119
Annexes.....	128

Annexe 1 : Questionnaire d'étude	128
Annexe 2 : Entretien semi-structuré : retranscription	137

Résumé

Contexte : L'impact psychotraumatique et développemental des violences faites aux mineurs est majeur. En France, tous les six jours un enfant est tué dans sa famille. En 2022, dans 94% des situations d'enfant en danger signalées au 119, les auteurs présumés étaient membre de la famille proche. La question de l'attachement et du maintien du lien entre parent et enfant dans les situations de violences intrafamiliales se pose.

Méthode : Une enquête descriptive observationnelle transversale par auto-questionnaire a été conduite auprès de juges des enfants (JE) et juges aux affaires familiales (JAF) entre février et avril 2024. L'objectif principal de cette étude était d'identifier les différents facteurs qui participent aux prises de décision des magistrats concernant le maintien ou non des liens entre le parent auteur de violences intrafamiliales et l'enfant victime.

Résultats : Les analyses ont été conduites sur 81 magistrats (41 JE et 40 JAF). Ce travail a permis de montrer que les formations en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent semblent être un facteur déterminant dans les pratiques des magistrats et sur les représentations qu'ils peuvent avoir sur le maintien des liens entre le parent et l'enfant.

Les magistrats formés au psychotraumatisme sont mieux disposés à comprendre et à évaluer la sécurité psychique des enfants. La formation des magistrats à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent apparaît donc essentielle dans le contexte des décisions complexes concernant les violences intrafamiliales.

De plus, 96% des magistrats trouvent utiles les écrits du pédopsychiatre/psychologue référent de l'enfant pour étayer leurs prises de décision. Ce résultat suggère un apport considérable de l'appréciation clinique des spécialistes médicaux dans les décisions.

Conclusion : Ce travail de recherche a permis un regard pluridisciplinaire sur le sujet des enfants victimes de violences intrafamiliales, en naviguant entre les enjeux pédopsychiatriques et les enjeux juridiques. Les perspectives de collaboration entre professionnels de corps de métier différents apportent un regard positif vers l'avenir.

Introduction

En pédopsychiatrie, au travers d'interventions thérapeutiques et d'un travail avec les familles, nous tentons d'améliorer la santé mentale des enfants et des adolescents. Pour cela, il est essentiel de comprendre les interactions complexes entre les facteurs sociaux, biologiques et psychologiques afin de mieux accompagner ces jeunes dans leur développement cognitif et psycho-affectif.

Travailler avec les familles peut représenter un défi considérable lorsque nous sommes en contexte de violences intrafamiliales. L'intervention thérapeutique devient complexe car les enfants victimes ou co-victimes des violences intrafamiliales peuvent manifester des symptômes chroniques si l'exposition est récurrente.

Dans la pratique clinique, aux urgences, en consultations ambulatoires ou en hospitalisation, nous sommes régulièrement confrontés à une difficulté : comment réaliser une intervention thérapeutique efficace lorsque le cadre impose que l'enfant soit régulièrement exposé au parent auteur des violences ? Cette question se pose en particulier lorsque cette exposition est encadrée, sur décision judiciaire. Ainsi, le point de vue des magistrats sur le maintien des liens semblait essentiel afin de mieux comprendre les enjeux et les facteurs qui participent aux prises de décision.

Dans cet écrit, une première partie sur les violences intrafamiliales et les répercussions cliniques sera détaillée. Ensuite, les enjeux du maintien des liens familiaux seront présentés sous un axe théorique puis sous un axe pratique. En troisième partie seront présentés les différents dispositifs et articles de loi sur le sujet des mineurs en danger dans leur famille. L'ensemble des parties sera étayé par une bibliographie. Enfin, les résultats de l'étude seront présentés puis discutés.

I. Violences intrafamiliales et répercussions

A. Violence(s)

1. Définition

Au cours de cet écrit, le terme « violences intrafamiliales » sera utilisé pour englober à la fois les violences de couple dans la cellule familiale avec enfant ainsi que les violences dirigées envers les enfants, qu'elles soient verbales, psychologiques, physiques ou sexuelles. Les carences ou négligences ne seront pas traitées.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la violence comme étant « *L'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence. Cette définition comprend aussi bien la violence interpersonnelle que les comportements suicidaires et les conflits armés. Elle couvre également toute une série d'actes qui vont au-delà des actes de violence physique, incluant menaces et intimidation. Outre la mort et les traumatismes, elle englobe la multiplicité des conséquences souvent moins évidentes des comportements violents, comme les atteintes psychologiques et les problèmes de carence et de développement affectifs qui compromettent le bien-être individuel, familial et communautaire.* » (1)

En droit pénal, le terme « violences » désigne l'ensemble des infractions constituant une atteinte à l'intégrité physique ou psychique des personnes. Ces violences peuvent tout aussi bien être corporelles, matérielles ou morales (par l'effet de l'intimidation, de la menace, du harcèlement ou de l'humiliation).

2. Epidémiologie

Le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 2020 nous révèle qu'à l'échelle mondiale « *près de 300 millions d'enfants âgés de 2 à 4 ans subissent régulièrement une forme de discipline violente de la part des personnes qui s'occupent d'eux. La violence affective touche un enfant sur trois, et un enfant sur quatre vit avec une mère victime de la violence de son partenaire intime. En 2017, selon les estimations, 40 150 enfants ont été victimes d'homicides.* » (2)

En France, tous les six jours un enfant est tué dans sa famille (3). Ce chiffre est relativement stable depuis plusieurs années. En 2018, dans le cadre du plan interministériel de lutte contre les violences faites aux enfants, l'IGAS, l'IGJ et l'IGAENR¹ recensaient les décès des enfants survenus dans la sphère familiale : tous les cinq jours un enfant était tué par un de ses parents (4). Pour l'année 2021, l'ONPE (Observatoire National de la Protection de l'Enfance) rapportait 49 décès d'enfants dans le cadre intrafamilial, c'est-à-dire que l'auteur des faits se trouve être un parent (père, mère, beau-parent, grand-parent, oncle, tante, fratrie, etc.), soit un décès par semaine environ. Ils précisent que ces chiffres concernant les décès d'enfants dans le cadre intrafamilial « *sont à interpréter avec précaution puisqu'ils ne révèlent qu'une partie du phénomène, celle portée à la connaissance des services de sécurité, laissant présager une sous-estimation de ce phénomène* » (5).

La synthèse 2022 de l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance interpelle également avec des chiffres marquants :

¹ IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales), IGJ (Inspection Générale de la Justice), IGAENR (Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche)

- En 2020, 8 femmes sur 10 victimes de violences conjugales ont des enfants.²
- En 2021, 105 mineurs sont devenus orphelins de père ou de mère et/ou des deux parents à la suite d'un homicide conjugal. 12 enfants ont été tués dans un contexte de violences conjugales.³

D'après l'UNICEF, en France, chaque jour, plus de 200 enfants subissent des maltraitances de la part de leur entourage.

Une étude statistique a été publiée sur l'activité du 119 en 2022, dans laquelle nous pouvons y lire :⁴ (6)

- 40 334 enfants sont concernés par une situation de danger durant l'année
- Plus de 9 auteurs présumés sur 10 sont membres de la famille proche (94,3%). Dans ce cas, ce sont dans la majorité des situations (81,4 %) les parents

Un rapport de l'Assemblée Nationale publié le 4 octobre 2023 révèle que 400 000 enfants vivent dans un foyer dans lequel s'exercent des violences conjugales et 160 000 enfants subissent, chaque année, des violences sexuelles en France.

B. Psychotraumatisme(s)

Les violences, quelles qu'elles soient, ont des répercussions. Les répercussions peuvent être physiques, mais peuvent également être psychologiques. Qu'est-ce qu'un traumatisme ?

“Traumatisme”, du grec *τραῦμα (trauma)* signifie « *blessure* ».

² Source : 3919

³ Source : SSMSI 2022

⁴ Données issues de LISA logiciel métier du Snated, traitements ONPE 2023

Le dictionnaire français Larousse le définit en ces termes :

1. Ensemble des lésions locales intéressant les tissus et les organes provoquées par un agent extérieur ; troubles généraux qui en résultent. (Abréviation : trauma.)

2. Action violente provoquant ces lésions locales

Le traumatisme psychique, ou psychotraumatisme, est une *lésion psychique*. Un impact mécanique des violences sur les structures cérébrales et l'impact psychologique et développemental qui en résulte.

1. Traumatisme interpersonnel et traumatisme non-interpersonnel

Lorsque la violence est dirigée d'un individu à un autre, ce dernier se sent menacé par une *personne*. Nous parlons alors de traumatisme interpersonnel.

Un tsunami, par exemple, est non-interpersonnel. Il s'agit d'une catastrophe naturelle n'ayant pas pour but de nuire à un individu.

Une agression physique en revanche est interpersonnelle : elle est dirigée d'un individu envers un autre, avec une forme d'intentionnalité. Il y a une atteinte à l'intégrité physique *personnelle*.

Le traumatisme interpersonnel est d'autant plus impactant lorsqu'une figure d'attachement ou un proche en est à l'origine (7) : un parent, un.e conjoint.e, un.e ami.e... Pour un enfant, ses figures d'attachement (généralement ses parents) représentent une entité protectrice. Lorsque cette entité protectrice le nuit, il y a *trahison*.

Le caractère interpersonnel de l'événement potentiellement traumatique est un facteur de risque majeur au développement d'un trouble de stress post-traumatique (8,9).

2. Trouble de Stress Post Traumatique

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est un trouble psychiatrique. Ses critères diagnostiques comprennent (10):

- Le fait d'avoir été exposé à un événement potentiellement traumatique, en tant que témoin direct ou victime directe. L'événement potentiellement traumatique est défini par la menace à l'intégrité physique ou personnelle. Il peut s'agir de la mort ou de menaces de mort, de violences physiques ou sexuelles. Ce critère est nécessaire, c'est l'exposition qui crée l'effraction traumatique.
- Un ou plusieurs symptômes d'intrusion : souvenirs répétitifs involontaires et envahissants du ou des événements, cauchemars traumatiques (rêves dont le contenu ou les émotions sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse), réactions dissociatives. Cela englobe ce qui est appelé reviviscences : flash-backs visuels, reviviscences cénesthésiques, auditives, olfactives, gustatives... qui sont des réactions au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement se reproduisait. Chez les enfants, le syndrome de répétition peut être observé dans le jeu au travers de reconstitutions spécifiques du traumatisme.
- Un sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique (également appelés « indices évocateurs de trauma ») et des réactions physiologiques marquées lors de cette exposition aux indices évocateurs de trauma. Ce critère, inclus dans la catégorie « B » du DSM-V est essentiel pour la suite de cette lecture.
- Des altérations des cognitions et de l'humeur débutant ou s'aggravant après la survenue de ou des événements traumatiques :

- amnésie dissociative (incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement),
 - croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde,
 - distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences de l'événement qui poussent le sujet à se blâmer ou blâmer autrui,
 - état émotionnel négatif persistant (ex : peur, horreur, colère, culpabilité, honte),
 - réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes,
 - sentiment de détachement par rapport aux autres,
 - incapacité persistante de ressentir des émotions positives.
- Des altérations marquées de l'éveil et de la réactivité durant ou s'aggravant après la survenue de l'événement, également appelé hyperactivité neurovégétative : irritabilité, accès de colère, hypervigilance, réaction de sursaut exagéré, trouble de concentration, trouble du sommeil. Il s'agit d'un état d'alerte chronique, une sensation de danger permanent générant une méfiance et un besoin d'anticipation, de contrôle de l'environnement.
 - Un évitement cognitif (tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatique) et/ou un évitement comportemental (tentative d'évitement des rappels externes : personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations). Il s'agit d'une stratégie de coping, c'est-à-dire une stratégie pour réduire le stress et les émotions négatives qui peuvent découler de l'exposition à des rappels internes ou externes (par exemple une pensée ou un lieu). L'évitement est donc un effort cognitif et/ou comportemental déployé pour ne pas revivre la triade répétition – hypertonie neurovégétative – dissociation, et ainsi éviter la souffrance que peuvent provoquer les rappels internes ou externes.

- Chez les enfants nous pouvons retrouver également des comportements régressifs par rapport à leur développement : au niveau du langage, des capacités motrices, de la propreté (énurésie, encoprésie), un besoin de portage plus important, un retrait social...

3. Epidémiologie

Chez l'enfant, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est considéré comme la première atteinte psychotraumatique apparaissant après un vécu traumatogène, avec une grande variabilité dans la prévalence retrouvée selon les études (certaines indiquant une prévalence de 20 à 50-60% tandis que d'autres étendent de 0 à 100% (8,11–13)), tout événement confondu. Cette grande variabilité est expliquée par différents paramètres : le type de population étudiée (variabilité interindividuelle liée en particulier à l'âge et au genre), les outils diagnostiques utilisés, et le type d'événement vécu.

Ce sont les violences interpersonnelles qui représentent le facteur de risque le plus important (13,14) avec une prévalence du TSPT atteignant souvent plus de 50 %. A titre d'exemple de comparaison, le taux est d'environ 30 % en cas de catastrophes naturelles (8).

Par ailleurs, il a été prouvé que la victimisation dans l'enfance ou dans l'adolescence est associée à un plus grand risque de victimisation à l'âge adulte que la population générale (15). Ce phénomène, appelé *revictimisation*, a fait l'objet d'une attention croissante dans la littérature au cours des dernières décennies. Une méta-analyse récente a indiqué qu'environ la moitié des personnes ayant subi des abus sexuels dans l'enfance risquent d'être revictimisées à l'âge adulte (16).

4. Les différents modèles du trauma :

Les conséquences psychotraumatiques des violences sont dues à des mécanismes psychologiques et neurobiologiques. Le trouble de stress post-traumatique est l'un des rares

trouble psychiatrique dont l'origine est identifiée. Il existe des facteurs socio-environnementaux qui s'associent mais contrairement aux autres troubles psychiatriques, la cause de l'apparition de ce trouble est ici bien connue : l'événement potentiellement traumatique.

a) Le modèle neurobiologique

La menace perçue lors d'un événement potentiellement traumatique est un stimulus qui déclenche une réponse émotionnelle extrême, engendrant alors une cascade de réactions neurobiologiques. Ces réactions amènent à réguler le système cardiovasculaire afin de protéger l'organisme d'un risque vital.

Mais lorsque ce stimulus déclenche une réponse émotionnelle trop intense, l'appareil psychique se « sidère » et tente de se protéger par divers mécanismes dont certains peuvent entraîner que l'on appelle de « la dissociation ». La dissociation est un mécanisme neurobiologique de gestion des émotions négatives perçues comme trop intenses, qui survient afin de protéger la personne de cette surcharge émotionnelle. Elle est définie par une perturbation de l'intégration subjective d'un ou plusieurs aspects du fonctionnement psychologique, comme la mémoire, la conscience, la perception et le contrôle moteur. Ce mécanisme bloque tout processus d'ancrage émotionnel et mnésique. La sidération et la dissociation permettent la survie face à l'événement en limitant la conscience de la douleur ou de la terreur. Ces mécanismes sont appelés mécanismes exceptionnels de sauvegarde (17).

Pour comprendre les mécanismes neurobiologiques, définissons les rôles des différentes structures impliquées dans la réponse au stress.

- Le premier récepteur est le thalamus. Il est la porte d'entrée des stimuli sensoriels (visuel, auditif, olfactif, etc) et le centre relais.

- Le cortex préfrontal et cortex cingulaire antérieur, ou cortex « associatif », permettent le contrôle exécutif et émotionnel par autorégulation et inhibition.
- L'hippocampe est le centre de la mémoire autobiographique.
- L'amygdale est responsable de la réponse émotionnelle.

Lorsque nous sommes face à un stimulus sensoriel associé à un danger, deux types de réactions sont possibles : la réaction de stress dit « adapté » et la réaction de stress dit « dépassé ».

Afin de comprendre ces réactions, définissons les deux grands systèmes neurobiologiques impliqués dans la réponse immédiate au stress (18):

- Le système nerveux sympathique (SNS) : Ce système s'active lorsque nous percevons une menace. Il prépare l'organisme à réagir par la fuite ou le combat. Il entraîne la libération de catécholamines : noradrénaline et adrénaline. Cela engendre une augmentation de la fréquence cardiaque, une augmentation de la pression artérielle, une vasoconstriction des viscères et une vasodilatation des muscles.
- L'axe limbique-hypothalamo-hypophyso-surrénalien (LHHS) : Il est le principal système neuroendocrinien de réponse au stress. Cet axe s'active en même temps que le SNS et libère les glucocorticoïdes, participant alors à la réponse de l'organisme.

Le thalamus étant centre de relais, il transmet les informations sensorielles reçues par deux voies : une voie courte et rapide (voie thalamo-amygdalienne) et voie longue et complexe (voie thalamo-cortico-amygdalienne) (19).

- Voie thalamo-amygdalienne : le thalamus active l'amygdale. L'amygdale « s'allume » et permet une réponse émotionnelle rapide avant même que le danger soit reconnu par le cortex. Par exemple : vous apercevez un obstacle sur la route alors que vous

conduisez. Le thalamus perçoit le danger par le sens visuel, l'amygdale y répond en préparant l'organisme à réagir : sécrétion d'adrénaline et de glucocorticoïdes.

- Voie thalamo-cortico-amygdalienne : le thalamus envoie les informations sensorielles au cortex qui analyse le contexte et communique avec l'hippocampe pour trouver une réponse adaptée en fonction des expériences vécues, des connaissances et de la mémoire autobiographique. Nous parlons de cortex « associatif ». Par exemple : l'obstacle sur la route est comparé aux expériences de conduite, les différentes options sont alors analysées : contourner l'obstacle, s'arrêter, klaxonner... Cette voie permet de moduler/atténuer l'activation de l'amygdale. L'hippocampe peut ensuite intégrer l'expérience et la classer en mémoire autobiographique pour créer un nouvel apprentissage.

Dans le stress dit « adapté », ces deux voies fonctionnent en parallèle. La réponse de la voie longue, grâce notamment à la comparaison aux souvenirs et expériences similaires, permet d'inhiber la sécrétion d'adrénaline et de glucocorticoïdes. L'organisme peut alors retrouver son état de base.

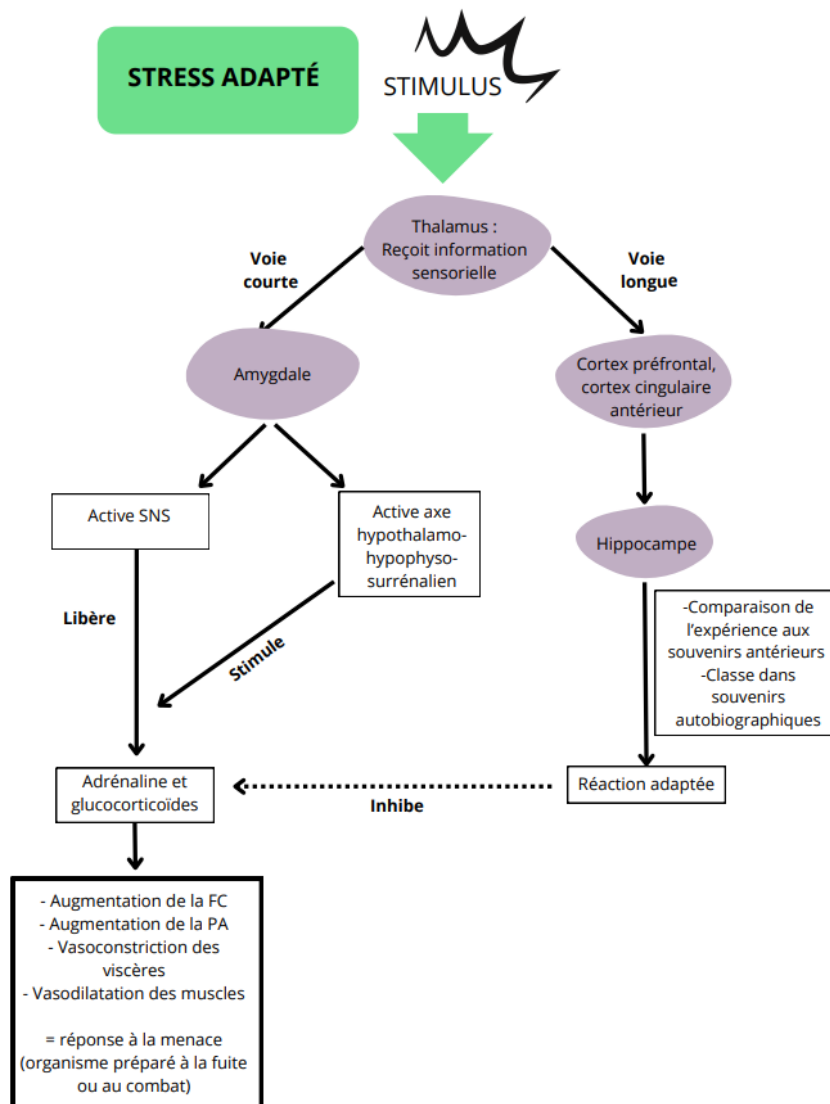


Figure 1 : Schéma du stress adapté

Dans le stress dit « dépassé », la voie courte est privilégiée, générant ainsi une libération massive d'adrénaline et de glucocorticoïdes. La voie longue, quant à elle, reçoit peu d'informations contextuelles et ne permet pas la comparaison aux expériences similaires, ni l'intégration de ce souvenir dans l'hippocampe. Ce manque d'information ne permet pas l'inhibition de l'axe SNS. L'organisme arrive alors à saturation d'adrénaline et de glucocorticoïdes, et pour le protéger d'un risque vital, il sécrète massivement des molécules « morphine-like » (endorphines, antagonistes des récepteurs NMDA) entraînant la dissociation de l'appareil psychique.

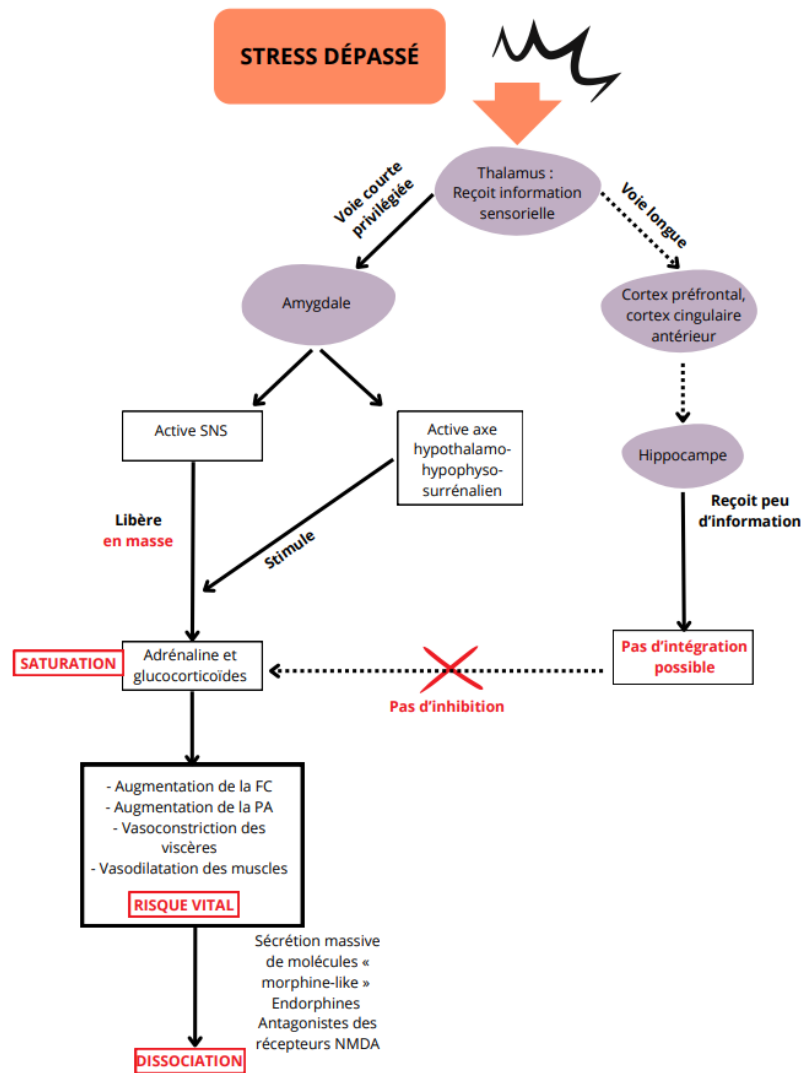


Figure 2 : Schéma du stress dépassé

Les conséquences de ces réponses neurobiologiques :

Le cortex et l'hippocampe n'ayant pas intégré le souvenir de façon fonctionnelle, les stimuli semblables à ceux perçus lors de l'événement traumatique réactiveront alors en boucle l'amygdale sans régulation. L'amygdale devient alors hypersensible et se met en état d'alerte à chaque élément contextuel qui rappelle le traumatisme vécu, à chaque indice évocateur du trauma, ce qui peut entraîner des reviviscences et donner l'impression de revivre les violences. Elle active dans le même temps les réponses émotionnelles du stress (axes LHHS et SNS), générant la même détresse que lors de l'événement traumatique. (20)

Les conséquences psychiques et physiques de ce stress généré par l'exposition aux stimuli évocateurs de trauma sont les mêmes que lors du traumatisme initial : sidération, détresse, risque vital. La sécrétion des hormones morphine-like et kétamine-like aura de moins en moins l'effet dissociant du fait de l'accoutumance du cerveau à ces drogues, et une dissociation provoquée sera alors parfois recherchée.

La dissociation est reconnue comme un des facteurs de risque de revictimisation (21). Cela serait en partie dû aux difficultés à être en relation avec ses émotions, ses ressentis internes, ainsi qu'aux difficultés à identifier les signaux de danger de son environnement.

« Plus les agressions ont duré dans le temps et moins l'enfant a eu la possibilité d'accéder à des personnes qui pouvaient le protéger, plus il y a le risque d'un état dissociatif. Cette dissociation peut être cognitive : l'enfant présente un état semi-amnésique par rapport aux agressions. Elle peut être corporelle : l'enfant ne ressent plus de sensations dans la zone agressée, ce qui peut entraîner des problèmes d'encoprésie ou d'énurésie car l'enfant ne ressent plus les signaux corporels au niveau du bassin pour uriner ou déféquer. La dissociation peut aussi être émotionnelle : l'enfant ne ressent pas d'émotions quand les agressions sont évoquées. Certains enfants se décrivent comme étant congelés ou dans un brouillard. Pourtant les émotions sont présentes mais sortent de façon disproportionnée face aux éléments qui semblent anodins mais qui activent une sensation de peur, de colère ou de tristesse. » Karen Sadlier (22)

En plus des axes SNS et LHHS, les systèmes sérotoninergique et immunitaire peuvent également être impliqués. Tous ces systèmes sont connectés. Le dérèglement d'un peut entraîner des altérations dans d'autres. Les dérèglements de ces systèmes entraînent les symptômes du TSPT.

b) Les modèles comportementaux

Le modèle du conditionnement de Mowrer (1960) :

Le modèle comportemental de Mowrer est un modèle bi-factoriel (23). Il s'inspire des travaux de Pavlov et de Skinner sur les mécanismes d'apprentissage. Ce modèle explique tant les réponses de peur que l'évitement. Il a été repris par la suite par Becker et al. (1984) puis Keane et al. (1985) pour le décrire dans le trauma.

L'événement traumatique est un stimulus inconditionnel (non appris) composé de divers stimuli (bruits, odeurs, objets, cognitions, sensations physique) normalement neutres. Avant l'événement, ces stimuli ne provoquaient pas de réaction. Par le conditionnement classique aversif de l'événement, ces stimuli neutres deviennent des stimuli conditionnels.

Les expositions suivantes à ces stimuli entraînent donc une réponse conditionnée, c'est-à-dire une réponse émotionnelle et physiologique intense similaire à celle provoquée par l'événement traumatisant : anxiété, détresse, peur.

Pour faire face, la réponse opérante devient l'évitement. L'apprentissage de comportements d'évitement est ce que nous appelons le conditionnement opérant.

Le conditionnement classique (apprentissage des réponses de peur) et le conditionnement opérant expliquent le développement et le maintien des symptômes du TSPT (24).

Le modèle de Mowrer est toutefois considéré incomplet pour une utilisation dans TSPT du fait de l'absence d'explication sur l'hyperactivité neurovégétative. Ce modèle ne permet pas de distinguer phobie et TSPT.

Le modèle du traitement émotionnel de Foa et Kozak (1986) et Foa et al. (1989) :

En 1986 Foa et Kozak établissent un modèle du traitement émotionnel de la peur (25). En 1989 ce modèle est repris par Foa et al (26) pour conceptualiser le TSPT. En se basant sur

les différents modèles comportementaux (celui de Mowrer notamment) et le modèle du traitement émotionnel de la peur, ils y ajoutent deux variables essentielles : l'incontrôlabilité et l'imprévisibilité.

L'incontrôlabilité et l'imprévisibilité sont les deux caractéristiques de l'événement traumatisant qui viennent ébranler les croyances de l'individu sur la confiance qu'il peut avoir en lui et en son environnement, ainsi que sur sa capacité à discerner un élément sécurisant d'un élément dangereux (lieu, personne, situation...).

De ce fait, plusieurs stimuli perçus neutres ou sécurisants avant l'événement deviennent associés au danger et s'incorporent à la structure de la peur (25). Les croyances préexistantes sur la sécurité, la prévisibilité et le contrôle, sont rompues. L'individu développe une hyperactivité neurovégétative.

« En l'absence d'informations sur le danger, la plupart des individus supposent qu'une situation est sans danger. Pour la personne souffrant de TSPT, l'absence de signaux de sécurité peut être interprétée comme une situation dangereuse. Comme il est pratiquement impossible de fournir suffisamment de signaux de sécurité dans une situation donnée pour qu'il n'y ait pas de danger, la personne souffrant d'un stress post-traumatique est toujours sur le qui-vive. » (26)

Ils ont d'ailleurs étudié quelques années plus tard, en 1992, ces deux variables que sont l'imprévisibilité et l'incontrôlabilité dans le TSPT sur les animaux. (27)

En développant le modèle du traitement émotionnel de la peur en 1986, Foa et Kozak (25) suggèrent ainsi l'efficacité d'une thérapie par exposition : le processus d'habituation au cours de sessions (courtes) constituerait une information qui permettrait de modifier la structure de la peur. Lorsque les réponses physiologiques diminuent au cours de l'exposition, des informations interoceptives sur l'absence d'hyperactivation neurovégétative sont intégrées.

Ces informations interoceptives sont incompatibles avec les informations contenues dans la structure de la peur et, par conséquent, affaiblissent les liens préexistants entre le stimulus et les réponses de peur. Les réponses de peur deviennent alors moins susceptibles d'être déclenchées.

Ces modèles (neurobiologique et comportementaux) permettent de comprendre les mécanismes à l'œuvre lors de l'exposition de l'enfant à l'auteur des violences, tant au moment de l'effraction traumatique que lors des expositions ultérieures. En effet, la dissociation et les réactions de stress face à des stimuli évocateurs de trauma apparaissent souvent inaperçues ou incomprises par les tiers qui encadrent l'enfant. Un enfant qui s'agite lorsqu'il se retrouve exposé à une certaine odeur (parfois même alors que son agresseur n'est pas présent), peut être un enfant confronté à un indice évocateur de trauma. Un enfant calme lors d'une visite médiatisée avec son parent, peut être un enfant dissocié.

5. Psychotraumatisme complexe, psychotraumatisme développemental :

En 2019, la Classification internationale des maladies (CIM)-11 a intégré le trouble de stress post traumatique complexe (TSPT-C). Il est défini comme un *« trouble qui peut apparaître après une exposition à un événement ou à une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou terrifiante, le plus souvent prolongés ou à des événements répétitifs dont il est difficile ou impossible de s'échapper (par exemple torture, esclavage, campagnes de génocide, violence domestique prolongée, abus sexuel ou maltraitance physique sur des enfants). Tous les critères de diagnostic du TSPT sont satisfaits. En outre, le TSPT complexe se caractérise de façon sévère et persistante par des problèmes de régulation de l'affect ; l'impression d'être diminué, vaincu ou inutile, accompagnée de sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec en lien avec l'événement traumatique ; et des difficultés à entretenir les relations et à se sentir proche des autres. Ces symptômes entraînent une déficience significative*

dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants. » (28)

Le diagnostic de TSPT-C nécessite la présence des symptômes de TSPT et de catégories supplémentaires de symptômes : dysrégulation des affects, vision négative de soi et difficultés relationnelles. Ils sont le signe de perturbations dans l'organisation du self. (29)

Lorsque qu'un traumatisme chronique ou prolongé débute dans l'enfance ou dans l'adolescence, en particulier s'il est de caractère interpersonnel, la trajectoire développementale est impactée. Le développement de l'enfant est perturbé dans plusieurs sphères : cognitive, intellectuelle, affective, relationnelle. Cela engendre de nombreuses comorbidités. Le National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) et ses membres conceptualisent au début des années 2000 le « trouble développemental traumatique » (Developmental trauma disorder) (30–33). Parmi les critères diagnostiques du trouble développemental traumatique sont identifiés : l'exposition effective en tant que témoin ou victime à des événements traumatiques multiples ou prolongés durant l'enfance ou l'adolescence, la dérégulation affective et physiologique, la dérégulation attentionnelle et comportementale, la dérégulation relationnelle et du Soi, les symptômes du TSPT et l'impact fonctionnel des troubles. C'est l'association du TSPT, de comorbidités et de l'altération de la trajectoire développementale (qui entraîne un trouble de l'organisation du Soi) qui définissent ce que nous pouvons appeler « psychotraumatisme développemental ».

Ainsi, chez l'enfant et l'adolescent, des sujets en développement, nous préférons utiliser le terme de « psychotraumatisme développemental » que celui de TSPT-C, qui lui, n'englobe pas l'impact développemental des traumatismes multiples ou prolongés et correspond alors davantage aux sujets adultes.

Le TSPT-C et le Trouble développemental traumatique (TDT) n'ont pas été inclus dans le DSM-V.

C. L'impact développemental

L'enfance et l'adolescence sont des périodes de développement caractérisées par une activité cérébrale marquée, bien que la majeure partie de l'activité (par exemple, la réorganisation synaptique, le dépôt de myéline et la mort des cellules neuronales) se produise pendant la période périnatale et la petite enfance. À l'âge de 2 ans, le poids total du cerveau représente 75% du poids du cerveau adulte, avec des augmentations linéaires jusqu'à ce que l'enfant ait environ 10 ans. (34,35)

Par conséquent, tout traumatisme cérébral survenant au cours de cette période est susceptible de perturber les processus neurodéveloppementaux typiques et de contribuer à des conséquences négatives à long terme. Un stress prolongé ou une exposition prolongée aux glucocorticoïdes (c'est-à-dire les stéroïdes surrénaliens sécrétés en cas de stress) et à des niveaux élevés de catécholamines (résultant d'un dérèglement des systèmes de réponse au stress) pendant cette période est susceptible d'affecter négativement le développement du cerveau. (18)

En effet, le stress lié à la maltraitance des enfants a été associé à des altérations des systèmes neurobiologiques fortement impliqués dans la maturation du cerveau, le développement cognitif et la régulation émotionnelle/comportementale. (36)

1. Conséquences socio-affectives et comportementales

a) Sur le plan socio-affectif

La qualité de la relation parent-enfant joue un rôle crucial dans le développement du sentiment de sécurité de l'enfant. Un attachement sécurisé permet d'explorer le monde, de faire de nouvelles expériences et d'enrichir son registre de stratégies de coping. Un attachement sécurisé aide aussi les enfants à moduler leurs émotions dans différents contextes (37). Cependant, dans les situations de violences intrafamiliales, cet attachement est souvent perturbé, rendant difficiles les apprentissages sereins, le développement d'habiletés sociales et la formation de théories positives sur soi-même, autrui et le monde. La théorie de l'attachement sera développée ultérieurement.

Les enfants qui ont été victimes de violences répétées présentent souvent une pauvre diversité du registre émotionnel, qui peut se traduire par une difficulté à exprimer leurs sentiments et à développer des modes relationnels positifs. La dysrégulation des processus émotionnels chez ces enfants peut avoir un impact négatif sur leur comportement social et leur bien-être général. (38)

Cette difficulté à identifier ou à différencier et exprimer ses propres émotions ou celles d'autrui, connue sous le nom d'alexithymie, est fréquente chez les victimes de violences infantiles (39).

Ces enfants peuvent éprouver des difficultés dans l'ajustement relationnel en raison de leur perception altérée des interactions interpersonnelles (40). Cette perturbation de la sécurité interne et relationnelle affecte leur engagement dans les relations, qui oscille entre le retrait et la méfiance d'un côté, et un désir excessif de relation à l'autre. Leur lecture des émotions, des intentions ou des actions d'autrui peut être perturbée (par exemple, percevoir un stimulus neutre comme dangereux). Ainsi, ces difficultés à percevoir et comprendre les signaux de

communication émis par autrui, à reconnaître les émotions ou à comprendre les rôles sociaux complexes rendent difficile le choix d'une réponse adaptée, tant verbale que non-verbale, face à une situation sociale donnée. (41–43)

Ils peuvent également rencontrer des difficultés à se mettre à la place de l'autre, montrant ainsi des anomalies dans le développement de l'empathie (40).

b) Sur le plan comportemental

Les stratégies de coping sont les efforts cognitifs et comportements déployés par un individu pour faire face aux difficultés, aux situations stressantes et aux émotions négatives. Ces stratégies ont pour but de réguler les émotions. Elles peuvent être adaptatives (fonctionnelles) ou non-adaptatives (dysfonctionnelles). Une stratégie de coping adaptative entraînera des conséquences positives tandis qu'une stratégie de coping non-adaptative entraînera des conséquences néfastes ou destructrices. Nous en développons de plusieurs manières au cours de notre vie : celles que nous transmettent nos figures d'attachement, celles que nous créons à la suite d'expériences d'adversité et par la créativité et celles que nous prenons de nos pairs.

Les stratégies de coping jouent un rôle essentiel dans la vie d'un individu en régulant les processus émotionnels et en favorisant la capacité à faire des nouvelles expériences mais également à accepter d'expérimenter l'échec. Elles permettent de faire face aux défis et aux émotions, mais aussi de développer des attachements sécurisés et de construire des théories cohérentes concernant soi-même, autrui et le monde.

Le fait de grandir dans une cellule familiale où règne la violence, d'en être témoin ou victime directe de façon répétée, favorise le développement de stratégies de coping non-adaptatives, dites « *de survie* ». Ces dernières peuvent être des comportements agressifs,

impulsifs, des troubles d'opposition, de délinquance ou de consommations abusive de drogue ou d'alcool (44–46).

La dissociation peut également devenir une stratégie de coping. Elle est définie par une perturbation de l'intégration subjective d'un ou plusieurs aspects du fonctionnement psychologique, comme la mémoire, la conscience, la perception et le contrôle moteur (21,47). Il s'agit d'un mécanisme neurobiologique de gestion des émotions négatives perçues comme trop intenses comme nous l'avons évoqué plus haut. Lors de victimisation chronique, la dissociation peut devenir un mécanisme de défense vis-à-vis d'émotions ou d'expériences trop difficiles (21,48). Elle peut être inconsciente ou déclenchée par des conduites dissociatives. Il s'agit d'un processus adaptatif (49).

2. Conséquences neurobiologiques et cognitives

Comme indiqué dans la partie « Neurobiologie du trauma », le stress chronique modifie les systèmes neuroendocriniens et neurotransmetteurs.

Les processus cognitifs tels que la mémoire, l'attention, le langage, les fonctions exécutives et les fonctions visuo-spatiales peuvent être altérés (50–53).

Au niveau des fonctions exécutives, ces altérations impactent les capacités d'analyse, de planification, d'anticipation et d'inhibition. Cela peut affecter la capacité de l'enfant à prendre des décisions et à s'adapter aux situations. Leur habilité à résoudre des problèmes (52) peut également être perturbée en raison du manque de flexibilité cognitive.

Le développement du langage oral et écrit, sur les versants réceptif (compréhensif) et expressif peut être ralenti. Cela entraîne alors très souvent des difficultés dans les apprentissages. (44,54)

En ce qui concerne les fonctions mnésiques, l'impact du psychotraumatisme développemental se reflète dans les mémoires autobiographiques, qui peuvent être désorganisées ou non sécurisées, perturbant ainsi le développement identitaire et la perception de soi. De nombreux enfants peuvent avoir du mal à se souvenir de leur propre histoire (55).

Ces conséquences cumulatives peuvent se traduire par des retards dans le niveau scolaire par rapport à l'âge (56,57).

3. Conséquences physiques

Plusieurs études ont montré que les expériences d'adversités au cours de l'enfance peuvent avoir des effets néfastes sur la santé à long terme. La première étude a été réalisée par Vincent Felitti et ses collaborateurs en 1998 (58). Cette première étude, à grande échelle, a permis de se rendre compte du lien entre les événements de vie dits *d'adversité* durant l'enfance et l'apparition de problématiques de santé à l'âge adulte. Le modèle du risque cumulatif émerge (*cumulative risk approach*) : plus un individu est confronté à de l'adversité durant l'enfance et l'adolescence, plus il présentera de risques de développer des problèmes de santé une fois adulte.

Les expériences d'adversité dans l'enfance (ACE en anglais pour Adverse Childhood Experience) ont été définies comme « *des événements de l'enfance, de gravité variable et souvent chroniques, survenant dans l'environnement familial ou social d'un enfant, qui causent un préjudice ou une détresse, perturbant ainsi la santé et le développement psychique ou psychologique de l'enfant* » (59).

Il est important de souligner que les risques des ACEs sur la santé sont influencés par le contexte socio-économique, environnemental et culturel du pays, et non pas uniquement par l'environnement familial. (60)

Le fait d’être exposé à des facteurs de stress aigus ou chroniques pendant les périodes sensibles du développement de l’enfant, et d’être ainsi exposé de façon répétée aux réponses biologiques, peut être considéré comme un facteur de risque important vis-à-vis de l’apparition de pathologies physiques à l’âge adulte. (61)

Nous avons vu également dans le modèle neurobiologique du psychotraumatisme que le stress chronique peut affecter le système immunitaire.

Quels effets sur la santé physique à l’âge adulte les expériences d’adversités vécus durant l’enfance peuvent-ils avoir ? Depuis une dizaine d’années, le concept de risque cumulatif a fait émerger des recherches et la littérature sur ce sujet continue de s’enrichir. Ainsi, il a été retrouvé que les maladies pulmonaires (58), le diabète de type 2 (62), l’augmentation du risque de développer un cancer (61,63), les maladies cardiovasculaires (64), l’obésité (65) et la maladie d’Alzheimer (66), peuvent être, en plus des conséquences psychologiques, neurobiologiques et cognitives, des conséquences physiques au long terme.

Figure 3.1

Enchevêtrement des répercussions

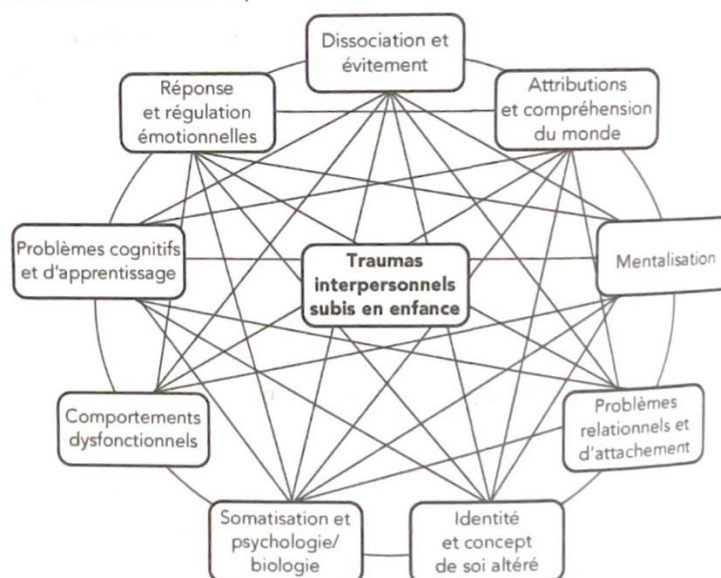


Figure 3 : Milot T, Collin-Vézina D, Godbout N. Trauma complexe : comprendre, évaluer et intervenir. Québec (Québec): Presses de l’Université du Québec (Québec); 2018.(21)

L'impact développemental du psychotraumatisme répété dans l'enfance est néanmoins dépendant de plusieurs facteurs.

Les facteurs aggravants sont la sévérité des violences, leur précocité, leur récurrence et la cooccurrence de formes de maltraitances. Plus ces facteurs aggravants se cumulent, plus les impacts à court et à long terme sont importants et irréversibles sur le plan neurobiologique (39).

Le facteur « précocité » serait en grande partie attribuable à la plus grande vulnérabilité des tout-petits. La plasticité cérébrale est maximale de 0 à 36 mois, période particulièrement sensible. Cependant, la croissance du cerveau de l'enfant est inhomogène car elle débute en prénatal et se poursuit jusqu'à la fin de l'adolescence, avec certaines zones qui se développent plus précocement et plus rapidement. Les régions hippocampiques sont plus vulnérables au stress de la naissance à 2 ans, tandis que les régions frontales se développent jusqu'à la fin de l'adolescence et sont donc plus sensibles aux traumatismes plus tardifs (39,67).

Le facteur « cooccurrence » correspond au cumul des expériences vécues, de la même façon que le décrit le modèle cumulatif des risques des expériences d'adversité dans l'enfance. Nous parlons de polyvictimisation lorsque ces expériences sont des expériences traumatiques (différentes formes de maltraitance par exemple). Les événements d'adversités tels que le contexte socio-économique, les séparations parentales, ou toute autre forme de stress qui ne constitue pas sur le plan clinique des psychotraumatismes, n'entrent pas dans la définition. Par ailleurs, plus la première victimisation est vécue en bas âge, plus le risque de victimisation répétée est élevé.

La maltraitance est reconnue comme un facteur de risque de la revictimisation et de la polyvictimisation (68).

D. Comorbidités

Environ 75% des enfants présentant un TSPT développent un trouble comorbide. (8)

Les troubles dépressifs, l'anxiété et les troubles addictifs représentent les conséquences documentées des violences pour lesquelles les évidences scientifiques sont les plus solides.(69)

Nous distinguons les comorbidités internalisées et les comorbidités externalisées.

1. Comorbidités internalisées : troubles anxieux et troubles dépressifs

Les troubles anxieux regroupent un ensemble de sous-types, parmi lesquels nous retrouvons : l'anxiété généralisée, les phobies spécifiques, le trouble panique, le trouble obsessionnel-compulsif, l'anxiété de séparation. Ce dernier sous-type, l'anxiété de séparation, est principalement observé chez les enfants et se manifeste par une peur excessive de la séparation avec les figures d'attachements.

Les symptômes dépressifs tels que la tristesse persistante, l'anhédonie, l'aboulie, les perturbations des fonctions instinctuelles (appétit et sommeil) sont également fréquents chez les enfants et adolescents souffrant de TSPT.

Des études ont montré que ces enfants et adolescents présentent un risque accru de tentative de suicide par rapport à la population générale, nécessitant une attention clinique particulière. Ce risque peut persister à l'âge adulte (10).

Nous retrouvons également des somatisations multiples chez ces enfants et adolescents. Il s'agit de manifestations physiques de détresse psychologique. Les symptômes somatiques les plus fréquemment observés sont les maux de ventre, les céphalées et la fatigue. Ces

symptômes peuvent interférer avec les activités quotidiennes et nécessitent une évaluation médicale pour exclure une cause somatique avant de conclure à une origine psychosomatique.

2. Comorbidités externalisées : consommations d'alcool ou de toxique, troubles du comportement, conduites à risques

Les consommations de substances sont généralement le résultat de développement de stratégies de coping non-adaptatives. Le but recherché lors de ces consommations est très souvent l'anxiolyse, un état d'apaisement, voire parfois un état proche de la dissociation.

Nous retrouvons également fréquemment des troubles du comportement chez les enfants souffrant de TSPT, tels que l'agressivité, la colère ou l'opposition (10). Là encore, ces comportements sont généralement le résultat de développement de stratégies de coping non-adaptatives ou l'expression d'un mal-être.

Les conduites à risque ont souvent comme objectif soit la dissociation, soit la recherche de sensation lorsque l'enfant ou l'adolescent ressent une dissociation corporelle et/ou émotionnelle. Ainsi, la recherche de sensations fortes, les automutilations, les comportements sexuels à risque, les mises en danger sur la voie publique (...) sont des comportements fréquemment retrouvés chez ces jeunes (10).

A plus long terme : le développement de trouble de personnalité et la survenue de violences dans les relations intimes (ex : conjugale, parentale) sont également documentés.

II. Le maintien du lien : de la théorie à la réalité

Lorsque nous parlons de lien familial, nous pensons en premier lieu au lien physique direct entre un parent et son enfant, au domicile ou lors de visites médiatisées. Mais le lien peut

également être indirect (envoi de lettre, appels téléphoniques, cadeau transmis à l'assistante familiale...) ou administratif (autorité parentale).

Tous ces types de liens doivent être pris en compte :

- Recevoir un colis, bien que la fonction symbolique du geste soit positive, peut être perçu comme un indice externe évoquant l'auteur des violences et donc réactiver la détresse psychique et le stress physiologique.
- Le lien administratif peut représenter un frein dans les prises en soins, dans la mesure où un suivi psychothérapeutique requière l'accord des titulaires de l'autorité parentale.

Mais la question du maintien ou non du lien, est une question qui divise les cliniciens. Cette question divise également les magistrats, et sera explorée en partie IV.

Pourquoi divise-t-elle les pédopsychiatres ? Le lien est un concept sacré pour certains. Le maintien ou non du lien, doit s'explorer sous trois angles : la théorie, la réalité, et les alternatives.

A. Théorie

1. Représentations sociales du lien familial

Une représentation sociale est définie comme un ensemble d'informations, de croyances, d'attitudes et d'opinions à propos d'un objet donné.

Les représentations sociales de la famille et des liens familiaux, en particulier les liens parents-enfants, sont façonnées par des normes culturelles et historiques qui valorisent la cohésion familiale. La famille est souvent perçue comme une institution sacrée et indissoluble. Le *familialisme* est l'idéologie culturelle qui donne la priorité aux liens familiaux sur l'individu.

Ces liens sont souvent idéalisés comme étant chaleureux, empreints de soutien mutuel, d'amour inconditionnel et de protection. (70–72)

La dissonance entre l'image de la famille comme refuge sécurisant et la réalité de la violence intrafamiliale peut créer un conflit interne. Dans ces situations, la rupture des liens parent-enfant, bien que cruciale pour la sécurité et le bien-être des enfants, peut être perçue négativement par la société et les individus attachés aux valeurs familialistes.

Maurice Berger, dans son ouvrage « L'échec de la protection de l'enfance » écrit « *Le maintien du lien physique réel entre le parent et ses parents a une valeur absolue et intouchable. Or la valeur d'un lien n'existe pas en soi. Il existe des liens positifs, qui fournissent un étayage indispensable au développement psychique de l'enfant et qui lui permettent d'organiser son monde interne. Il existe des liens négatifs, traumatiques, qui sont source d'excitation violente, douloureuse, brusque, prématurée, angoissante. Des liens gravement désorganiseurs, qui ne permettent que l'établissement de processus pathologiques d'attachement, d'identification.*

L'idéologie du lien familial l'emporte lorsque se produit une identification massive de l'intervenant à la souffrance des parents au détriment de l'identification à la souffrance et à la terreur ressenties par l'enfant. Seule est alors envisagée, par exemple, la violence que constitue une séparation pour les parents, au détriment de la violence ressentie par l'enfant dans certaines situations. Nous sommes tous soumis à un tel tiraillement, car dans les représentations du lien parents-enfant qui sont alors mobilisées, nous sommes concernés personnellement dans la mesure où nous sommes tous des enfants de parents, et, pour beaucoup, des parents d'enfants. » (73)

Le maintien des liens familiaux peut-il avoir pour objectif de soutenir la construction identitaire de l'enfant, au travers de la filiation, de ses origines biologiques et de son histoire ? La question de l'attachement semble centrale également.

2. Attachement

Développée en 1958 par John Bowlby (74,75), la théorie de l'attachement explore les aspects qui caractérisent les relations entre les êtres humains. Son principe de base est qu'un enfant a besoin d'une figure d'attachement pour pouvoir connaître un développement émotionnel et social équilibré. Ce lien avec sa figure d'attachement doit s'élaborer dans la durée, la disponibilité et la qualité des soins.

Selon la théorie de l'attachement, les figures d'attachement (généralement les parents) représentent une source de réconfort pour les enfants. Lorsque ces derniers présentent un état de détresse, ils vont rechercher la sécurité affective auprès de leur figure d'attachement pour retrouver un état d'homéostasie émotionnelle.

Au cours des années 1960-1970, Mary Ainsworth (76) va étoffer la théorie de l'attachement de Bowlby en distinguant les attachements dits « sécurés » et ceux dits « insécures ». Elle identifiera quatre types d'attachement :

- L'attachement sécurés : la figure d'attachement répond de manière appropriée, rapide et cohérente aux demandes de l'enfant. Elle représente une base de sécurité et l'enfant recherche sa proximité et sa réassurance lors des états de détresse. L'enfant sécurés peut explorer le monde et se développer de façon équilibrée sur le plan socio-affectif.
- L'attachement évitant (insécure) : la figure d'attachement ne répond pas ou peu aux demandes de l'enfant. L'enfant est insécure et présente une inhibition de l'expression de ses émotions. Il ne manifeste pas ou peu de signes de détresse et pas ou peu de signes d'apaisement auprès de sa figure d'attachement.
- L'attachement anxieux-ambivalent ou résistant (insécure) : la figure d'attachement répond aux demandes de l'enfant de façon incohérente et instable. Elle ne représente pas une base de sécurité. L'enfant peut manifester une grande détresse lors de la

séparation avec sa figure d'attachement et chercher un contact permanent avec celle-ci sans pour autant être rassuré.

- L'attachement désorganisé (insécure) : la figure d'attachement a une attitude figée, en retrait, négative voire violente envers l'enfant. L'enfant développe une peur de sa figure d'attachement et peut à son tour manifester de la violence ou adopter une attitude de retrait.

En contexte de violences intrafamiliales, la détresse de l'enfant peut être provoquée par ses propres parents, par des comportements violents ou de retrait. L'enfant se retrouve alors dans une situation ambiguë, car la personne devant assurer sa sécurité affective est également la source de sa peur. Venir se sécuriser auprès de son parent n'est alors plus une stratégie efficace. (21)

Une série de méta-analyses réalisée en 2010 sur l'attachement dans les familles maltraitantes (77) révèle que les victimes de maltraitances intrafamiliales ont un risque élevé de développer un attachement désorganisé, insécure-ambivalent ou insécure-évitant. Les enfants négligés semblent plus à risque de développer un attachement insécure-évitant tandis que les enfants victimes de violence physique tendent à développer un attachement désorganisé. Dans certaines études, les auteurs retrouvent jusqu'à 90% d'enfants victimes ayant un attachement désorganisé (78).

Une étude qualitative sur la « Représentation des liens familiaux chez des adultes qui ont été placés précocement » (79) publiée en 2022 retrouve chez une majorité des participants que les contacts avec les parents ont été trop insécurisants ou décevants pour favoriser un attachement durable. Ce qui soutient la construction du lien chez les participants de l'étude, au moment où ils sont adultes, c'est leur désir de connaître leurs origines biologiques et biographiques. « *Le*

lien recherché par les participants est de l'ordre de la représentation, il s'appuie sur la reconnaissance d'une ressemblance physique ou de caractère, et sur des récits. »

3. La question de la loyauté

La loyauté est une qualité morale. Elle est définie par un dévouement à l'égard d'une personne ou d'une cause.

Le « conflit de loyauté » est défini par l'impossibilité pour quelqu'un de choisir entre deux exigences contraires, ce choix impliquant le plus souvent les sentiments envers deux personnes qui lui sont chères (définition du dictionnaire français Larousse). Le « conflit de loyauté » est une expression fréquemment entendue lorsque nous parlons d'un enfant au sein d'un conflit parental. Par exemple, lorsque l'enfant se sent contraint de prendre parti pour l'un de ses parents, ou lorsque nous lui demandons de cautionner ou non un comportement d'un de ses parents.

Or, l'expérience montre que la plupart des enfants idéalisent leurs parents, y compris les enfants victimes de violences intrafamiliales qui expriment très souvent un respect et une loyauté envers eux. Leurs parents ne peuvent être critiqués et leur idéalisation s'accompagne très souvent d'un déni (73). Tous les enfants ne vivent pas de conflits de loyauté. Cependant, dans le cadre de violences intrafamiliales, les sentiments envers leurs parents sont souvent ambivalents. L'enfant peut ressentir envers son parent violent de l'amour et de l'affection, mais également de la peur et de la colère. *« Certains peuvent préférer faire alliance avec un parent ou se détacher d'un parent parce qu'un tel éloignement relationnel est réaliste et justifié. Cependant, ces alliances ou ces manifestations de rejet sont généralement temporaires et coexistent avec des manifestations d'amour et d'affection envers les deux parents. Un accompagnement est souvent nécessaire pour soutenir l'enfant à travers ses ambivalences, tout*

en respectant son droit et son besoin d'exprimer son amour envers ses parents. » (Andrée Fortin (80))

La question de la loyauté apparaît également lors des placements. Quelle place pour l'attachement envers leur famille d'accueil ? Le sentiment de loyauté envers ses parents biologiques peut apparaître comme un obstacle au développement de toute autre forme de lien ou d'attachement.

Certains auteurs parlent également de « conflit d'attachement » ou de « conflit de protection ». Le conflit de loyauté repose plus sur une recherche de bien-être, tandis que pour Karen Sadlier, dans le cadre de violences conjugales où l'enfant y est exposé, le terme conflit de protection serait plus juste. En effet, au sein des violences conjugales avec enfant, ce dernier se focalise sur la sécurité de ses parents ainsi que la sienne. Ses conflits internes concernant ses choix sont donc guidés par une recherche de sécurité plus qu'une recherche de bien-être. Le conflit de protection peut co-exister avec un conflit de loyauté. (81)

Dans la justice civile des mineurs, le conflit de loyauté est régulièrement évoqué par les parents, tant devant le juge aux affaires familiales pour les questions relatives à la garde, aux droits de visite ou l'autorité parentale, que devant le juge des enfants pour les procédures judiciaires relatives à la protection de l'enfance. Pendant plusieurs années, le conflit de loyauté était confondu avec ce qui était appelé le « syndrome d'aliénation parentale ».

4. Le syndrome d'aliénation parentale : le danger d'un concept infondé

Au début des années 1980, Richard Gardner, psychiatre américain, développe une théorie qu'il appelle « Syndrome d'Aliénation Parentale ».

Il le définit ainsi : « *Trouble de l'enfance qui survient presque exclusivement en contexte de disputes concernant la garde de l'enfant. Sa principale manifestation consiste en une campagne de dénigrement injustifiée, menée par l'enfant contre un parent. Cette situation résulte de l'endoctrinement de l'enfant par un parent qui use de stratégies de programmation (lavage de cerveau), combiné aux contributions de l'enfant lui-même à l'avilissement du parent visé.* »

Gardner évoque huit symptômes qui apparaissent chez l'enfant (82,83) :

1. Une campagne de dénigrement à l'encontre du parent ciblé
2. Des rationalisations souvent faibles ou absurdes venant justifier ce dénigrement
3. Une d'ambivalence vis-à-vis du parent ciblé
4. Le phénomène de « penseur indépendant » : c'est à dire que le parent qui vit avec l'enfant va insister sur le fait que l'enfant a sa propre pensée et qu'il n'y a pas d'intervention du parent dans son opinion.
5. L'absence de culpabilité vis-à-vis de la façon de traiter le parent aliéné
6. La prise de position avec un soutien intentionnel et absolu au parent « favori », décrit comme le parent aliénant dans le conflit.
7. L'usage de « scénarios empruntés » ou de phrases empruntées au parent aliénant.
8. L'extension du dénigrement à toute la famille et à l'entourage du parent ciblé.

Cette théorie a été grandement décriée, à la fois par son manque de fondement scientifique mais également car Gardner a publié de nombreux ouvrages faisant l'apologie de la pédophilie. (84,85)

Dans son même ouvrage où il évoque le SAP (Syndrome d'Aliénation Parentale), Gardner présente un outil qu'il a développé afin de déterminer si les abus sexuels allégués sont avérés ou inventés ; une échelle de légitimité des accusations des abus sexuels « Sexual Abuse

Legitimacy Scale (SALS) ». La publication de cette échelle, non validée, a fait l'outil de nombreux mésusages. (86)

Le SAP et la SALS ont été utilisés pour défendre des accusations d'abus sexuels sur mineurs dans nombreux cas juridiques.

Nombreuses associations ont alerté sur le fait que cette théorie (SAP) tend à faire taire les victimes ou à discréditer leur parole. Elle n'est ni reconnue par le DSM ni par la CIM. Cependant, encore beaucoup de magistrats utiliseraient ce concept partout dans le monde.

En France, en 2017, la ministre Laurence Rossignol demande l'inscription d'une fiche d'information sur le site du Ministère de la Justice afin d'interdire l'utilisation dans le cadre judiciaire du concept de SAP. Le ministère de la Justice publie une réponse dans le Journal Officiel à la suite de cette demande :

« Une note d'information a été mise en ligne sur le site intranet de la direction des affaires civiles et du sceau du ministère de la justice pour informer les magistrats du caractère controversé et non reconnu du syndrome d'aliénation parentale, les inciter à regarder avec prudence ce moyen lorsqu'il est soulevé en défense et leur rappeler que d'autres outils sont à leur disposition en matière civile pour faire face aux situations parfois réelles d'un parent qui tenterait d'éloigner progressivement l'enfant de l'autre parent ».

« Dans les cas de violences conjugales ou de violences faites aux enfants, l'allégation du « syndrome d'aliénation parentale » soulève de réelles difficultés. Elle conduit à discréditer la parole de la mère, exceptionnellement du père ou de l'enfant, et par conséquent à en nier le statut de victime en inversant les responsabilités. »

Cependant cette théorie est encore à ce jour à l'origine de débat pour être reconnue et utilisée.

En 2020 l’OMS publie une note d’information indiquant que le SAP n’est pas inscrit dans la CIM-11.

En 2021, le Parlement européen encourage les états de l’Union européenne « à ne pas reconnaître (le SAP) dans leur pratique judiciaire et leur droit ». (87) A l’étranger, la Catalogne a inscrit dans sa loi que l’usage du syndrome d’aliénation parentale est désormais considéré comme une violence institutionnelle. A Rome, le procureur général de la Cour de cassation a condamné l’usage de ce concept.

B. Réalité

1. La réactivation psychotraumatique et l’impact développemental

Rappelons le critère B du TSPT dans le DSM-V, en particulier les items 4 et 5 :

4. Sentiment intense ou prolongé **de détresse psychique lors de l’exposition à des indices internes ou externes** évoquant ou ressemblant à un aspect de l’événement traumatisant ;

5. **Réactions physiologiques marquées lors de l’exposition à des indices internes ou externes** pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

Lors d’une exposition au parent auteur de violences, au cours de visites par exemple, le sentiment de détresse psychique se réactive avec les réactions physiologiques. Les indices évocateurs de trauma (c’est-à-dire les stimuli conditionnés et les menaces « perçues ») provoquent une réactivation continue des systèmes de stress neurobiologiques. Les neurotransmetteurs jouant un rôle clé dans le développement du cerveau, le dérèglement du

système des catécholamines causé par un stress prolongé ou extrême peut avoir un impact sur la maturation et le développement du cerveau. Lorsque cette exposition est répétée, le stress physiologique se chronicise et, sur un cerveau en développement, vulnérable, l'impact neurocognitif et psycho-affectif sera majeur. (18)

Les événements survenus dans la vie de l'enfant après la maltraitance, tels que la révélation, la séparation avec l'auteur et les interventions thérapeutiques, peuvent favoriser la neurogenèse hippocampique et masquer toute différence qui aurait été présente dans d'autres circonstances (18).

Pour que l'environnement soit favorable à la guérison, les éléments clés sont les suivants : un sentiment de sécurité physique et émotionnelle dans leur environnement actuel (88). Le processus de guérison et de rétablissement peut alors s'amorcer lorsque l'agresseur n'est plus présent dans le foyer de l'enfant.

L'établissement de la sécurité et du sentiment de sécurité, est une première étape indispensable à tout processus de guérison émotionnelle d'un traumatisme (89), et en particulier pour les enfants qui ont connu la peur, le danger et l'insécurité à la maison (90). Lorsque les enfants sont conscients de la capacité de violence de l'agresseur, les contacts non surveillés avec lui peuvent les faire se sentir insécurisés ou anxieux.

Les contacts, même supervisés, peuvent être contre-productifs lorsqu'ils interfèrent avec un contexte de guérison.

Par ailleurs, l'exposition à des comportements, des gestes ou des paroles qui s'apparentent à de l'affection exprimée par le parent auteur des violences peut générer un sentiment paradoxal et ambivalent de l'enfant entravant son développement psycho-affectif. Maurice Berger parle de *la séduction narcissique*, un phénomène fréquemment observé lors

des visites médiatisées. *« Il suffit qu'enfant et parents soient laissés seuls une minute, par exemple à l'occasion d'un détour fait au secrétariat par les soignants afin de prendre leur carnet de rendez-vous, pour que s'établisse une intimité malsaine avec échange de paroles secrètes. Et ces paroles consistent presque toujours en la phrase : « Je vais te reprendre », dite de la part de parents qui savent qu'une telle reprise est impossible du fait des décisions du juge des enfants, ou qui ont expliqué par ailleurs à un membre de l'équipe qu'ils n'avaient pas l'intention de reprendre leur enfant car leur conjoint actuel ne le tolérerait pas, ou parce qu'ils n'ont pas de place chez eux, ou pour une autre raison ou prétexte. Cette petite phrase bloque l'évolution psychique de l'enfant dans la mesure où elle l'empêche d'investir d'autres projets, tâche déjà ardue pour lui. » (73)*

2. Les répercussions post-immédiates de l'exposition à l'agresseur lors de visites

Dans la pratique quotidienne en pédopsychiatrie, le travail régulier avec les services de protection de l'enfance permet un constat. Les assistants familiaux et les éducateurs rapportent fréquemment un changement de comportement de l'enfant à son retour de visite médiatisée avec le parent auteur des violences : une agitation intense, voire une désorganisation comportementale. Il est fréquent également d'observer des troubles du comportement auto ou hétéro-agressifs ou des régressions développementales. Parfois, à l'inverse de l'agitation, l'enfant peut présenter un mutisme et se renfermer sur lui-même. Cette perturbation psychique et comportementale peut parfois même apparaître après un contact indirect (par une lettre ou un cadeau par exemple).

Au niveau scolaire cela impacte de façon majeure les apprentissages et la socialisation.

Il est ainsi fréquent que des troubles resurgissent dans les jours qui suivent la visite avec son parent, entravant alors tout travail thérapeutique.(73)

3. Les freins rencontrés

Il est reconnu que les enfants exposés régulièrement à leur parent auteur de violence lors de visites médiatisées, quand ils sont placés, présentent des difficultés à investir leur nouveau lieu d'accueil. Cela est dû à la fois aux perturbations post-immédiates rencontrées et citées ci-dessus, mais également du fait de l'ambivalence évoquée dans la question de l'attachement : peut-il s'offrir le droit de créer des liens d'attachement avec sa famille d'accueil ou ses éducateurs alors que ses parents lui répètent qu'ils vont le reprendre ? Peut-il *trahir* ses parents qui lui montrent de l'affection lors ces visites, en aimant d'autres adultes protecteurs ? Le maintien des liens génère alors des questionnements existentiels chez ces enfants et ces adolescents qui ne savent parfois plus qui ils sont, ou plutôt qui ils ont le droit d'être. Sur le plan de la construction de l'identité, l'impact est majeur. (91)

Outre l'investissement du lieu d'accueil et la construction de soi, un autre frein est nécessaire à exposer ici : le frein dans la mise en place de soins thérapeutiques.

Ce frein se traduit de deux manières différentes :

- Les autorisations de soins : nous avons l'obligation d'avoir l'accord du ou des titulaires de l'autorité parentale pour mettre en place des soins. *Cette partie sera détaillée dans la partie 3.*
- Le travail thérapeutique en lui-même : pour un travail thérapeutique efficace deux conditions sont essentielles, la sécurité physique et la sécurité psychique. (22)

Sécurité physique, sécurité psychique, de quoi s'agit-il ?

La sécurité physique implique que l'enfant doit être hors de danger immédiat ou prévisible. Même si les visites supervisées se déroulent dans un environnement dit *sécurisant*

par la présence de tiers, l'enfant a vécu des situations de violences et a été confronté de façon chronique à *l'imprévisibilité*. Le tiers peut considérer le cadre des visites sans danger, l'enfant, lui, ne peut pas percevoir son parent sans associer le risque de danger. Sa sécurité interne n'est pas suffisamment stable pour se sentir en sécurité physique. De plus, il est fréquent que le parent touche l'enfant, d'une manière jugée appropriée par les tiers, mais réactivant des symptômes psychotraumatiques chez l'enfant. Que se passe-t-il chez l'enfant lorsque son parent hausse le ton ? Les contacts physiques, les paroles, les regards, les odeurs, autant de stimuli sensoriels peuvent réactiver un sentiment de détresse, des signaux perçus en interne chez l'enfant comme étant des signaux d'alerte, et pourtant perçus en externe comme neutre chez le tiers.

La sécurité psychique, ou sécurité émotionnelle, ne peut être obtenue par l'enfant seul. Elle repose sur un ensemble de mécanismes internes et externes : confiance en soi, soutien social, régulation et stabilité émotionnelles. Cette sécurité psychique peut être influencée par des facteurs tels que l'histoire personnelle, les expériences de vie, les relations et les ressources disponibles. Pour la mise en place de soins thérapeutiques efficaces, il est alors essentiel que l'enfant puisse bénéficier d'un étayage adéquat.

Le type d'accompagnement thérapeutique est conditionné par la sécurité de l'enfant.

En effet, si la sécurité physique ou la sécurité psychique n'est pas garantie, alors seul un accompagnement par une thérapie de soutien pourra être mis en place.

En revanche, pour un travail thérapeutique global ou pour des soins dits « centrés sur le trauma », sécurité physique et sécurité psychique doivent être assurées. L'objectif de ces interventions spécialisées est de réduire l'intensité des symptômes psychotraumatiques et d'aider l'enfant à acquérir un sentiment de sécurité interne. Une fois les symptômes stabilisés et la sécurité interne rétablie, le travail sur la confiance en soi et la confiance en autrui peut être

réalisé, et les compétences sociales et affectives peuvent reprendre la trajectoire développementale. Parmi les psychothérapies utilisées et validées dans le psychotraumatisme, ce sont les thérapies d'exposition qui montrent le plus d'efficacité, à savoir : la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la thérapie d'exposition prolongée (TEP), l'EMDR. (92)

Comment exposer l'enfant en thérapie, de façon sécuritaire, s'il est exposé chaque mois à son parent en visite médiatisée de façon insécuritaire ?

“Un contexte de sécurité physique et psychologique est la base sur laquelle une thérapie post-traumatique repose. Autrement, les symptômes s'amplifieront comme réponse à un contexte de danger toujours actif.” Karen Sadlier (22)

Les patients qui bénéficient d'une prise en charge globale immédiate souffrent **deux fois moins** de TSPT six mois après les faits. (93)

C. Les alternatives possibles

1. Rupture totale du lien ?

Il n'existe pas de solution unique et applicable à tous. En France, la question du maintien des liens familiaux a évolué mais fait encore controverse. L'historique des placements des enfants est ancien et concernait d'abord les abandons. C'est dans les années 1880 que le débat autour de la dangerosité des familles pour leurs enfants apparaît.

La loi du 24 juillet 1889 marque une étape cruciale dans l'histoire du placement des enfants car pour la première fois, l'Etat s'arroge le droit de prononcer la déchéance de l'autorité parentale des parents jugés indignes. Si le tribunal juge que les parents sont incapables d'élever leurs enfants – en raison de comportements de débauche, de délinquance ou de maltraitance envers leurs enfants – il peut prononcer la déchéance, entraînant alors le placement des enfants. Cette loi remet en question le principe de l'autorité parentale absolue, au profit de la reconnaissance

des droits de l'enfant et de l'intérêt supérieur de la société. Néanmoins, cette loi, ainsi que celle adoptée en 1898 sur les actes de cruauté commis par les parents, ont échoué en partie car les mesures de prévention et d'accompagnement des familles ne furent pas mises en place. Ainsi, les juges furent réticents à prononcer la déchéance, au risque de compromettre l'institution familiale. Ce sont les Ordonnances de 1945 qui participent à la création de nouveaux corps de métier (dont les assistantes sociales et les puéricultrices) pour la prévention et le suivi des familles et des enfants. L'offre d'action éducative en milieu ouvert se développe alors. (94)

Le maintien de contacts réguliers entre un enfant placé et ses parents défaillants ou maltraitants a longtemps été contesté par les professionnels (95). Cependant, cette pratique s'est progressivement imposée à travers les décisions des juges des enfants et est devenue une pratique courante dans la protection de l'enfance.

Alain Grévat (96) parle de politiques « familialistes » telle celle en vigueur en France, et de « réalisme pessimiste » des politiques centrées sur l'enfant, telle celle en vigueur dans certains pays. Il parle de dispositifs dits « centrés sur la famille » (conception familialiste) et « centrés sur l'enfant » (conception individualiste). Au Royaume-Uni, aux Etats-Unis ou dans certains pays scandinaves, l'adoption précoce des enfants est favorisée pour leur garantir une vie stable en famille.

En France, la rupture totale du lien est une pratique rare. Les textes législatifs sont écrits pour favoriser le travail éducatif et le maintien du lien des enfants avec leurs parents. Ces textes seront détaillés en partie 3.

2. Des interventions au domicile aux visites médiatisées

En Australie, une étude réalisée en 2017 (« *Fathers who use violence - Options for safe practice where there is ongoing contact with children* ») (97) s'est focalisée sur les situations de violences intrafamiliales où les pères sont identifiés comme violents dans le couple et dans

leur parentalité. Cette étude a tenté de répondre à deux questions essentielles dans le cadre du maintien du lien avec l'auteur des violences : quelle pratique ou quelles sont les données probantes pour travailler avec les familles où l'auteur des violences reste au domicile ? Existe-t-il des méthodes sûres pour travailler avec les femmes et les enfants qui vivent avec un auteur de violence intrafamiliale, ou avec les femmes et les enfants qui ont encore des contacts importants avec l'auteur après la séparation ? Pour répondre à ces questions, Humphreys et Campo ont réalisé une revue de littérature sur différents programmes développés en Australie, tels que les visites à domicile par des infirmier(e)s, les thérapies de couple, la justice restauratrice, les interventions de la protection de l'enfant et les interventions d'approche « globale » de la famille. Les résultats montrent que toutes les situations ne sont pas éligibles à ces programmes et que l'accent est à mettre sur la sécurité des victimes. Tous ces programmes appellent à la prudence et recommandent de donner la priorité à la formation des travailleurs et de ne réunir les agresseurs et les victimes que dans certaines circonstances et sous réserves strictes. Il en ressort plus de questions que de solutions.

En France, il existe la possibilité d'organiser des visites médiatisées. Il s'agit de visites entre parent et enfant dans un lieu institutionnel, encadrées par la présence d'un tiers professionnel. Elles ont pour objectif de favoriser la reprise de contacts entre parent et enfant, le but recherché étant le soutien et la restauration du lien. Ainsi, elles permettraient à l'enfant de maintenir un lien avec son parent tout en le protégeant et à aider, autant que possible, les membres de la famille concernés à (re)construire et consolider leurs relations. Cette mesure permet également de soutenir les parents dans leur responsabilité éducative.

Mais les effets de ces rencontres en présentiel peuvent replonger l'enfant dans une détresse et des reviviscences traumatiques, où les interactions inadaptées et le chaos s'imposent à lui.

Comment faire pour que le lien soit le plus bénéfique possible et le moins nuisible au développement de l'enfant ?

Le numérique comme alternative dans la médiation :

Durant la crise du COVID-19, du fait des mesures sanitaires imposées par le gouvernement, les droits de visites et d'hébergement ont dû, pour la grande majorité des cas, être suspendus. Afin de maintenir un lien entre les parents ayant des droits de contact avec leurs enfants placés, les visites ont été remplacées par des appels médiatisés par les assistant(e)s familiaux ou les référents éducatifs.

Cette alternative du lien par le numérique a pu être étudiée, et les études montrent une amélioration significative de la santé mentale chez ces enfants.

Au Royaume-Uni, en 2020 une étude (98) a montré que certains enfants auraient été soulagés des appels vidéo plutôt que d'avoir des visites. Ils ont interrogé, avec un questionnaire en ligne et des entretiens semi-structurés, les enfants, les parents et les familles d'accueil sur leur vécu des contacts « virtuels » imposés par le contexte sanitaire. Pour les bébés et les enfants en bas âge, ces contacts digitaux ont pu entraver la communication. Pour certains enfants, le fait que les appels vidéo aient eu lieu dans leur lieu sûr (famille d'accueil par exemple) a pu être compliqué. D'autres ont rapporté un soulagement, un vécu émotionnel moins difficile et moins intense en comparaison aux visites réelles.

En Espagne, en 2021 une étude (99) retrouve également des résultats significatifs sur le vécu positif des enfants placés qui ont eu une nouvelle forme de contact avec leur famille durant le confinement.

En France, une étude retrouve des résultats similaires (100). Ces résultats rejoignent le constat réalisé par l'ODAS (Observatoire national de l'action sociale) qui a interrogé au travers d'une enquête les effets du premier confinement sur la protection de l'enfance en France (101).

Il apparaît ainsi nécessaire de redéfinir les modalités de contacts et de les faire évoluer dans le même temps que les technologies et les générations. Le type, la fréquence et la durée des contacts a moins d'importance que la qualité de ce contact.

Ainsi, l'utilisation de la visioconférence pour les rencontres familiales peut constituer un outil précieux à intégrer dans les pratiques de protection de l'enfance. Cet outil permet un maintien des liens entre l'enfant et ses parents sans l'exposer à des contacts directs potentiellement source d'angoisse. De plus, cet outil peut rassurer l'enfant sur la continuité de sa relation avec ses parents en offrant une interaction à distance, tout en lui permettant d'y mettre fin en toute sécurité.

Accompagner les familles et les enfants vers cette alternative et ces outils est un objectif qui semble aujourd'hui pertinent, bien que des recherches supplémentaires soient nécessaires sur l'expérience des contacts numériques dans le cadre de visites médiatisées.

3. Le choix de l'enfant concerné

L'enfant a des droits, et exprimer un choix en est un⁵. Cependant, il est crucial de se demander comment prendre en compte le choix exprimé lorsqu'un enfant est dans une situation de vulnérabilité, souvent épris de sentiments ambivalents avec ses parents (102). En plus des sentiments ambivalents et loyaux qu'il ressent envers ses parents, ces sentiments peuvent être renforcés par une peur de l'inconnu et un espoir que la situation familiale s'améliore. Que se

⁵ Article 12 de la Convention Relative aux Droits de l'Enfant

passé-t-il lorsque l'enfant est entendu mais que son opinion n'est pas prise en compte ? Quelle valeur accorde-t-on à sa parole ?

Lorsque l'opinion de l'enfant est négligée, cela peut avoir de graves conséquences sur sa perception de sa propre valeur et sur sa confiance envers les adultes et les institutions censées le protéger. La valeur accordée à la parole de l'enfant reflète notre engagement envers ses droits, mais aussi notre capacité à reconnaître son autonomie (103). Cependant, il est important de reconnaître la difficulté à respecter le choix de l'enfant lorsqu'il demande à maintenir des liens avec ses parents maltraitants. Dans ce contexte, les professionnels doivent naviguer entre le respect du souhait de l'enfant et la nécessité de garantir sa sécurité et son bien-être (104). Ainsi, accueillir la parole de l'enfant nécessite une approche nuancée.

D'une part, il est essentiel d'offrir un espace sûr pour que l'enfant puisse s'exprimer librement et que sa parole soit écoutée, valorisée et accompagnée. Par exemple, un cadre thérapeutique peut permettre d'offrir cet espace sûr pour aider l'enfant à comprendre et à traiter ses sentiments ambivalents. D'autre part, les professionnels doivent être formés pour déchiffrer les messages parfois contradictoires que l'enfant peut exprimer, tenant compte de son âge, de son développement affectif et des dynamiques familiales complexes qui sont en jeu. (103)

III. Partie juridique : ce que dit la loi en France

Avant-propos : Le 18 mars 2024, la loi n°2023-233 « visant à mieux protéger et accompagner les enfants victimes et co-victimes de violences intrafamiliales » a été adoptée. Les articles de loi cités dans cet écrit prennent en compte l'état de la loi avant cette date, l'étude auprès des magistrats ayant été réalisée de février à avril 2024.

La protection de l'enfance, telle que définie par l'article L. 112-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), « vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits. ». Les services départementaux de l'aide sociale à l'enfance (ASE) mettent en œuvre diverses actions dans ce cadre, à des fins de prévention, de repérage des situations de danger ou de risque de danger, et de protection.

À la suite d'une décision administrative ou judiciaire, les mesures de protection prennent deux principales formes : l'aide à domicile et la prise en charge matérielle. La première recouvre à la fois les interventions à domicile et les aides financières. La seconde correspond essentiellement aux mesures d'accueil en dehors du milieu familial. (105)

Fin 2022, 310 577 mineurs faisaient l'objet de mesures d'aide sociale à l'enfance (ASE), dont 81,9% (255 000 enfants) sur décision judiciaire. 162 000 enfants étaient confiés à un tiers.(106)⁶

Le principe de l'« intérêt supérieur de l'enfant » a été établi par la Convention relative aux Droits de l'Enfant en 1989. La Convention n'apporte pas de définition ou de critère précis. Toutefois, nous pouvons lire dans l'article 3 de cette même Convention « **Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale** », « Les Etats parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-

⁶ « Données sur les prises en charge en protection de l'enfance au 31 décembre 2022 » Publié par l'ONPE en février 2024

être, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées. »

A. Les différents rôles des magistrats impliqués dans les affaires de violences intrafamiliales

1. Le rôle du juge des libertés et de la détention (JLD)

Le juge des libertés et de la détention intervient dès le stade des poursuites en cas de crime commis par un parent sur l'autre parent. En effet, dans le cadre d'un contrôle judiciaire, le JLD peut se prononcer sur la suspension du droit de visite et d'hébergement du parent mis en examen.

2. Le rôle du juge aux affaires familiales (JAF)

Le juge aux affaires familiales (JAF) est un juge du tribunal judiciaire délégué aux affaires familiales. Il est spécialisé dans le droit de la famille et chargé du règlement des litiges entre les parents, qu'ils soient mariés ou non, sur les modalités d'exercice de l'autorité parentale. Il peut fixer la résidence de l'enfant, prévoir des droits de visite et d'hébergement ou déterminer le montant d'une pension alimentaire pour contribuer à l'entretien et à l'éducation des enfants. Le principal cardinal qui doit guider sa décision est l'intérêt de l'enfant. (107)

La juge aux affaires familiales peut être saisi par les parents, mais l'enfant ne peut le saisir de lui-même. Il peut cependant être entendu tout au long de la procédure, seul, avec un avocat ou avec une personne de son choix. Il peut également être saisi par le procureur de la République. Le juge aux affaires familiales ne peut s'auto-saisir.

3. Le rôle du juge des enfants (JE)

Le juge des enfants (JE) est un juge du tribunal judiciaire. Il a une double mission car il est à la fois spécialisé pour les affaires de mineurs en danger (compétences en matière civile) et pour les affaires de mineurs délinquants (compétences en matière pénale).

En ce qui concerne ses compétences en matière civile, le juge des enfants est compétent en matière d'assistance éducative et d'organisation ou de prolongation d'une action de protection judiciaire à l'égard des mineurs émancipés ou des majeurs âgés de vingt et un ans ou moins.⁷

Il peut déterminer les mesures d'investigation, d'action éducative ou de placement.

Le juge des enfants peut être saisi par le mineur lui-même, par ses parents, par son tuteur ou famille d'accueil du mineur ou tout autre personne ayant la charge de l'enfant, par l'Aide sociale à l'enfance (ASE) ou tout autre service auquel l'enfant a été confié et par le procureur de la République. A titre exceptionnel le juge peut même se saisir lui-même.⁸

C'est le Ministère public (ou "parquet") qui reçoit les signalements et les procédures pénales que lui adressent les services de police et de gendarmerie. Le Ministère public peut également être saisi par le Président du Conseil départemental, notamment lorsqu'une information préoccupante adressée à la CRIP (cellule de recueil d'informations préoccupantes) contient des éléments de danger nécessitant la saisine d'un juge des enfants.

⁷ Articles L252-2 et L252-3 du Code de l'organisation judiciaire

⁸ Source : service-public.fr

4. La coordination JE vs JAF

En matière de protection de l'enfant du couple séparé, les compétences respectives du juge des enfants et du juge aux affaires familiales se complètent. Elles peuvent néanmoins se chevaucher.

Le juge aux affaires familiales, dans le cadre de séparation du couple parental (mariés ou non), fixe la résidence de l'enfant au domicile de l'un et le droit de visite et d'hébergement de l'autre.

La Cour de cassation clarifie les modalités d'intervention du juge des enfants (JE) dans les décisions du juge aux affaires familiales (JAF). Elle précise que lorsqu'un JAF statue sur la résidence de l'enfant et fixe le droit de visite et d'hébergement de l'autre parent, le JE ne peut modifier les modalités du droit de visite et d'hébergement statué par le JAF que s'il est saisi postérieurement à sa décision et qu'il existe une décision de placement de l'enfant et qu'un fait nouveau de danger pour le mineur s'est révélé après la décision du JAF. Le JE ne peut pas placer l'enfant chez le parent qui dispose déjà de la résidence de l'enfant à son domicile.⁹

Le JAF est donc le seul compétent pour statuer sur les modalités d'exercice de l'autorité parentale et la résidence de l'enfant, sauf si le JE a ordonné un placement.

Prenons un exemple :

- Un couple se sépare. Le juge aux affaires familiales statue sur une garde classique chez la mère, et autorise ainsi un droit de visite et d'hébergement au père un week-end sur deux et la moitié des vacances.

⁹ 20 octobre 2021 Cour de cassation ; Pourvoi n°18-26.152 ; Première chambre civile

- Le juge des enfants reçoit postérieurement des éléments cliniques rapportés par le pédopsychiatre de l'enfant, sur un mal-être ressenti par l'enfant quand il est chez son père (via un signalement par exemple).

- Le JE n'est pas compétent pour modifier les droits de visite et d'hébergement du père, sauf s'il décide d'un placement. Or, il ne peut pas placer l'enfant chez la mère, qui dispose du droit de résidence de l'enfant à son domicile sur décision du JAF. Le placement serait donc un placement dans un établissement de l'ASE ou chez un tiers digne de confiance. Le placement à l'ASE ou chez un tiers digne de confiance priverait cependant la mère de la garde. Il peut donc se retrouver dans ce type de situation, limité à demander une mesure d'AEMO chez le père.

B. Les différentes mesures qui touchent le lien

1. La mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE)

La mesure judiciaire d'investigation éducative est une mesure ordonnée principalement durant la phase d'information (procédure d'assistance éducative) ou durant la phase d'instruction (cadre pénal) ; elle peut l'être à tout moment de la procédure. La MJIE est une enquête approfondie dont l'objectif est d'évaluer la situation globale d'un mineur et de sa famille, notamment sur les plans sociaux, affectifs, matériel et éducatif. Il s'agit d'une mesure ordonnée par le juge des enfants, destinée à rassembler des éléments sur « *la personnalité et les conditions de vie du mineur et de ses parents, l'existence d'un danger pour la santé, la sécurité, la moralité de l'enfant, le caractère gravement compromis de ses conditions d'éducation et de son développement physique, affectif, intellectuel et social.* »¹⁰ (108). Il s'agit

¹⁰ Article 375 du Code civil et Article 1183 du Nouveau Code de procédure civile

bien d'un outil d'investigation ayant pour objectif d'éclairer la décision du juge des enfants. Le juge des enfants n'étant compétent qu'en cas de danger pour l'enfant et parfois, bien que saisi, les éléments de danger sont incertains. La MJIE permet de l'orienter dans sa décision sur la mesure à mettre en place.

La mise en œuvre et le déroulement de la mesure doivent être guidés par le principe de l'« intérêt supérieur de l'enfant » et le respect du cadre posé par la décision judiciaire.

La mesure a une durée établie à six mois et peut être prolongée de six mois supplémentaires sur décision du juge des enfants si les investigations ne sont pas terminées.

A la fin de la mesure, le juge des enfants se voit remettre un rapport et convoque les parents et le(s) mineur(s) concernés. Il peut alors décider de la mesure d'assistance éducative qui sera mise en place (AEMO, aide à la gestion du budget familial, placement provisoire) ou de prononcer un non-lieu. En effet, si aucun élément de danger n'est confirmé ou qu'il existe des éléments potentiellement de danger mais qui ne peuvent être traités par une mesure d'assistance éducative, le juge des enfants peut prononcer un non-lieu à assistance éducative, laissant la possibilité aux parents de formuler une demande de mesure d'Aide éducative à domicile (AED) auprès du Conseil départemental.

La MJIE peut également être mise en place plus tardivement, après plusieurs années d'assistance éducative ou plusieurs années de placement, afin de remettre en perspective la situation familiale et chercher de nouveaux outils d'intervention.

2. Maintien à domicile avec aide éducative

a) Aides éducatives administratives

Deux outils principaux proposés :

- *TISF = Technicien en Intervention Sociale et Familiale*

- *AED = Aide éducative à domicile*

Le ou la TISF (technicien.ne en intervention sociale et familiale) est un.e travailleur.euse social. Son rôle est d'intervenir de façon préventive dans le domaine social et éducatif en apportant un soutien à la parentalité. Son objectif est de favoriser les situations de bienveillance et d'agir dans les situations de maltraitance. Par ailleurs, dans certaines situations, le ou la TISF joue également un rôle d'accompagnement des enfants lors de leurs retours au domicile parental. On parle de droit d'hébergement accompagné par un.e TISF.

L'aide éducative à domicile (AED) est une mesure administrative. Elle était auparavant nommée AEMO administrative. C'est une aide du Conseil départemental. Il s'agit d'une mesure de protection de l'enfance destinée à sécuriser les mineurs en situation de danger ou risque de danger. Elle est exercée par un travailleur social tel qu'un éducateur spécialisé ou un assistant de service social. Cette mesure vise à apporter un soutien et un accompagnement aux parents et à l'enfant lorsque ces derniers sont susceptibles de mettre en péril la santé, la sécurité, la moralité de leurs enfants ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social.¹¹

L'accompagnement est mis en place avec le consentement des parents. L'autorité parentale n'est pas remise en cause.

La durée de cette assistance est décidée par le Conseil départemental (ou la ville), et peut s'étendre de six mois à un an, avec la possibilité de renouvellement. La fréquence des visites ou des contacts est établie en accord entre la famille et le service d'accompagnement.

¹¹ Article L-222-2 du Code de l'action sociale et des familles

En principe, il n'y a pas de contestation possible à l'AED car elle découle de l'accord des deux parents. Toutefois, dans le cadre d'une convention établie entre le Conseil départemental et un seul des parents, le recours pour excès de pouvoir pourrait être exercé devant le tribunal administratif (109).

b) Aide éducative judiciairisée : AEMO (Action éducative en milieu ouvert)

En concordance avec ces principes, l'article L226-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles définit les situations imposant au président du Conseil départemental de saisir le procureur de la République pour qu'il saisisse le juge des enfants, au sens de l'article 375 du Code civil :

- si les mesures mises en place n'ont pas permis de remédier à la situation
- (ou) si la famille refuse d'accepter l'intervention du service de l'aide sociale à l'enfance
- (ou) si le danger est grave et immédiat

Le président du Conseil départemental doit également saisir sans délai le procureur de la République « *lorsqu'un mineur est présumé être en situation de danger au sens de l'article 375 du Code civil mais qu'il est impossible d'évaluer cette situation* ».

L'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO) est une mesure d'assistance éducative visant à assurer la protection d'un enfant vivant dans son milieu familial. Elle est prononcée par le juge des enfants lorsque les détenteurs de l'autorité parentale ne sont plus en mesure de protéger et d'éduquer leur enfant, dont la santé, la moralité, la sécurité, les conditions de son éducation ou son développement sont gravement compromis.

Ce sont les mêmes services éducatifs que pour les mesures administratives (le plus souvent gérés par des associations mais pouvant aussi relever du secteur public) qui mettent en place

cette mesure, sur demande de l'autorité judiciaire : le juge des enfants. Lorsqu'une mesure administrative était mise en place en amont, le juge des enfants peut demander à la même équipe de ce service de poursuivre la mesure avec la famille. Dans certains cas, notamment quand les relations entre les professionnels et les parents sont mauvaises, un changement de professionnels entre l'administratif et le judiciaire peut toutefois s'avérer pertinent.

L'objectif premier de la mesure d'AEMO est d'assurer que l'enfant ou l'adolescent ne soit plus exposé à des dangers au sein de son milieu familial. Avant d'ordonner cette mesure, le juge des enfants convoque et reçoit les parties en audience, y compris le mineur. Les débats sont organisés de manière contradictoire, permettant aux parties de consulter le dossier avant l'audience et de se faire assister par un avocat.

En matière d'assistance éducative, le juge des enfants « *doit toujours s'efforcer de recueillir l'adhésion de la famille à la mesure envisagée et se prononcer en stricte considération de l'intérêt de l'enfant* »(110)¹². L'exercice de l'autorité parentale n'est pas remis en cause.¹³

Si le risque de danger a disparu, la mesure est levée. Si le risque de danger persiste, l'affaire est redirigée vers le juge des enfants qui pourra prononcer une mesure de placement en institution ou en famille d'accueil. Les mesures d'AEMO sont limitées dans le temps, la durée est de six mois à deux ans, pouvant être renouvelée jusqu'aux 18 ans de l'enfant.

L'AEMO est donc une mesure judiciaire ordonnée par le juge des enfants, tandis que l'AED est une mesure administrative proposée par le Conseil départemental, avec le consentement des deux parents. La moyenne d'intervention est d'une fois toutes les trois

¹² Article 375-1 du Code civil

¹³ Article 375-7 du Code civil

semaines dans les mesures dites classiques. Pour les mesures renforcées (AED renforcée ou AEMO renforcée) il est prévu deux interventions par semaine dont une au domicile de l'enfant.

3. Placement de l'enfant

a) Enfant confié à une personne ou une institution

Lorsque le juge des enfants intervient, l'article 375-2 du Code civil lui impose que : « *Chaque fois qu'il est possible, le mineur doit être maintenu dans son milieu actuel...* »(110).

Toutefois, si la protection de l'enfant l'exige, le juge des enfants peut décider de le confier à l'autre parent, à un autre membre de la famille ou à un tiers digne de confiance, à un service départemental de l'aide sociale à l'enfant, à un service ou à un établissement habilité pour l'accueil de mineurs à la journée ou suivant toute autre modalité de prise en charge (accueil de jour), ou à un service ou établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé.¹⁴

L'article 375-7 du Code civil complète : « *Le lieu d'accueil de l'enfant doit être recherché dans l'intérêt de celui-ci et afin de faciliter l'exercice du droit de visite et d'hébergement par le ou les parents et le maintien de ses liens avec ses frères et sœurs.* » (110)

Des formes alternatives au placement « à temps complet » existent : (105)

- **L'accueil de jour**
- **L'hébergement exceptionnel et périodique** : il s'agit d'une modalité d'exercice particulière d'une AEMO¹⁵
- **L'accueil d'urgence** : il s'agit d'une mesure immédiate en cas de danger concernant un mineur ayant abandonné le domicile familial. Le service peut alors, dans le cadre

¹⁴ Article 375-3 du Code civil

¹⁵ Article 375-2 du Code civil

d'actions de prévention, accueillir le mineur sur une durée maximale de 72 heures. Le service doit informer sans délai les détenteurs de l'autorité parentale ainsi que le procureur de la République.¹⁶

b) Placement Educatif A Domicile (PEAD)

Avant-propos : En février 2024, la Cour de cassation a clarifié cette notion en précisant qu'un tel placement ne relève pas d'un placement au service de l'aide sociale à l'enfance prévu à l'article 375-3 du Code civil, mais d'une mesure d'AEMO renforcée ou intensifiée, éventuellement avec « hébergement exceptionnel et périodique » au sens de l'article 375-2 du même Code. Ainsi, cette partie illustrera l'état du flou juridique qui existait avant cette décision de qualification par la Cour de cassation.

L'exemple du placement éducatif à domicile (PEAD) est crucial ici car le premier objectif de cette mesure est la préservation du lien familial.

Le rapport de P. NAVES de 2003 (111) énonce quinze fiches-action dans l'objectif de réformer la protection de l'enfance. Parmi ces quinze propositions nous pouvons trouver l'élaboration d'un « dispositif éducatif intégrant le soutien à la famille (DEISAF) », qui avait pour objectif d'être intégré dans le Code civil¹⁷. Ce dispositif partait du postulat que la séparation d'un enfant avec ses parents était une décision grave. Ce dispositif prenait comme référence le Service d'adaptation progressive en milieu naturel du Gard (SAPMN), créé en 1980. Depuis les années 2000, plusieurs départements ont mis en place ce type de dispositif sous différentes appellations (« placement éducatif en famille », « accompagnement enfance-famille », « service éducatif de suivis alternatifs à la maison de l'enfance », « placement hors les murs » ...). Dans le

¹⁶ Article L-223-2 du Code de l'action sociale et des familles

¹⁷ Le DEISAF n'a pas été intégré dans le Code civil tel que formulé ainsi. La réforme de la protection de l'enfance en 2007 a fait cependant évoluer les pratiques.

département du Pas-de-Calais cette mesure est intitulée DMAD (dispositif de maintien à domicile).

Le département du Finistère a rédigé une fiche-action avec l'ONED¹⁸ en 2006, détaillant les objectifs d'une telle mesure. Nous pouvons y lire :

*« La décision de PEAD s'inscrit dans le cadre général du Droit, art.375-3 et 375-7 du Code civil, dans le cadre d'un placement judiciaire. Les modalités de ce placement autorisent un **droit de visite et d'hébergement quotidien du mineur au domicile du ou des parents**, droit pouvant être modulé en fonction des circonstances, **le jugement laissant au service de la protection de l'enfance la possibilité « d'un repli » en structure d'accueil si la situation le nécessite.***

Le PEAD est une alternative au placement traditionnel alliant protection judiciaire, maintien au domicile familial et partenariat avec les parents, mobilisation de moyens d'intervention d'un placement si besoin du fait du danger encouru par le mineur. Les services assurant les mesures de PEAD disposent des moyens nécessaires pour assurer l'accueil et l'hébergement de l'enfant en cas de crise au domicile familial (places gelées en établissement, recours à des familles d'accueil).

Le PEAD répond à divers types de situations :

- *en amont d'un placement, le PEAD peut être ordonné en vue de la préparation à une séparation physique si le danger est avéré ou fortement supposé,*
- *en aval d'un placement, il s'inscrit dans la perspective d'un retour progressif de l'enfant dans son milieu familial,*

¹⁸ Observatoire National de l'Enfance en Danger

- *en cas d'inadaptation de certains mineurs à un placement traditionnel, le PEAD est requis lorsque le placement traditionnel n'est ni admis, ni compris par les mineurs et leur famille et peut être source de traumatisme.*

L'objectif du PEAD est :

- *rétablir ou maintenir des relations parents-enfants suffisamment cohérentes et sereines,*
- *soutenir des parents dans leur parentalité et ce en lien avec les besoins repérés de l'enfant,*
- *donner une place réelle aux parents dans la prise en charge de l'enfant. »*

Or, la mesure de placement judiciaire est une mesure prise par le juge lorsqu'il estime que le maintien au domicile expose l'enfant à un danger. Mais si le juge ne caractérise pas dans sa décision un danger rendant impossible le maintien au domicile, dans ce cas pourquoi ne pas prononcer une mesure d'AEMO ?

Le 18 février 2023, Jean-Pierre Rosenczweig, magistrat et rédacteur d'un blog dans le journal Le Monde, publie un article rédigé par Damien Mulliez, juge des enfants, intitulé « *Le placement à domicile* » ou *Kafka en protection de l'enfance* ». Damien Mulliez y expose plusieurs interrogations intéressantes concernant cette mesure, notamment sur la question de la délégation de pouvoir à l'ASE concernant la possibilité de concrétiser le placement, c'est-à-dire « confier une décision attentatoire aux libertés individuelles à une commission administrative ».

Quid de l'autorité parentale ? « *Lorsque l'enfant a été confié à un tiers, l'autorité parentale continue d'être exercée par les père et mère ; toutefois, la personne à qui l'enfant a été confié*

accomplit tous les actes usuels relatifs à sa surveillance et à son éducation »(110)¹⁹. Dans le cadre d'un PEAD, l'enfant est confié à l'ASE bien qu'il réside chez ses parents. Qui de l'ASE ou des parents prend les décisions sur les actes usuels ?

La décision de la Cour de cassation en février 2024 a permis de répondre à ces interrogations. Le PEAD est une mesure d'AEMO, avec possibilité d'hébergement si la situation l'exige. L'autorité parentale des parents n'étant pas remise en cause dans le cadre d'une AEMO, elle ne devrait pas l'être dans le cadre d'un PEAD.

4. Visites médiatisées par un tiers professionnel

Le dispositif des visites médiatisées, conceptualisé par David et Rottman, consiste à ne faire se rencontrer enfant et parent(s) que dans un lieu institutionnel (service hospitalier, local de l'Aide sociale à l'enfance, etc.), en présence d'intervenants impliqués dans la situation (112). Les intervenants sont le plus souvent des travailleurs sociaux ou des éducateurs. Ils peuvent également être accompagnés de médiateurs familiaux ou de psychologues lorsque l'observation du lien est nécessaire. Ils ont tous pour rôle la médiation *sécurisée* de la rencontre (113).

Ces visites sont mises en place dans les situations où les droits de visite et d'hébergements libres ont été refusés pour assurer la protection de l'enfant. Ainsi, ce dispositif permet de maintenir les liens parents-enfant, dans le respect du droit de visite.

Ce droit peut être fixé par le juge aux affaires familiales ou par le juge des enfants dans le cadre d'une procédure d'assistance éducative.

¹⁹ Article 373-4 du Code civil

a) Par le juge aux affaires familiales

Le juge aux affaires familiales peut garantir la continuité et l'effectivité des liens de l'enfant avec le parent qui n'a pas l'exercice de l'autorité parentale en organisant un droit de visite dans un espace de rencontre désigné à cet effet.

Lorsque l'intérêt de l'enfant le commande ou lorsque la remise directe de l'enfant à l'autre parent présente un danger pour l'un deux, le juge peut organiser les droits de visite dans un espace de rencontre qu'il désigne, ou avec l'assistance d'un tiers de confiance ou du représentant d'une personne morale qualifiée.²⁰

La Mesure d'Accompagnement Protégé (MAP) est un des dispositifs qui permet de répondre à cela, par l'assistance d'un tiers. Il s'agit d'un dispositif mis en place dans le cadre de violences conjugales avec enfant. Ce dispositif permet de garantir au parent auteur des violences l'effectivité de ses droits de visite et d'hébergement concernant son enfant, sans que le parent victime soit confronté. La médiation se fait alors par un tiers qui accompagne l'enfant au domicile du parent agresseur (ou dans le lieu dans lequel s'exerce la visite médiatisée) afin qu'aucun contact n'existe entre les deux parents. À cette occasion, le tiers peut observer et prendre en compte les émotions de l'enfant puis la capacité du parent à s'occuper de lui. Ces observations seront le cas échéant transmises au juge aux affaires familiales. (114)

La mesure d'accompagnement protégé permet :

- la protection de l'enfant susceptible d'être exposé aux violences conjugales lors de sa remise à l'autre parent
- la protection du parent victime

²⁰ Article 373-2-9 du Code civil

- le respect des droits de visite et/ou d'hébergement et le maintien des liens entre le parent agresseur et le(s) enfant(s)

Or, cette mesure souligne la dangerosité du parent auteur des violences et permet une protection physique sur parent victime et une protection de l'enfant à *l'exposition*. Quid de sa sécurité psychique ? La législation sur ce sujet évolue.

b) Par le juge des enfants

Lorsque l'enfant a été confié à une personne ou un établissement, ses parents conservent un droit de correspondance et un droit de visite et d'hébergement. Le juge des enfants peut alors en fixer les modalités et peut parfois décider que l'exercice de ces droits soit provisoirement suspendu. Il peut également imposer que le droit de visite ne soit exercé qu'en présence d'un tiers qu'il désigne ou qui est désigné par le service à qui l'enfant est confié.²¹

La fréquence du droit de visite en présence d'un tiers est déterminée par le juge, ou sous le contrôle du juge lorsqu'elle est déterminée entre le/les parents et la personne ou le service à qui l'enfant est confié.²²

5. Autorité parentale

Les lois concernant l'autorité parentale ont évolué avec la loi n°2024-233 du 18 mars 2024. Les articles cités ci-dessous ont donc été modifiés pour certains, notamment ceux concernant le retrait du droit d'exercice de l'autorité parentale et le retrait de l'autorité parentale. Ils seront laissés dans les prochains paragraphes tels qu'avant modification, permettant un aperçu de l'état de la législation lors de l'étude. Les modifications appliquées seront détaillées ultérieurement.

²¹ Article 375-7, alinéa 4, du Code civil

²² Article 1199-3 du Code de procédure civile

a) Définition de l'autorité parentale dans le droit

L'autorité parentale est définie dans l'article 371-1 du Code civil comme un « *ensemble de droits et devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. L'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques.* »(110)

L'enfant étant vulnérable, par l'autorité parentale les parents se doivent de le protéger et d'agir dans son intérêt. Ils ont pour devoir de veiller sur la santé de leur enfant et sont ainsi en droit de décider des soins à lui donner. L'autorisation des détenteurs de l'autorité parentale est en effet requise avant tout acte médical, sauf urgence ou certains types d'actes médicaux telle que l'interruption volontaire de grossesse. Le médecin peut néanmoins passer outre la volonté des parents si leur refus peut engendrer de graves conséquences sur la santé du mineur.²³

Il existe donc une dérogation à l'autorisation des parents : l'urgence. Pourtant, il n'existe aucune définition sur ce que sont les « soins urgents ». Prenons un exemple relativement courant : un adolescent se présente aux urgences pédopsychiatriques et verbalise une anxiété majeure. S'agissant d'une consultation aux urgences, il est possible de l'accueillir pour s'entretenir avec lui. Il exprime que son anxiété et son mal-être sont en parties en lien avec des éléments psychotraumatiques vécus chez l'un de ses parents (éléments connus des services judiciaires). Il rapporte des symptômes répétitifs à type de flash-backs, cauchemars, rendant son état d'éveil en constante hypervigilance et un épuisement psychique et physique, entraînant des difficultés dans les apprentissages et un isolement social. Dans cette situation,

²³ Article L. 1111-4 et R. 1112-35 du Code de la santé publique

la consultation unique est possible sans l'accord de ses parents. Cependant, pour poursuivre les soins il est nécessaire de recueillir l'accord des deux parents. Pourtant, il y a bien une notion d'urgence dans cet exemple : il s'agit d'un adolescent, en plein développement affectif, cognitif, intellectuel et émotionnel. Si la prise en charge du psychotraumatisme n'est pas rapidement mise en place pour apaiser les symptômes, les conséquences risquent d'être graves et multiples, allant du décrochage scolaire à l'apparition d'idées suicidaires, la tentative de suicide voire le suicide. Or, il arrive que l'un des deux parents s'oppose au suivi ou soit indisponible pour donner un accord. De plus, il est fréquent dans ce type de situation que le mineur rencontré s'oppose à ce que l'on informe le second parent, par crainte pour sa sécurité.

Les idées suicidaires et la tentative de suicide font partie des « urgences » connues et reconnues, mais pourquoi attendre d'en arriver là ? Une consultation ponctuelle est possible, mais pour engager un suivi régulier et une psychothérapie, acte dit « non-urgent », que dit la loi ? Pour les actes non-urgents, il existe une différence entre acte usuel, où un seul des deux parents peut donner l'accord, l'accord du second étant présumé, et acte non-usuel où l'accord des deux titulaires de l'autorité parentale est nécessaire. ²⁴

Il n'y a en fait pas de définition pour la psychothérapie mais une jurisprudence : Cour d'Appel de Lyon, 28 fév. 2011, n°10/03604 2007/00476

- Psychothérapie de longue durée avec une grande régularité : acte non-usuel
- Séances ponctuelles et d'une portée limitée avec un psychologue, dans un but de prévention de la santé mentale : acte usuel. « *Le fait d'avoir eu 4 rencontres en 2009 et*

²⁴ Voir Guide du Ministère des Solidarités et de la Santé – 2018 - L'exercice des actes relevant de l'autorité parentale pour les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance. Le Code de la Sécurité sociale, le Code de l'Action sociale et des Familles, et le Code civil encadrent plusieurs définitions d'actes usuels et non-usuels.

*4 en 2010 avec un psychologue ne constitue pas une psychothérapie, qui est un traitement de longue durée avec une grande régularité; qu'il s'agit de consultations permettant en quelques séances d'exprimer ses angoisses, d'être entendu et rassuré sur ses capacités personnelles à surmonter une difficulté; qu'il doit être considéré qu'il s'agit là d'un **acte usuel** de prévention de la santé mentale, **qu'un parent peut engager sans être soumis à l'accord de l'autre parent**, cet acte restant ponctuel et d'une portée limitée »*

b) Titularité et exercice de l'autorité parentale, quelle différence ?

Un parent exerçant l'autorité parentale est un parent représentant légal de l'enfant et administrateur légal. Il est titulaire de l'ensemble des droits et devoirs ayant pour finalité l'intérêt de son enfant (veiller sur l'enfant, assurer sa sécurité, sa santé, son éducation, la gestion de son patrimoine, etc). Il dispose d'un droit permettant de prendre des décisions, notamment administratives, éducatives, mais également pour ce qui concerne la santé.

Un parent n'ayant pas le droit d'exercice de l'autorité parentale peut néanmoins en être titulaire. Cela signifie qu'il conserve le droit et le devoir de surveiller l'entretien et l'éducation de l'enfant, et qu'il a le droit d'être informé des choix importants relatifs à la vie de son enfant²⁵. Il s'agit d'un droit d'information ne lui permettant pas d'agir en tant que décisionnaire.

c) Délégation de l'autorité parentale ²⁶

Lorsque les circonstances l'exigent (hospitalisation, incarcération), l'autorité parentale peut être déléguée à une autre personne (membre de la famille) ou à un organisme spécialisé (service de l'aide sociale à l'enfance). La délégation de l'autorité parentale est un transfert des

²⁵ Article 373-2-1 du Code civil

²⁶ Source des informations ci-dessous : justice.fr

droits et devoirs des parents vis-à-vis de leur(s) enfant(s). Ce transfert peut être partiel ou total, volontaire ou forcé.

La délégation d'autorité parentale est prononcée par le juge aux affaires familiales (JAF) et est **provisoire**. Lorsque l'enfant fait l'objet d'une mesure de placement judiciaire, l'avis du juge des enfants est indispensable pour que la délégation puisse intervenir.

La demande de délégation peut être volontaire, à la demande des parents eux-mêmes, ou forcée, à la demande des personnes ou institutions suivantes :

- L'établissement ou service départemental de l'aide sociale à l'enfance (ASE) a qui l'enfant a été confié
- Personne qui a recueilli l'enfant
- Ministère public (parquet)
- Membre de la famille ou tiers digne de confiance

La délégation de l'autorité parentale peut être demandée par une personne ou un organisme dans l'un des cas suivants²⁷ :

- Désintérêt manifeste parental : « *Un enfant est considéré comme délaissé lorsque ses parents n'ont pas entretenu avec lui les relations nécessaires à son éducation ou à son développement pendant l'année qui précède l'introduction de la requête, sans que ces derniers en aient été empêchés par quelque cause que ce soit.* »²⁸
- Impossibilité des parents d'exercer tout ou partie de l'autorité parentale
- Un parent est poursuivi ou condamné pour un crime commis sur l'autre parent ayant entraîné sa mort

²⁷ Article 377 du Code civil

²⁸ Article 381-1 du Code civil

La délégation peut également être partagée avec un tiers délégataire. La délégation-partage permet notamment à l'un des parents d'exercer son autorité conjointement avec son/sa concubin(e).

d) Retrait du droit d'exercice de l'autorité parentale

Le juge peut confier l'exercice de l'autorité parentale à l'un des deux parents si l'intérêt de l'enfant le commande. Le juge peut priver de l'exercice de l'autorité parentale le parent qui ne manifeste pas sa volonté (en raison de son incapacité, de son absence ou toute autre cause)²⁹.

Le parent n'ayant pas l'exercice de l'autorité parentale conserve son droit de correspondance. Il conserve également son droit de surveillance³⁰, c'est-à-dire le droit de contrôler que l'autre parent accomplit sa mission dans l'intérêt de l'enfant. Ce droit permet d'obtenir du parent exerçant seul l'autorité parentale toute information en ce qui concerne les choix importants relatifs à la vie de l'enfant, comme la communication régulière de documents scolaires et du carnet de santé de l'enfant. Il s'agit d'un droit à l'information, et non d'un droit de veto. Il conserve par ailleurs son droit de consentir au mariage, à l'adoption et à l'émancipation de son enfant (qui sont reconnus comme étant les trois attributs les plus symboliques de l'autorité parentale)³¹. L'exercice du droit de visite et d'hébergement, lui est également conservé, sauf motifs graves (et peut être prononcé par le juge d'instruction ou le juge des libertés et de la détention dans le cadre d'un contrôle judiciaire pour violences conjugales où le parent est mis en examen³²).³³

²⁹ Article 373 du Code civil

³⁰ Article 373-2-1 du Code Civil

³¹ Articles 148, 348 et 413-2 du Code civil

³² Article 138 du Code de procédure pénale, alinéa 17

³³ Articles 373-2-1 et 371-2 du Code civil

Le parent privé de l'exercice de l'autorité parentale continue de contribuer à l'entretien et à l'éducation de son enfant.³⁴

Le juge compétent en matière d'exercice de l'autorité parentale est le JAF, tandis qu'en matière de titularité de l'autorité parentale, il s'agit du tribunal judiciaire.³⁵

e) **Retrait de l'autorité parentale**

Le juge peut décider du retrait total de l'autorité parentale lorsque la sécurité, la santé ou la moralité de l'enfant sont mis en danger : soit par mauvais traitement, soit par une consommation chronique et excessive d'alcool ou stupéfiants, soit lorsque l'enfant est témoin de pressions ou de violences physiques ou psychologiques d'un parent à l'autre, soit par défaut de soin.³⁶

Le retrait total de l'autorité parentale peut également être prononcé quand une mesure d'assistance éducative avait été prise à l'égard de l'enfant et que le ou les parents se sont volontairement abstenus, pendant plus de deux ans, d'exercer les droits et de remplir les devoirs que leur laissait cette mesure.³⁷

Une disposition expresse du jugement pénal peut également déchoir de l'autorité parentale les parents condamnés comme auteurs, co-auteurs ou complices d'un crime ou délit commis sur leur enfant.³⁸

³⁴ Article 371-2 du Code civil

³⁵ Rapport du Sénat 8 mars 2023 : *réponses de la direction des affaires civiles et du sceau au questionnaire du rapporteur sur « Le retrait de l'exercice de l'autorité parentale »*

³⁶ Article 378-1 du Code civil

³⁷ Article 375-7 du Code civil

³⁸ Article 378 du Code civil

f) Une loi qui évolue

Le 18 mars 2024 a été adoptée la loi n°2024-233 “*visant à mieux protéger et accompagner les enfants victimes et co-victimes de violences intrafamiliales*”. Cette nouvelle loi a permis une modification de nombreux articles cités ci-dessus, en faveur de la protection des enfants victimes de violences intrafamiliales.

Cette loi a modifié les modalités concernant le retrait du droit d'exercice de l'autorité parentale, les droits de visite et d'hébergement, et le retrait de l'autorité parentale.

Désormais, le parent **poursuivi ou mis en examen** soit pour crime commis sur l'autre parent, soit pour agression sexuelle incestueuse ou un crime commis sur l'enfant, se verra **suspendre de plein droit son exercice de l'autorité parentale et ses droits de visite et d'hébergement**.

Cette suspension est maintenue jusqu'à la décision du juge aux affaires familiales s'il est saisi par le parent poursuivi, jusqu'à la décision de non-lieu du juge d'instruction ou jusqu'à la décision de la juridiction pénale.³⁹

Pénalement, une agression sexuelle est qualifiée de délit tandis qu'un viol est qualifié de crime.

Un acte de violence physique est un délit tandis qu'un homicide est un crime.

Si le parent est **condamné** comme auteur, co-auteur ou complice d'un crime ou d'une agression sexuelle incestueuse sur l'enfant ou d'un crime commis sur l'autre parent, la juridiction pénale ordonne le **retrait total de l'autorité parentale**, sauf décision contraire spécialement motivée.

Si elle ne décide pas du retrait total, elle ordonne le retrait partiel ou le retrait de l'exercice de l'autorité parentale. De même, si le parent est condamné comme auteur, co-auteur ou complice d'un délit commis sur l'enfant autre qu'une agression sexuelle incestueuse, ou d'un délit

³⁹ Article 378-2 du Code civil

commis sur l'autre parent, la juridiction pénale se prononce sur le retrait total ou partiel de l'autorité parentale ou sur le retrait de l'exercice de cette autorité.⁴⁰

C. La place de l'enfant dans les décisions judiciaires

1. Devant le juge aux affaires familiales

Dans toute procédure le concernant, le mineur « capable de discernement » peut être entendu par le juge ou la personne désignée par le juge à cet effet. Lorsque l'enfant en fait la demande, son audition ne peut être refusée que par une décision spécialement motivée. Il peut être entendu seul, avec un avocat ou une personne de son choix. Le Code civil précise que l'audition du mineur « *ne lui confère pas la qualité de partie à la procédure* ».⁴¹

Que signifie « être capable de discernement » ? Il n'existe aucune définition légale de la notion de discernement ni d'âge légal de discernement. La notion de discernement est apparue dans la loi du 8 janvier 1993 qui a rendu possible l'audition de l'enfant capable de discernement dans toutes les procédures administratives ou judiciaires le concernant. Avant cette loi, il existait un seuil d'âge défini à 13 ans. Quelques critères sont néanmoins pris en compte pour déterminer la capacité de discernement d'un enfant :

- L'âge de l'enfant : les enfants plus âgés étant considérés comme ayant une capacité de discernement plus développée.
- La maturité affective et intellectuelle.
- Le niveau intellectuel : le juge examine la capacité de l'enfant à comprendre les enjeux.

⁴⁰ Article 378 du Code civil

⁴¹ Article 388-1 du Code civil

- Le niveau de langage : la capacité à communiquer de manière compréhensible.

Selon une étude réalisée par le Ministère de la Justice en 2013 (115) sur un total de 917 enfants de parents en désaccord, aucun juge n'aurait entendu un enfant de moins de 7 ans.

Tableau 24 : Répartition des enfants selon qu'ils ont été ou non auditionnés et selon l'âge (Parents en désaccord)

âge des enfants au moment de la décision	Total des enfants de parents en désaccord	Enfants de parents en désaccord non auditionnés	Enfants de parents en désaccord auditionnés	Part des enfants auditionnés (%)
Total	917	793	124	13,5
0 an	14	14		0,0
1 an	45	45		0,0
2 ans	49	49		0,0
3 ans	86	86		0,0
4 ans	49	49		0,0
5 ans	63	63		0,0
6 ans	80	80		0,0
7 ans	51	49	2	3,9
8 ans	63	59	4	6,3
9 ans	57	36	21	36,8
10 ans	83	65	18	21,7
11 ans	67	41	26	38,8
12 ans	38	28	10	26,3
13 ans	42	31	11	26,2
14 ans	45	33	12	26,7
15 ans	34	31	3	8,8
16 ans	32	20	12	37,5
17 ans	19	14	5	26,3

Unité de compte : Enfants

Tableau 1 : Guillonnet et Moreau, « De la demande des parents à la décision du juge ». 2013

2. Devant le juge des enfants

Depuis 2020, le juge des Enfants a pour **devoir** d'entendre les mineurs capables de discernement. En effet, le 2 décembre 2020, la Cour de cassation a répondu à la question de savoir si le mineur devait obligatoirement être entendu par le juge dans le cadre d'une mesure d'assistance éducative.

« A l'audience, le juge entend le mineur, ses parents, tuteur ou personne ou représentant du service à qui l'enfant a été confié ainsi que toute autre personne dont l'audition lui paraît utile.

Il peut dispenser le mineur de se présenter ou ordonner qu'il se retire pendant tout ou partie de la suite des débats. »⁴²

Cependant, les conditions de cette audition du mineur ne permettent pas toujours une parole libérée et authentique. En effet, l'audition se fait sur un temps limité, avec des parents qui attendent l'audience dans le couloir. L'enfant sait que le juge va ensuite rendre sa décision. La question des enjeux que représente cette audition pour l'enfant n'est pas négligeable.

IV. Violences intrafamiliales et maintien des liens : représentations, pratiques, formations ; une enquête nationale auprès de juges des enfants et juges aux affaires familiales

A. Matériel et méthode

1. Description de l'étude

L'impact psychotraumatique et développemental des violences faites aux mineurs est majeur et doit être une préoccupation pour toutes et tous. En face de cette problématique se pose celle de l'attachement et de la question du lien entre parents et enfants. Ainsi, le lien physique, le lien affectif ou le lien administratif sont des liens qui ont une importance notable dans le développement d'un enfant. Qu'en est-il lorsque la violence se répète au sein de ce lien ? Que devient celui-ci et quelle valeur prend-il ? Comment les magistrats déterminent la qualité de ce lien à maintenir ou non ?

⁴² Article 1189 du Code de procédure civile

Nous avons choisi de créer un questionnaire à destination des magistrats intervenant dans cette problématique déterminante dans les vies des enfants : celle du maintien des liens avec le parent auteur de violences intrafamiliales.

a) Design de l'étude

Il s'agit d'une enquête descriptive observationnelle transversale, réalisée par auto-questionnaire auprès de juges des enfants et juges aux affaires familiales en France entre février et avril 2024.

b) Objectifs et bénéfices attendus

Objectif principal :

L'objectif principal de cette étude était d'identifier les différents facteurs qui participent aux prises de décision des magistrats concernant le maintien ou non des liens entre le parent auteur de violences intrafamiliales et l'enfant victime.

Objectifs secondaires :

- Mettre en évidence une corrélation entre le fait d'avoir suivi des formations en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent et l'impact sur les pratiques et les représentations
- Identifier les demandes éventuelles des magistrats (types d'outils pour étayer leurs prises de décision)

Bénéfices attendus :

- Avoir une meilleure compréhension des rôles des juges des enfants et juges aux affaires familiales et de leur pratique professionnelle en lien avec la protection des mineurs victimes de violences intrafamiliales,

- Explorer les pistes d'amélioration et les perspectives d'évolution dans la collaboration entre les professions médicales et les professions de la magistrature,
- Apporter des outils complémentaires en aide à la prise de décision.

c) Population étudiée

Nous avons choisi d'interroger les juges des enfants ainsi que les juges aux affaires familiales exerçant en France.

Le choix de la population a été justifié par le rôle de ces professionnels dans le domaine de la magistrature axé sur la justice civile des mineurs. Les juges des enfants décident du type de protection des mineurs (assistance éducative en milieu ouvert, placement) et les juges aux affaires familiales décident de la place juridique des parents au titre de leur autorité parentale et des droits de visite et d'hébergement. Ce sont deux professions complémentaires qui sont susceptibles d'intervenir dans le cadre de situations de violences intrafamiliales.

« En France, au 1er mai 2024, 497 magistrats occupent des fonctions de juge des enfants répartis sur plusieurs grades. Pour les juges aux affaires familiales, il ne s'agit pas d'une fonction spécialement prévue par notre ordonnance statutaire mais d'une attribution décidée par chaque chef de juridiction. Nous ne pouvons donc pas en préciser le nombre. »⁴³

Les critères d'inclusion étaient :

- Exercer actuellement la profession de juge des enfants ou de juges aux affaires familiales
- Exercer en France

Il n'existe pas de critère de non-inclusion.

⁴³ Réponse du Ministère de la Justice concernant les effectifs nationaux de JE et JAF

d) Instrument d'enquête et recueil des données

Nous avons conçu un auto-questionnaire anonyme avec le partenariat d'un juge des enfants. Le questionnaire a été informatisé et mis en ligne. La durée de remplissage était de 15 à 20 minutes.

Le questionnaire était divisé en cinq sections afin d'interroger :

- Les données socio-démographiques
- Les facteurs qui participent aux prises de décision
- Les représentations
- Les pratiques, les connaissances et les formations
- Les perspectives d'évolution.

L'intégralité du questionnaire est présentée en annexe (Annexe 1).

Un premier lien avait été diffusé sur la plateforme SphinxOnline. Seuls deux magistrats ont pu le compléter via leur smartphone, l'accès par ordinateur étant bloqué par le pare-feu ministériel. Un second lien a dû être diffusé via Google-form. Lors de cette seconde diffusion, nous avons demandé aux personnes ayant déjà répondu via SphinxOnline de ne pas participer une deuxième fois. L'analyse des données a pu confirmer l'absence de doublon.

Le recueil des données a eu lieu sur une période de deux mois : du 06/02/2024 au 06/04/2024. Nous avons réalisé une première relance à J42 (18/03/2024) et une seconde à J58 (03/04/2024).

Les variables recueillies étaient pour la majorité quantitatives ou catégorielles. Cependant, certaines questions étaient à réponse ouverte. Dans certains cas (question N°10, 15, 21, 28 et 46) le verbatim a été analysé de façon qualitative afin d'identifier des catégories thématiques. Ces catégories ont ensuite été quantifiées pour en décrire la fréquence. Tous les verbatims ont été conservés.

Pour limiter le taux de non-réponses ou le risque d'arrêt de passation du questionnaire, il était proposé le libellé « ne se prononce pas ».

e) **Recrutement des participants**

Les deux populations ont été sollicitées via une mailing-list déjà existante : forum-JE et forum-JAF. La coordonnatrice des formations continues de l'Ecole Nationale de la Magistrature a pu aider au recrutement en utilisant ces forums.

2. Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été effectuées en deux temps :

- 1^{er} temps : réalisation d'analyses univariées afin de décrire l'ensemble des variables quantitatives au moyen des moyennes et écart-types et l'ensemble des variables qualitatives au moyen d'effectifs et de pourcentages.
- 2^{ème} temps : réalisation d'analyses bivariées :
 - Les proportions sont comparées à l'aide d'un test paramétrique de Chi2 ou à l'aide d'un test non paramétrique de Fisher (lorsque les effectifs théoriques sont <5).
 - Les moyennes sont comparées à l'aide d'un test paramétrique de Student.

Les résultats sont significatifs lorsque « p » est < 0.05.

Les analyses ont été réalisées avec les logiciels Excel, R et R studio version 4.3.2.

B. Résultats

1. Résultats généraux

a) Données socio-démographiques

Participation :

85 personnes ont répondu au questionnaire. 4 ont été exclues des analyses car ne répondaient pas aux critères d'inclusion (n'étaient ni juge des enfants ni juge des affaires familiales). Les analyses ont donc été conduites sur 81 magistrats.

Au total, 41 magistrats ont déclaré exercer actuellement la fonction de juge des enfants (JE) et 40 ont déclaré exercer actuellement la fonction de juge aux affaires familiales (JAF).(Figure 4)

Répartition des magistrats selon leur profession actuelle (%)

N = 81

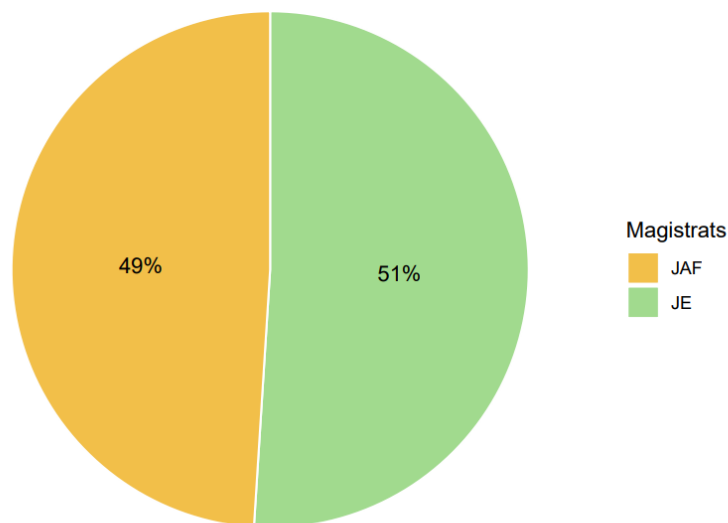


Figure 4 : Participation

Parmi les juges des enfants (N=41), 10% ont exercé comme juge aux affaires familiales antérieurement.

Parmi les juges aux affaires familiales (N=40), 20% ont exercé comme juge des enfants antérieurement.

L'âge moyen était de 42,7 ans, le minimum étant 27 ans et le maximum étant 69 ans. Les magistrats interrogés exerçaient en moyenne depuis 10,2 ans. Le nombre d'année minimum déclaré d'exercice en tant que magistrat était d'un 1 an et le maximum était de 40 ans.

Tableau 2 : Répartition JE et JAF par région actuelle d'exercice

	Juge des enfants, n	Juge aux affaires familiales, n	Juge des enfants et juge aux affaires familiales, n	Total, n(%)
Auvergne-Rhône-Alpes	6	5	0	11 (13,6%)
Bourgogne-Franche-Comté	5	4	0	9 (11,1%)
Grand-Est	4	5	0	9 (11,1%)
Île-de-France	8	1	0	9 (11,1%)
Nouvelle-Aquitaine	3	6	0	9 (11,1%)
Normandie	5	1	0	6 (7,4%)
Centre-Val de Loire	2	4	0	6 (7,4%)
Occitanie	3	2	0	5 (6,2%)
Pays de la Loire	3	2	0	5 (6,2%)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	0	4	1	5 (6,2%)
Hauts-de-France	1	2	0	3 (3,7%)
Bretagne	1	1	0	2 (2,5%)
Réunion	0	1	0	1 (1,2%)
Martinique	1	0	0	1 (1,2%)
Corse	0	0	0	0 (0,0%)
Guadeloupe	0	0	0	0 (0,0%)
Guyane	0	0	0	0 (0,0%)

Mayotte	0	0	0	0 (0,0%)
---------	---	---	---	----------

b) Les facteurs qui participent à la prise de décision

Sur le plan législatif :

	n(%)
Lois françaises permettent d'avoir un cadre précis et suffisant pour la prise de décision, n(%)	
Oui	63 (77.8%)
Non	18 (22.2%)
Facteurs autres que législatifs intervenant dans la prise de décision, n(%)	
Oui	65 (80.2%)
Non	16 (19.8%)
Si oui, autres facteurs intervenant dans la prise de décision*, n(%)	N = 65
Les faits (nature/répétition/contexte)	22 (33.8%)
La demande de l'enfant	16 (24.6%)
La remise en question du parent violent	11 (16.9%)
La santé mentale de l'enfant	10 (15.4%)
L'intérêt de l'enfant	9 (13.8%)
L'historique des rapports parents/enfant	7 (10.8%)
Les avis externes (ASE/psychiatre/psychologue/enseignant/avocat)	6 (9.2%)
Facteurs sociologiques et psychologiques	4 (6.2%)
La santé mentale du/des parents	4 (6.2%)
La demande du/des parents	4 (6.2%)
L'âge de l'enfant	3 (4.6%)
Les expertises psychologiques	3 (4.6%)
La santé physique de l'enfant	3 (4.6%)
La sécurité psychique de l'enfant	2 (3.1%)
Dépôt de plainte	1 (1.5%)
L'historique des rapports entre les parents	1 (1.5%)
Inconnu	9 (13.8%)
Place des recommandations des professionnels de l'ASE dans la prise de décision, n(%)	
Principale et unique	3 (3.7%)
A titre consultatif	69 (85.2%)
Minime	2 (2.5%)
Ne se prononce pas	7 (8.6%)
* Non mutuellement exclusifs	

Tableau 3 : Facteurs participants à la prise de décision

Nous observons que 80% (N=65) des magistrats déclarent que des facteurs autres que législatif interviennent dans la prise de décision. Parmi eux, 34% citent « les faits » (nature/répétition/contexte), 25% citent « la demande de l'enfant » et 17% « la remise en question du parent violent ». En 4ème et 5ème position seulement arrivent la santé mentale de l'enfant (15%) et l'intérêt de l'enfant (14%). (Figure 5)

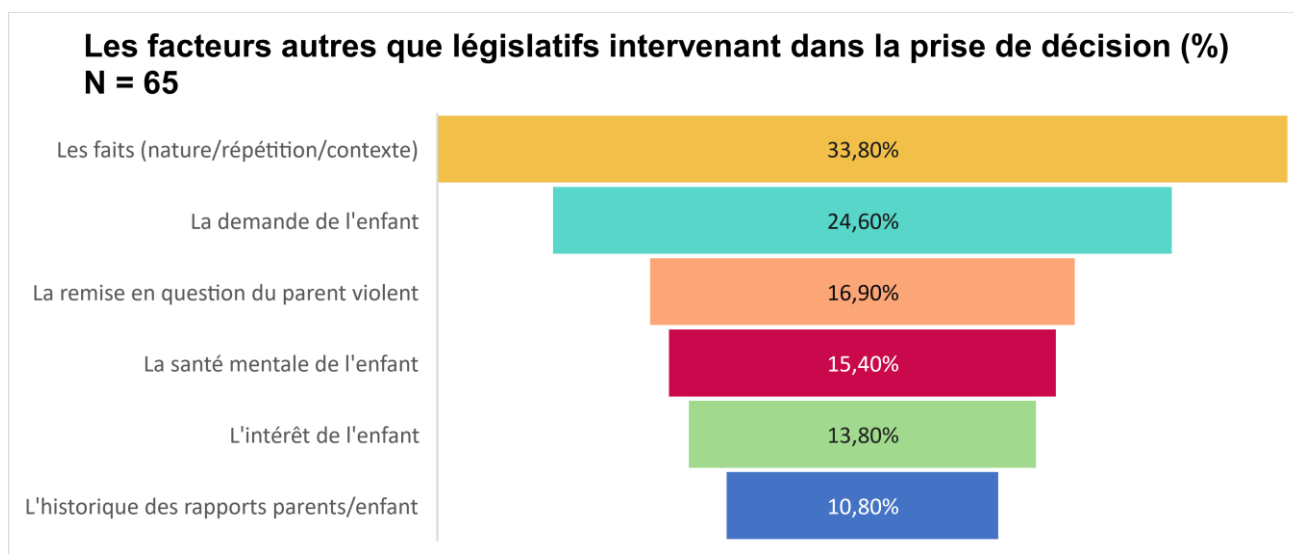


Figure 5 : Facteurs autres que législatifs

Il est à noter que la question sur les « autres facteurs qui participent à la prise de décision » était une question à texte libre, les données écrites brutes ont été triées en catégories puis analysées en effectif et pourcentage. Les réponses écrites étaient spontanées.

La place de l'enfant dans les prises de décision :

	n(%)
Interroge l'enfant lors de la prise de décision, n(%)	
Systématiquement	22 (27.2%)
Souvent	34 (42.0%)
Rarement	17 (21.0%)
Jamais	1 (1.2%)
Ne se prononce pas	7 (8.6%)
Entend l'enfant, n(%)	
Seul	69 (85.2%)
Seul dans un premier temps puis avec ses parents	5 (6.2%)
Avec ses parents dans un premier temps puis seul	2 (2.5%)

	Inconnu	5 (6.2%)
Si en présence du/des parents, la demande d'audition conjointe émerge..., n(%)		
	Du mineur lui-même	8 (9.9%)
	Du/des parents	2 (2.5%)
	Du juge	4 (4.9%)
	Autre	8 (9.9%)
	Inconnu	59 (72.8%)
Se sentir en difficultés lorsque l'enfant montre un lien affectif important avec le parent auteur des violences, n(%)		
	Systématiquement	3 (3.7%)
	Souvent	27 (33.3%)
	Rarement	43 (53.1%)
	Jamais	4 (4.9%)
	Ne se prononce pas	4 (4.9%)

Tableau 4 : La place de l'enfant

La place des expertises vs la place des attestations :

Pour deux tiers des participants, l'expertise psychologique et psychiatrique participe à la prise de décision. (Figure 6)

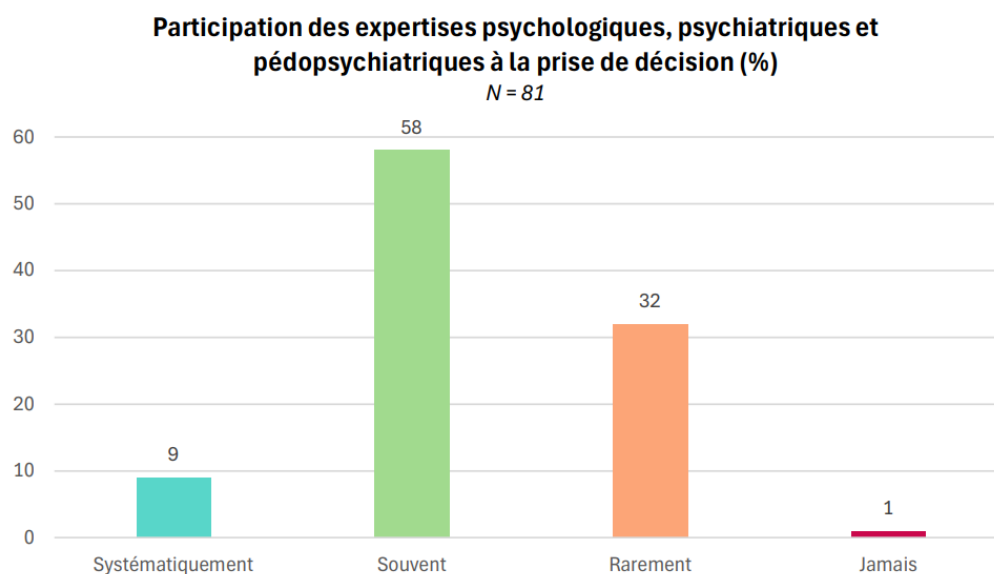


Figure 6 : Participation des expertises dans l'aide à la prise de décision

La quasi-totalité des magistrats (96%) interrogés déclarent qu'un écrit du/de la pédopsychiatre/psychologue référent peut aider à la prise de décision. (Figure 7)

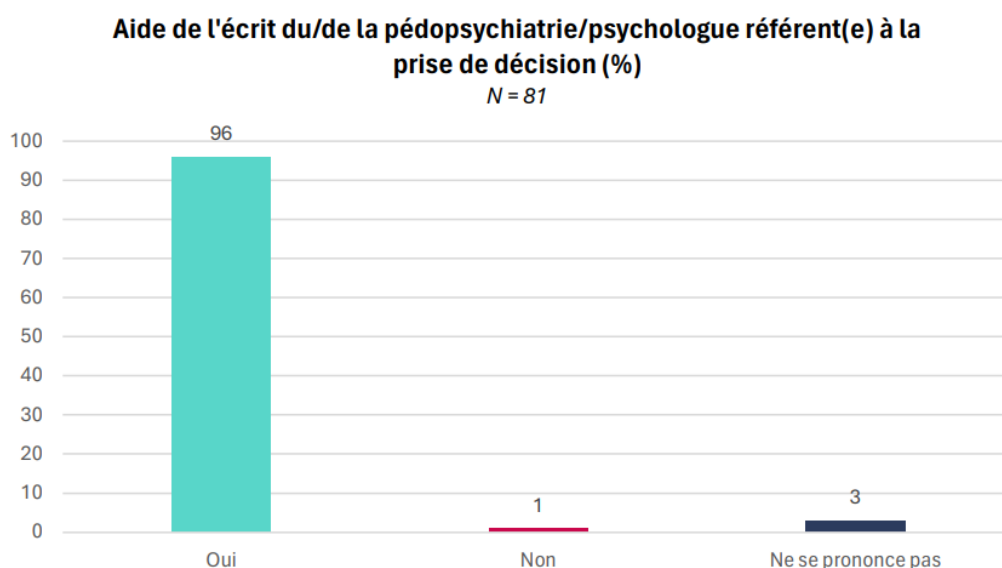


Figure 7 : Participation de l'écrit du/de la pédopsychiatre/psychologue référent(e) dans l'aide à la prise de décision

Parmi les 78 magistrats (96%) ayant répondu « Oui » : **65% (N=51) indiquent que l'écrit du/de la pédopsychiatre/psychologue référent.e de l'enfant a un poids équivalent par rapport à une expertise**. 14 (18%) indiquent que l'expertise prime sur cet écrit, tandis que 4 magistrats (5%) indiquent que l'écrit du référent prime.

Si oui, poids de cet écrit par rapport à une expertise, n(%)	N = 78
Un poids équivalent	51 (65.4%)
L'expertise prime	14 (17.9%)
L'écrit du/de la pédopsychiatre/psychologue référent(e) prime	4 (5.1%)
Ne se prononce pas	9 (11.5%)

Sur le traitement législatif des violences faites aux mineurs :

38 magistrats (juges des enfants et juges aux affaires familiales), soit environ 47% des répondants ont déclaré trouver « juste et adapté le traitement législatif des violences faites aux mineurs » dans le cadre de violences intrafamiliales. 29 (36%) ont répondu « Non » et 14 (17%) ont choisi de ne pas se prononcer.

c) Représentations

Sur le lien :

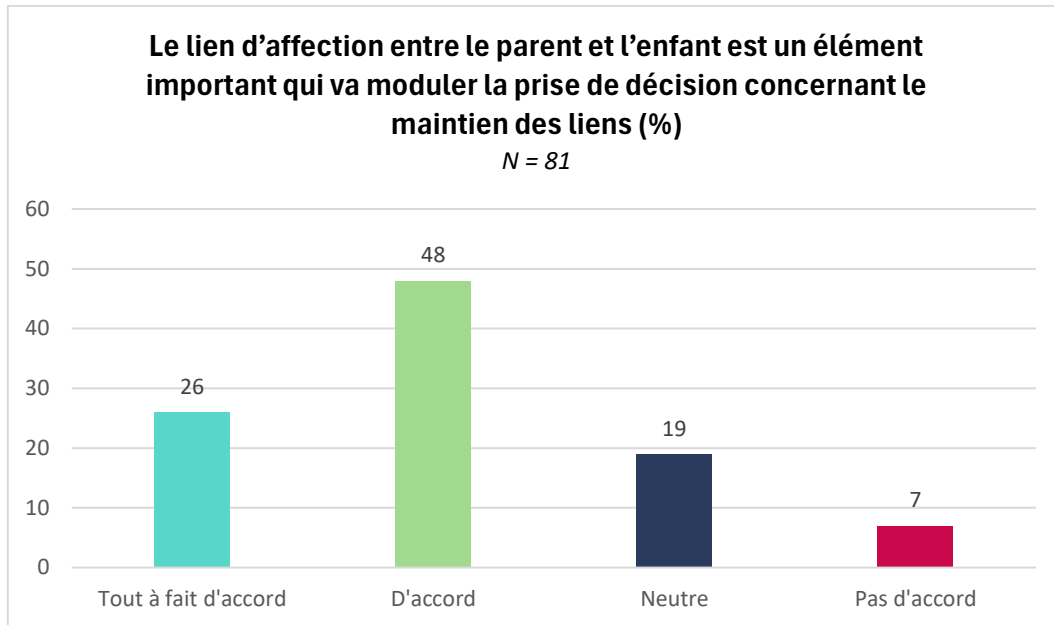


Figure 8 : Lien d'affection

Le lien d'affection entre le parent et l'enfant est un élément important qui va moduler votre prise de décision concernant le maintien des liens, n(%)	
Tout à fait d'accord	21 (25.9%)
D'accord	39 (48.1%)
Neutre	15 (18.5%)
Pas d'accord	6 (7.4%)
Pas du tout d'accord	0 (0.0%)
Définition du "lien affectif" entre un parent et son enfant*, n(%)	
Sécurité	70 (86.4%)
Affection (par des gestes, des paroles ou d'autres formes de démonstration d'amour)	54 (66.7%)
Disponibilité psychique	38 (46.9%)
Confiance mutuelle	32 (39.5%)
Soutien émotionnel	25 (30.9%)
Durabilité	17 (21.0%)
Loyauté	6 (7.4%)
Transmission	3 (3.7%)
Lien filial synonyme de lien affectif, n(%)	
Oui	5 (6.2%)
Non	70 (86.4%)
Ne se prononce pas	6 (7.4%)

Importance du lien juridique de filiation dans la pratique professionnelle, n(%)	
	Oui 61 (75.3%)
	Non 14 (17.3%)
	Ne se prononce pas 6 (7.4%)
* Non mutuellement exclusifs	

Tableau 5 : Représentation sur le lien

Le lien d'affection entre le parent et l'enfant est un élément important qui va moduler la prise de décision concernant le maintien des liens pour 74% des magistrats (26% sont « tout à fait d'accord » et 48% sont « d'accord ») (Figure 8). Pour 86% des magistrats, le lien filial n'est pas synonyme de lien affectif et 75% estiment que le lien juridique de filiation représente un facteur important dans leur pratique.

Sur la définition du « lien affectif », il était demandé de sélectionner trois items parmi : sécurité, affection (par des gestes, des paroles ou d'autres formes de démonstration d'amour), disponibilité psychique, confiance mutuelle, soutien émotionnel, durabilité, loyauté et transmission. Sur la totalité des répondants (N=81 ; JE et JAF), 70 (86%) ont répondu « sécurité » parmi un des trois items sélectionnés. La différence de réponse entre les juges des enfants et juges aux affaires familiales sera détaillée ultérieurement.

Sur le développement psycho-affectif et cognitif de l'enfant :

A la question « *Selon vous, le maintien du lien parent-enfant conditionne-t-il le bon développement de l'enfant sur le plan psycho-affectif et cognitif ?* », un seul magistrat a répondu « Totallement », 41% ont répondu « Souvent » (soit N=33), 48% ont répondu « Parfois » (soit N=39) et un seul a répondu « Jamais ». 7 n'ont pas souhaité se prononcer.

Cette question sera analysée plus en détail dans les parties suivantes.

Sur la sécurité lors des visites médiatisées :

Sécurité de l'enfant lors des visites médiatisées, n(%)	
Totalement	11 (13.6%)
Partiellement	67 (82.7%)
Non	1 (1.2%)
Ne se prononce pas	2 (2.5%)
Facteurs assurant la sécurité de l'enfant lors des visites médiatisées*, n(%)	
Présence d'un tiers professionnel	33 (40.7%)
Préparation de la visite avec l'enfant	21 (25.9%)
Médiatisation totale (présence constante du tiers)	18 (22.2%)
Préparation de la visite avec le parent	18 (22.2%)
Le lieu (neutre/contenant/sécurisant)	10 (12.3%)
Présence d'un binôme professionnel (éducateur/psychologue)	5 (6.2%)
Inconnu	13 (16.0%)
* Non mutuellement exclusifs	

Tableau 6 : Sécurité lors des visites médiatisées

Un seul magistrat participant considère que l'enfant n'est pas en sécurité lors des visites médiatisées tandis que 14% l'estiment « Totalement » en sécurité. Ils sont 83% à considérer que la sécurité est partielle.

Les différents facteurs assurant la sécurité ont été interrogés par une question à texte libre. Les réponses écrites brutes ont été triées par catégories et analysées par effectif et pourcentage.

d) Pratiques, formations et connaissances

Pratiques :

Dans l'exercice actuel, fréquence des affaires de violences intrafamiliales, n(%)	
Très souvent (plus de 75%)	8 (9.9%)
Souvent (entre 50 et 75%)	37 (45.7%)
Parfois (entre 25 et 50%)	32 (39.5%)
Rarement (moins de 25%)	4 (4.9%)
Jamais	0 (0%)
Dans l'exercice actuel, fréquence de la prise de décision concernant le maintien ou non des liens entre parent et enfant, n(%)	
Très souvent (plus de 75%)	17 (21.0%)
Souvent (entre 50 et 75%)	33 (40.7%)

	Parfois (entre 25 et 50%)	25 (30.9%)
	Rarement (moins de 25%)	6 (7.4%)
	Jamais	0 (0%)

Tableau 7 : Pratiques

Plus de la moitié des participants (56%) ont des affaires de violences intrafamiliales dans leur pratique actuelle entre souvent et très souvent, représentant la majorité de leur activité. 62% sont confrontés à la prise de décision concernant le maintien des liens entre parent et enfant dans leur pratique entre souvent et très souvent, représentant la majorité de leur activité.

Formations spécifiques :

Il a été demandé d'estimer leur niveau de formation en « Excellent », « Bon », « Moyen », « Passable » et « Mauvais » sur le Trouble de Stress Post Traumatique (ou psychotraumatisme) de l'enfant et de l'adolescent, sur la Dissociation, sur le Développement de l'enfant et de l'adolescent, sur la Théorie de l'attachement et sur les Besoins fondamentaux de l'enfant et de l'adolescent. (Figure 9)

Les résultats sont présentés ci-dessous, pour la totalité (N=81) des magistrats ayant participé.

Les résultats seront analysés dans les parties suivantes sur les différences JE vs JAF.

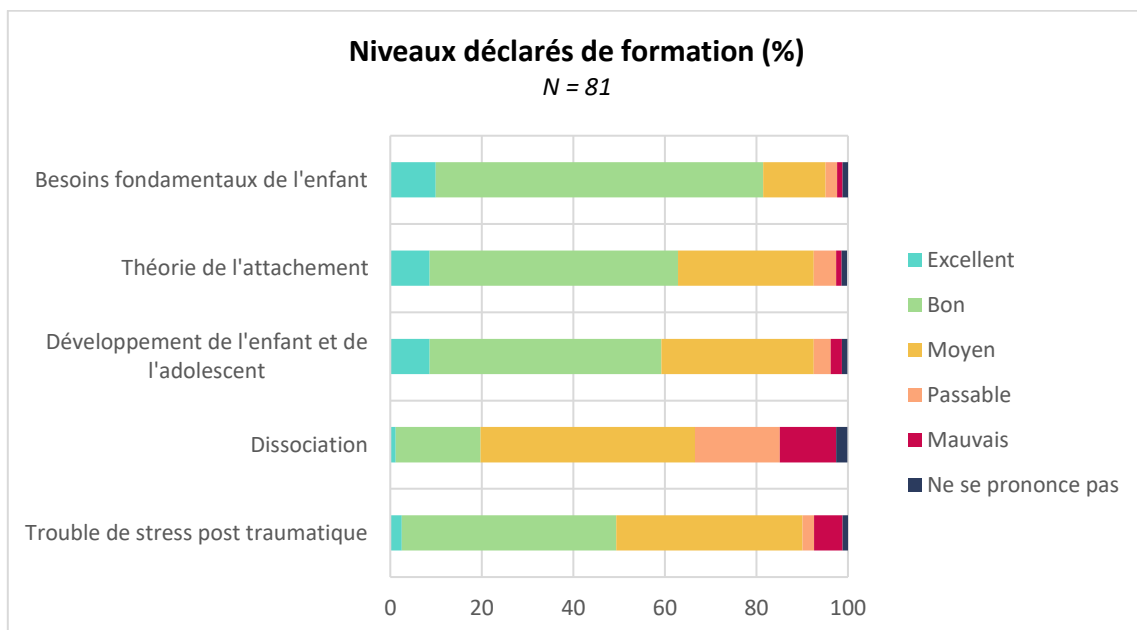


Figure 9 : Niveaux de formation

Connaissance suffisante de la notion de sécurité psychique, n(%)	
Totalement	22 (27.2%)
Partiellement	58 (71.6%)
Pas du tout	0 (0%)
Ne se prononce pas	1 (1.2%)

Tableau 8 : Connaissance sur la sécurité psychique

Concernant la sécurité psychique, 72% des magistrats estiment connaître cette notion « Partiellement ».

Concernant les formations obligatoires et facultatives en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent :

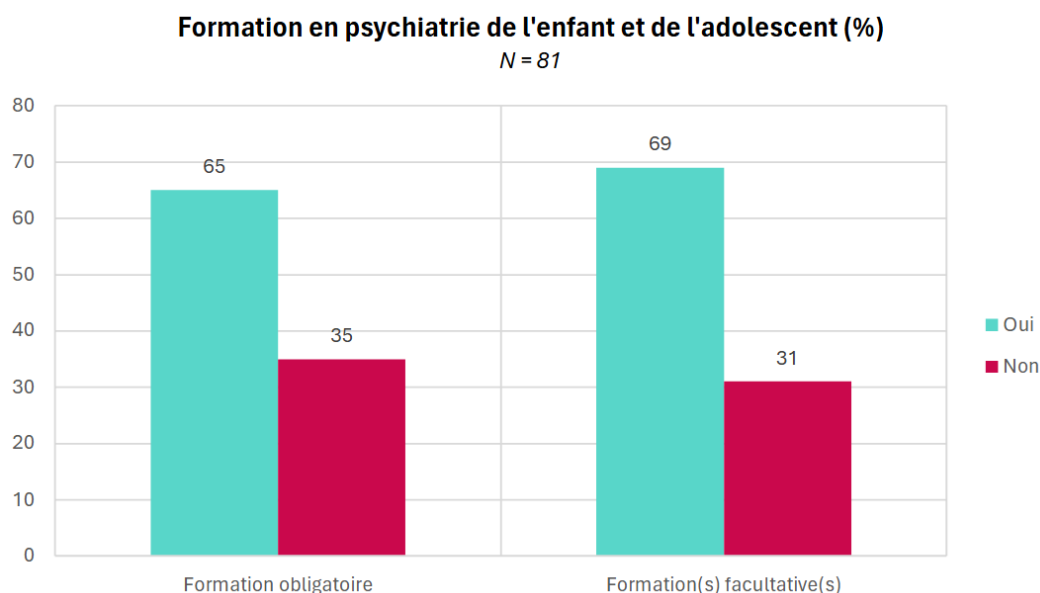


Figure 10 : Formations obligatoires et formations facultatives

Parmi les magistrats ayant suivi une formation obligatoire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 87% déclarent avoir été formés aux conséquences psychotraumatiques et développementales des violences envers l'enfant.

Pour 82% des magistrats ayant suivi une formation facultative sur la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (soit 46 magistrats sur les 56) cette formation était issue d'un module spécifique dans le cadre de la formation continue.

Formations facultatives sur la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, n(%)	
Oui	56 (69.1%)
Non	25 (30.9%)
Si oui, lesquelles*, n(%)	N = 56
Module spécifique dans le cadre de la formation continue	46 (82.1%)
Conférences	17 (30.4%)
Séminaires	5 (8.9%)
DU/DIU	4 (7.1%)
Congrès	2 (3.6%)
Autre	9 (16.1%)
* Non mutuellement exclusifs	

Tableau 9 : Formations facultatives

e) Perspectives d'évolution

Difficultés lors de la prise de décision concernant le maintien ou non des liens entre parent(s) et enfant, n(%)	
Systématiquement	1 (1.2%)
Souvent	34 (42.0%)
Rarement	44 (54.3%)
Jamais	0 (0%)
Ne se prononce pas	2 (2.5%)
Liens professionnels et réguliers avec la pédopsychiatrie de secteur, n(%)	
Oui	15 (18.5%)
Non	64 (79.0%)
Ne se prononce pas	2 (2.5%)
Si oui, ces liens sont*, n(%)	N = 15
Suffisants en termes de fréquence	7 (46.7%)
Insuffisants en termes de fréquence	7 (46.7%)
Satisfaisants en termes de qualité	6 (40.0%)
Insatisfaisants en termes de qualité	4 (26.7%)
Aide potentielle de liens plus serrés avec des équipes spécialisées dans la prise en charge de victimes de violences, n(%)	
Oui	44 (54.3%)
Peut-être	31 (38.3%)
Non	5 (6.2%)
Ne se prononce pas	1 (1.2%)
Limites à l'établissement de ces liens*, n(%)	
Temps / disponibilité	37 (45.7%)
Manque de contact	16 (19.8%)
La loi / le cadre procédural	6 (7.4%)
Respect du principe contradictoire	5 (6.2%)

Impartialité / neutralité	3 (3.7%)
Respect de la mission de chacun	2 (2.5%)
Réticence des professionnels de santé	2 (2.5%)
Inconnu	23 (28.4%)
Types d'outils utiles pour les demandeurs/demandeuses d'aide dans la prise de décision*, n(%)	
Un réseau partenarial pédopsychiatrique plus étayant	56 (69.1%)
Programme de formation spécifique sur le psychotraumatisme	29 (35.8%)
Programme de formation spécifique sur le développement de l'enfant et de l'adolescent	22 (27.2%)
Programme de formation spécifique sur l'attachement	22 (27.2%)
Autre	9 (11.1%)
Aucun	5 (6.2%)
* Non mutuellement exclusifs	

Tableau 10 : Perspectives d'évolution

La majorité des magistrats interrogés déclarent se sentir rarement en difficultés lors des prises de décision concernant le maintien ou non des liens entre le parent auteur des violences et l'enfant. Un magistrat a déclaré se sentir « Systématiquement » en difficulté et 42% « Souvent ».

Les liens professionnels avec la pédopsychiatrie de secteur, l'aide potentielle avec des équipes spécialisées dans la prise en charge de victimes de violences et les différents types d'outils potentiellement utiles pour l'aide à la prise de décision seront détaillés dans l'analyse JE vs JAF.

2. Différences de réponses entre juges des enfants et juges aux affaires familiales

	Juge des enfants N = 41	Juge aux affaires familiales N = 40	P
Age, moy (sd)	38,9 (8,81)	46,7 (9,94)	<0,001
Médiane [Min, Max]	37,0 [27,0, 62,0]	45,5 [29,0, 69,0]	
Nombre d'années d'exercice en tant que magistrat, moy (sd)	7,59 (6,32)	13,0 (10,0)	<0,01
Médiane [Min, Max]	6,00 [1,00, 28,0]	11,1 [1,00, 40,0]	

Tableau 11 : JE vs JAF : données socio-démographiques

Les juges des enfants sont significativement plus jeunes que les juges aux affaires familiales, qui ont eux un nombre d'années d'exercice en tant que magistrat plus élevé que les JE.

	JE N=41	JAF N=40	P
Lois françaises permettent d'avoir un cadre précis et suffisant pour la prise de décision, n(%)			
Oui	30 (73.2%)	33 (82.5%)	0.3
Non	11 (26.8%)	7 (17.5%)	
Facteurs autres que législatifs intervenant dans la prise de décision, n(%)			
Oui	36 (87.8%)	29 (72.5%)	0.08
Non	5 (12.2%)	11 (27.5%)	
Place des recommandations des professionnels de l'ASE dans la prise de décision, n(%)			
Principale et unique	3 (7.3%)	0 (0%)	0.08
A titre consultatif	38 (92.7%)	31 (77.5%)	
Minime	0 (0%)	2 (5.0%)	
Ne se prononce pas	0 (0%)	7 (17.5%)	
Interroge l'enfant lors de la prise de décision, n(%)			
Systematiquement/souvent	41 (100%)	15 (37.5%)	<0.0001
Rarement/jamais	0 (0%)	18 (45.0%)	
Ne se prononce pas	0 (0%)	7 (17.5%)	

Tableau 12 : JE vs JAF : facteurs participants

Les juges des enfants interrogent de façon systématique l'enfant (100%). Etant contraints par la loi, les résultats significatifs ($p < 0.0001$) sont attendus en comparaison aux juges aux affaires familiales.

	JE N=41	JAF N=40	P
Définition du "lien affectif" entre un parent et son enfant*, n(%)			
Sécurité	37 (90.2%)	33 (82.5%)	0.3
Affection (par des gestes, des paroles ou d'autres formes de démonstration d'amour)	28 (68.3%)	26 (65.0%)	0.8
Disponibilité psychique	25 (61.0%)	13 (32.5%)	0.01
Confiance mutuelle	8 (19.5%)	24 (60.0%)	<0.001
Soutien émotionnel	16 (39.0%)	9 (22.5%)	0.1
Durabilité	6 (14.6%)	11 (27.5%)	
Loyauté	3 (7.3%)	3 (7.5%)	

Transmission	1 (2.4%)	2 (5.0%)	
* Non mutuellement exclusifs			

Tableau 13 : Définition "lien affectif" JE vs JAF

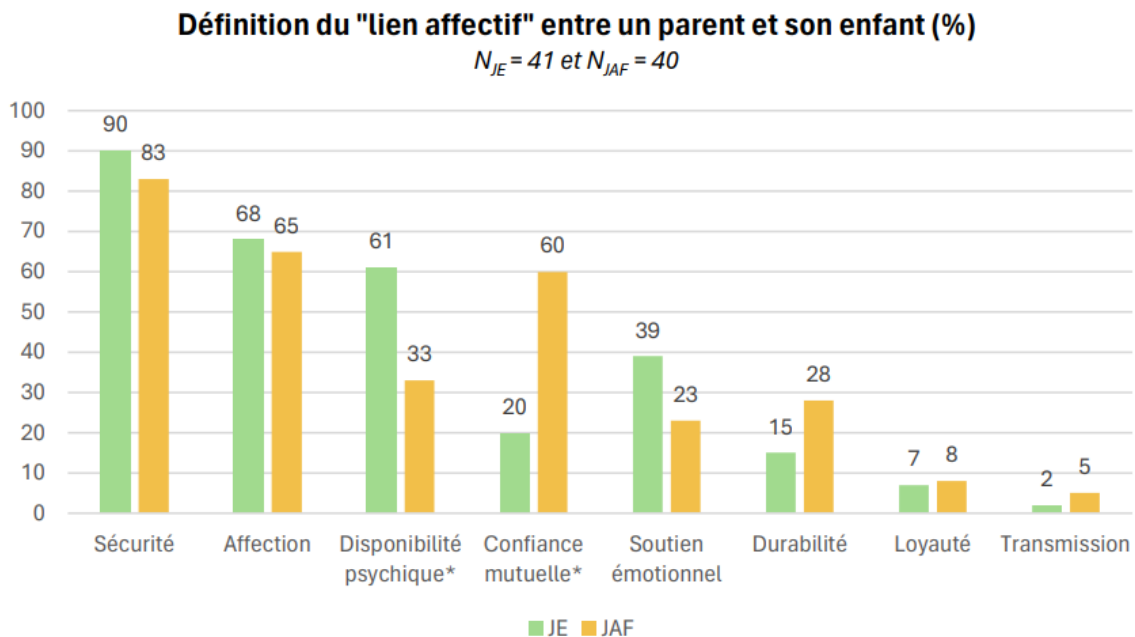


Figure 11 : Définition du "lien affectif" entre un parent et son enfant, selon JE et JAF (* = significatif)

Pour définir « Lien affectif » il a été demandé aux magistrats de sélectionner trois réponses. Les items « Sécurité » et « Affection » étaient majoritaires pour les deux populations étudiées. L’item « Disponibilité psychique » apparaissait en troisième position chez les JE tandis que les JAF sélectionnaient davantage l’item « Confiance mutuelle ». Cette différence dans la définition apparaît de façon significative. (Figure 11)

Sur la fréquence des affaires de violences intrafamiliales dans leur pratique quotidienne, les JE ont répondu à 80% (N = 33) être confrontés « très souvent » ou « souvent » tandis que les JAF répondent majoritairement « parfois » et « rarement » ($p < 0.0001$). (Figure 12)

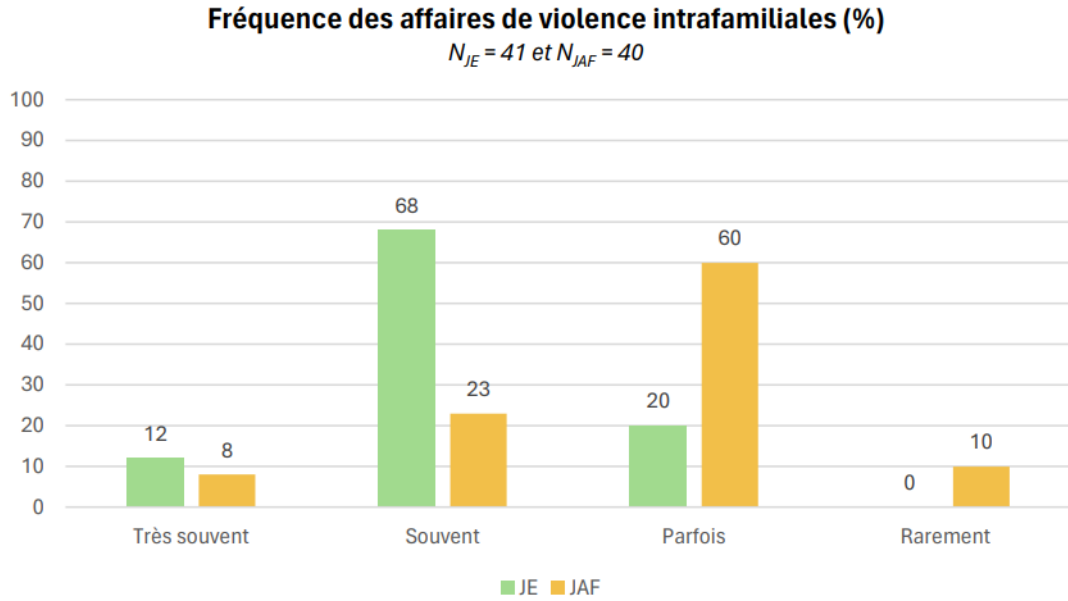


Figure 12 : Fréquence des affaires de violences intrafamiliales, JE vs JAF

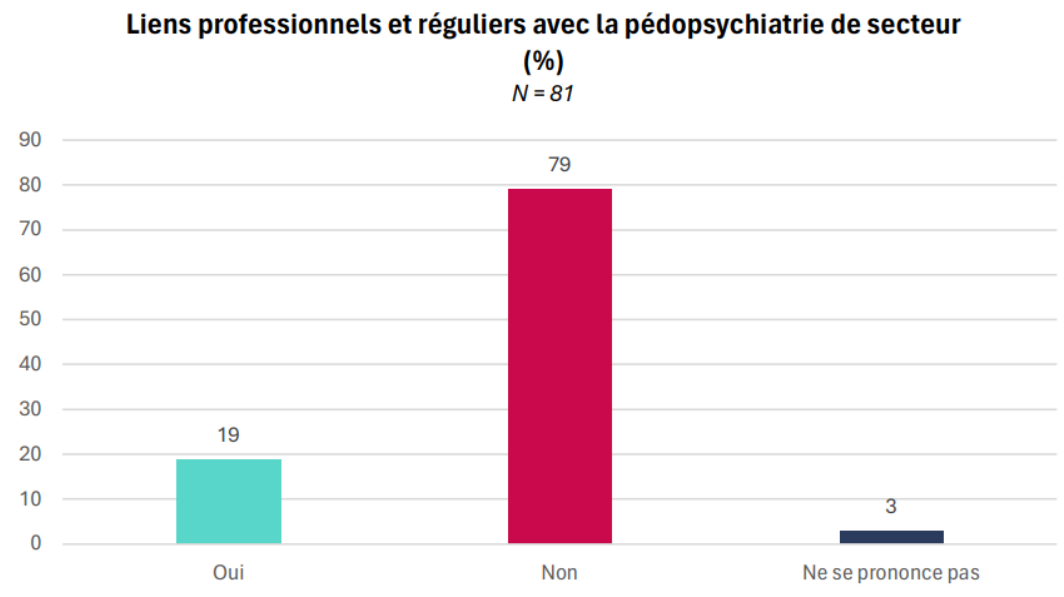


Figure 13 : Liens professionnels et réguliers avec la pédopsychiatrie de secteur

	JE N=41	JAF N=40	P
Liens professionnels et réguliers avec la pédopsychiatrie de secteur, n(%)			
Oui	12 (29.3%)	3 (7.5%)	<0.01
Non	27 (65.9%)	37 (92.5%)	
Ne se prononce pas	2 (4.9%)	0 (0%)	

Tableau 14 : Liens avec la pédopsychiatrie de secteur : JE vs JAF

79% des magistrats participants ont déclaré ne pas avoir de liens réguliers avec les services de pédopsychiatrie de leur secteur. (Figure 13)

92,5% des JAF ont répondu « Non » contre 66% de JE, tandis que les JE apparaissent plus nombreux à avoir répondu « Oui » que les JAF. ($p < 0,01$)

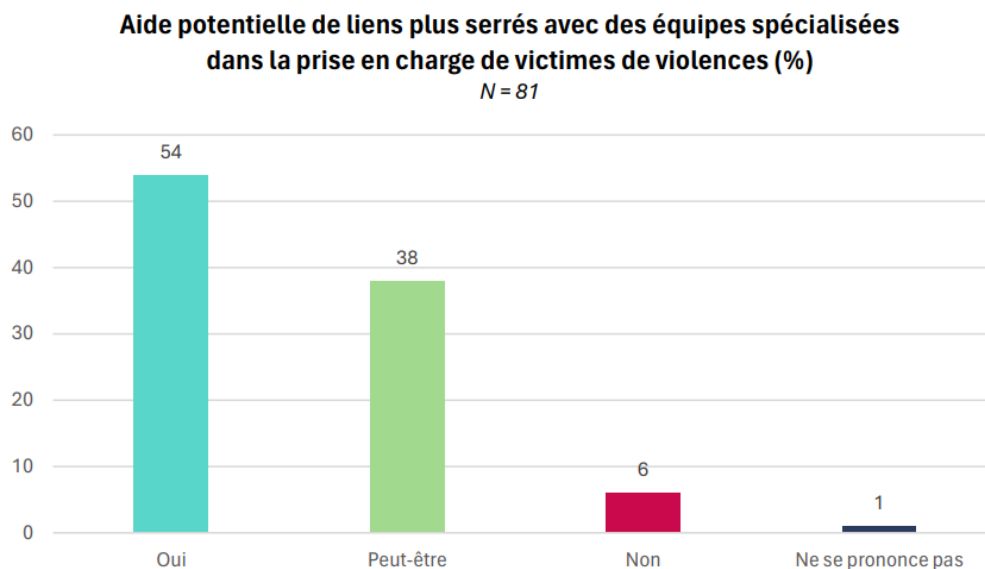


Figure 14 : Aide potentielle d'équipes spécialisées dans la prise en charge de victimes de violences

Ils sont 54% à penser qu'avoir des liens plus serrés avec des équipes spécialisées dans la prise en charge de victimes de violences pourrait les aider (70% des JE et 37,5% des JAF). 38% pensent que ces équipes spécialisées pourraient « peut-être » les aider, parmi eux 22% des JE et 55% des JAF. Cette différence entre les deux populations (JE et JAF) est significative ($p < 0,01$). Au total donc, 92% considèrent que ce type de collaboration pourrait apporter une aide. (Figure 14)

Lorsque nous leur demandons quels types d'outils ils souhaiteraient avoir pour les aider dans les prises de décision, la différence de réponse entre les JE et JAF revient significative ($p < 0,05$). Les JE apparaissent davantage demandeurs que les JAF d'un réseau partenarial

pédopsychiatrique plus étayant. Tandis que les JAF apparaissent plus demandeurs de formations spécifiques que les JE, en particulier sur l'attachement. (Figure 15)

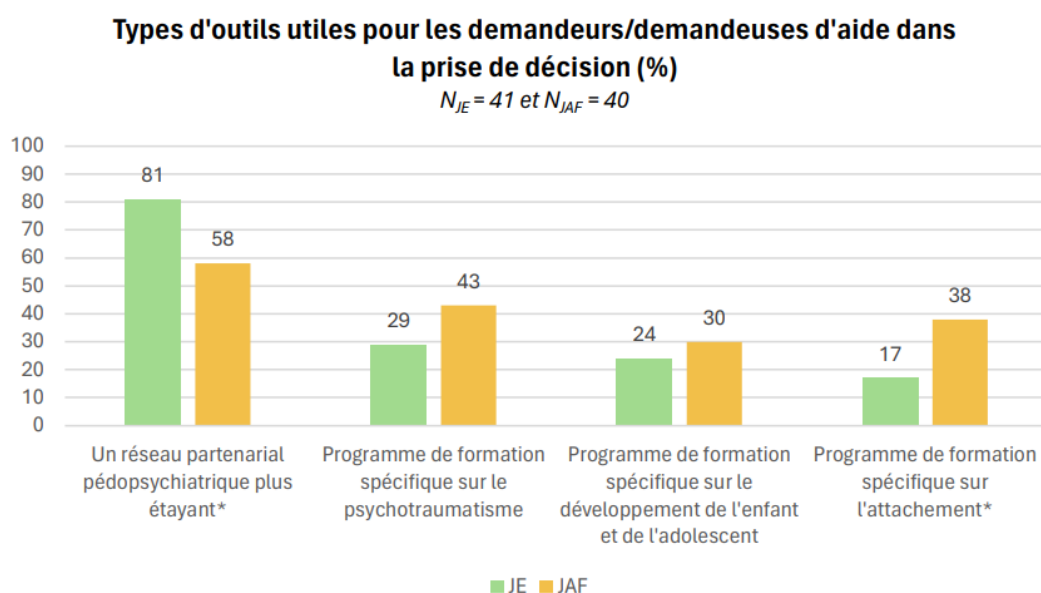


Figure 15 : Type d'outils pour l'aide à la prise de décision (* = significatif)

3. Formations en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent au cours du cursus des magistrats : facteur influent ?

Formations obligatoires sur la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent :

Nous avons comparé deux groupes de magistrats, ceux ayant répondu « Oui » à la question « Avez-vous suivi des formations **obligatoires** sur la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au cours de vos études ? » et ceux ayant répondu « Non ».

Analyse des réponses des magistrats selon le fait qu'ils aient reçu ou non une formation obligatoire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent			
	Formation obligatoire	Pas de formation obligatoire	p
	N=53	N=28	
Sécurité de l'enfant lors des visites médiatisées, n(%)			
Totalement	4 (7.5%)	7 (25.0%)	<0.05
Partiellement/non	47 (88.7%)	21 (75.0%)	
Ne se prononce pas	2 (3.8%)	0 (0%)	

Niveau de formation sur le trouble de stress post traumatique, n(%)			
Bon/excellent	32 (60.4%)	8 (28.6%)	<0.05
Moyen/passable/mauvais	21 (39.6%)	18 (64.3%)	
Ne se prononce pas	0 (0%)	1 (3.6%)	
Niveau de formation sur la dissociation, n(%)			
Bon/excellent	16 (30.2%)	0 (0%)	<0.01
Moyen/passable/mauvais	37 (69.8%)	26 (92.9%)	
Ne se prononce pas	0 (0%)	2 (7.1%)	
Niveau de formation sur le développement de l'enfant et de l'adolescent, n(%)			
Bon/excellent	38 (71.7%)	10 (35.7%)	<0.01
Moyen/passable/mauvais	15 (28.3%)	17 (60.7%)	
Ne se prononce pas	0 (0%)	1 (3.6%)	
Niveau de formation sur la théorie de l'attachement, n(%)			
Bon/excellent	35 (66.0%)	16 (57.1%)	0.6
Moyen/passable/mauvais	18 (34.0%)	11 (39.3%)	
Ne se prononce pas	0 (0%)	1 (3.6%)	
Niveau de formation sur les besoins fondamentaux de l'enfant, n(%)			
Bon/excellent	45 (84.9%)	21 (75.0%)	0.5
Moyen/passable/mauvais	8 (15.1%)	6 (21.4%)	
Ne se prononce pas	0 (0%)	1 (3.6%)	

Tableau 15 : Formation obligatoire "Oui" vs "Non"

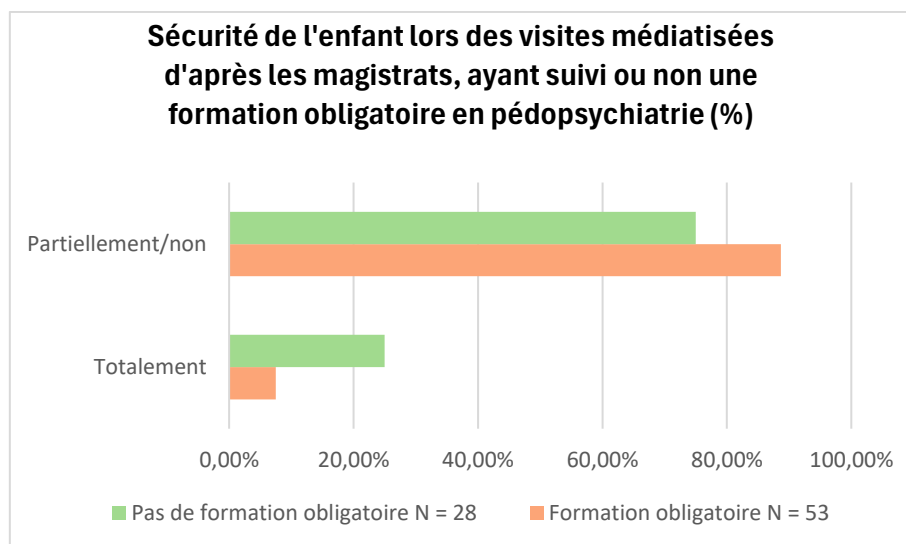


Figure 16 : Sécurité de l'enfant lors des visites médiatisées / Formation obligatoire

Les magistrats ayant reçu une formation obligatoire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pensent davantage (que ceux n'en ayant pas reçu) que les enfants ne sont que partiellement

voire pas en sécurité lors des visites médiatisées. Tandis que ceux qui affirment que l'enfant est « totalement » en sécurité sont plus nombreux à ne pas avoir reçu de formation. Cette différence est significative ($p < 0,05$). (Figure 16)

Le niveau déclaré de formation sur le TSPT, sur la dissociation et sur le développement de l'enfant et de l'adolescent est significativement meilleur chez ceux ayant reçu une formation obligatoire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au cours de leur cursus.

Formations facultatives sur la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent :

Nous avons également comparé deux groupes de magistrats, ceux ayant répondu « Oui » à la question « *Avez-vous suivi des formations facultatives, à votre initiative, sur la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent ?* » et ceux ayant répondu « Non ».

Seule l'analyse des réponses significatives sera détaillée.

Analyse des réponses des magistrats selon le fait qu'ils aient reçu ou non une formation facultative en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent			
	Formation facultative	Pas de formation facultative	p
	N = 56	N = 25	
Interroge l'enfant lors de la prise de décision, n(%)			
Systématiquement/souvent	42 (75.0%)	14 (56.0%)	<0.05
Rarement/jamais	9 (16.1%)	9 (36.0%)	
Ne se prononce pas	5 (8.9%)	2 (8.0%)	
Niveau de formation sur le trouble de stress post traumatique, n(%)			
Bon/excellent	36 (64.3%)	4 (16.0%)	<0.0001
Moyen/passable/mauvais	20 (35.7%)	20 (80.0%)	
Ne se prononce pas	0 (0%)	1 (4.0%)	
Niveau de formation sur la dissociation, n(%)			
Bon/excellent	13 (23.2%)	3 (12.0%)	0.4
Moyen/passable/mauvais	43 (76.8%)	20 (80.0%)	
Ne se prononce pas	0 (0%)	2 (8.0%)	
Niveau de formation sur le développement de l'enfant et de l'adolescent, n(%)			

Bon/excellent	43 (76.8%)	5 (20.0%)	<0.0001
Moyen/passable/mauvais	13 (23.2%)	19 (76.0%)	
Ne se prononce pas	0 (0%)	1 (4.0%)	
Niveau de formation sur la théorie de l'attachement, n(%)			
Bon/excellent	43 (76.8%)	8 (32.0%)	<0.001
Moyen/passable/mauvais	13 (23.2%)	16 (64.0%)	
Ne se prononce pas	0 (0%)	1 (4.0%)	
Niveau de formation sur les besoins fondamentaux de l'enfant, n(%)			
Bon/excellent	50 (89.3%)	16 (64.0%)	<0.05
Moyen/passable/mauvais	6 (10.7%)	8 (32.0%)	
Ne se prononce pas	0 (0%)	1 (4.0%)	
Connaissance suffisante de la notion de sécurité psychique, n(%)			
Totalement	19 (33.9%)	3 (12.0%)	<0.05
Partiellement	37 (66.1%)	21 (84.0%)	
Ne se prononce pas	0 (0%)	1 (4.0%)	

Tableau 16 : Formation facultative "Oui" vs "Non"

Pour les formations facultatives, c'est le niveau déclaré de formation sur le TSPT ($p < 0,0001$), sur le développement de l'enfant et de l'adolescent, sur la théorie de l'attachement et sur les besoins fondamentaux de l'enfant qui revient significativement meilleur chez ceux ayant reçu une formation facultative en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent durant leur cursus. Ils connaissent également mieux la notion de sécurité psychique ($p < 0,05$). La différence de niveau de formation sur la dissociation n'est pas significative pour les formations facultatives.

Les magistrats ayant reçu une formation facultative en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent sont plus nombreux à interroger l'enfant, dans le cadre de la prise de décision sur le maintien ou non des liens avec le(s) parent(s) ($p < 0,05$).

Niveau de formation sur le psychotraumatisme de l'enfant et de l'adolescent :

Nous avons interrogé les magistrats sur leur niveau estimé de formation au trouble de stress post traumatique (ou psychotraumatisme de l'enfant et de l'adolescent) et nous avons regroupé les réponses « Excellent » et « Bon » en une seule catégorie, et les réponses « Moyen », « Passable » et « Mauvais » dans une seconde catégorie, afin d'obtenir deux groupes homogènes.

Nous avons mené plusieurs analyses et la seule revenue significative portait sur la notion de sécurité psychique.

Analyse de l'importance du maintien du lien entre un parent auteur de violences intrafamiliales et son enfant d'après des magistrats selon leur niveau de formation sur le TSPT			
	Excellent / bon	Moyen / passable / mauvais	p
	N=40	N=40	
Connaissance suffisante de la notion de sécurité psychique, n(%)			
Totalement	17 (42.5%)	5 (12.5%)	<0.001
Partiellement	17 (42.5%)	35 (87.5%)	
Ne se prononce pas	0 (0%)	0 (0%)	

Tableau 17 : Notion de sécurité psychique selon niveau de formation TSPT

4. Représentations

Nous avons interrogé les magistrats sur une question qui touche aux représentations, puis analysé la réponse en comparant différents facteurs.

A la question « Selon vous, le maintien du lien parent-enfant conditionne-t-il le bon développement de l'enfant sur le plan psycho-affectif et cognitif ? », nous avons regroupé les réponses « Totalement » et « Souvent » en une catégorie, et les réponses « Parfois » et « Jamais » dans une seconde catégorie. Seule l'analyse des réponses significatives sera détaillée.

Analyse de l'importance du maintien du lien entre un parent auteur de violences intrafamiliales et son enfant d'après des magistrats selon leur réponse à la question			
	Totalement / souvent	Parfois / jamais	p
	N = 34	N = 40	
Age, moy (sd)	45.1 (10.8)	39.6 (9.04)	<0.05
Médiane [Min, Max]	45.0 [27.0, 69.0]	36.0 [29.0, 62.0]	
Sécurité de l'enfant lors des visites médiatisées, n(%)			
Totalement	8 (23.5%)	2 (5.0%)	<0.05
Partiellement/non	26 (76.5%)	37 (92.5%)	
Ne se prononce pas	0 (0%)	1 (2.5%)	
Niveau de formation sur la dissociation, n(%)			
Bon/excellent	3 (8.8%)	11 (27.5%)	<0.05
Moyen/passable/mauvais	30 (88.2%)	29 (72.5%)	
Ne se prononce pas	1 (2.9%)	0 (0%)	
Formation obligatoire sur la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au cours des études, n(%)			
Oui	17 (50.0%)	33 (82.5%)	<0.01
Non	17 (50.0%)	7 (17.5%)	

Tableau 18 : Représentation selon facteurs

Les participants ayant répondu « Totalement/souvent » sont significativement plus âgés et moins bien formés sur la dissociation ($p < 0,05$) que ceux ayant répondu « Parfois/jamais ».

Les participants ayant répondu « Parfois/jamais » sont plus nombreux à avoir reçu une formation obligatoire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ($p < 0,01$) et estiment davantage que les visites médiatisées sont peu voire pas sécurisantes pour l'enfant ($p < 0,05$).

C. Discussion

L'objectif principal de cette étude était d'identifier les différents facteurs qui participent aux prises de décision des juges des enfants et juges aux affaires familiales concernant le maintien ou non des liens entre le parent auteur de violences intrafamiliales et l'enfant victime. Les objectifs secondaires visaient à examiner l'impact des formations en psychopathologie de

l'enfant et de l'adolescent sur les pratiques et les représentations des magistrats, ainsi qu'à explorer les demandes potentielles des magistrats sur des outils permettant d'étayer leurs décisions.

1. Forces et limites de l'étude

Cette étude se distingue par le fait qu'elle représente la première exploration approfondie sur le sujet et par le nombre de magistrats ayant participé. Ces deux éléments majeurs renforcent la crédibilité des résultats obtenus et la pertinence de cette étude. En effet, les magistrats constituent une population difficile à interroger et ce travail a permis de recueillir un nombre de réponses satisfaisant, constituant une force notable.

Cependant le nombre de répondants peut également représenter un biais de sélection. En effet, 81 magistrats ont participé à cette étude et nous pouvons supposer qu'il pourrait s'agir de magistrats particulièrement sensibilisés à cette problématique. Ce biais de sélection limite la généralisation des résultats. Le deuxième biais est un biais déclaratif. Malgré l'anonymat du questionnaire, nous pouvons supposer qu'une certaine réserve ait pu limiter les répondants à exprimer pleinement leur opinion.

Enfin, certaines limites doivent être reconnues. La principale limite de cette étude réside sur la méthodologie quantitative. En effet, pour permettre la comparaison des données, la majorité des questions posées étaient des questions fermées. Il est donc à considérer que leur caractère parfois restrictif ait pu engendrer une perte d'informations ne permettant pas d'explorer pleinement l'ensemble des facteurs participant à la prise de décision des magistrats. Les questions à texte libre elles, ont été utilisées pour traduire les réponses qualitatives en catégories et permettre une analyse en effectif et pourcentage.

La généralisation du terme « violences intrafamiliales » dans le questionnaire, sans distinction de contexte, nature et degré de gravité, a pu être identifiée par les répondants comme étant une limite pour nuancer les réponses.

Enfin, l'étude s'adresse indifféremment à des JAF et des JE, malgré les différences dans le cadre procédural qui régit ces fonctions.

2. Interprétation des résultats

Les résultats de cette étude ont permis de mettre en évidence le fait que les formations en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent semblent être un facteur déterminant dans les pratiques des magistrats, notamment au travers des connaissances théoriques et des représentations qu'ils peuvent avoir sur le maintien des liens entre le parent auteur des violences et l'enfant.

En effet, les formations obligatoires suivies durant le cursus des magistrats à l'Ecole Nationale de la Magistrature semblent jouer un rôle important sur les connaissances du développement de l'enfant et de l'adolescent, de leurs besoins fondamentaux et des risques de psychotraumatisme. De plus, ceux ayant suivi des formations facultatives, en plus des formations obligatoires, ont de meilleures connaissances sur la théorie de l'attachement.

L'étude montre également que les magistrats sensibilisés et formés au psychotraumatisme sont mieux disposés à comprendre et à évaluer la sécurité psychique des enfants. Les formations semblent également jouer un rôle dans la connaissance des besoins fondamentaux des enfants.

Nous avons pu également identifier que ces formations en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent peuvent modifier les représentations des magistrats. Ceux qui estiment que le bon développement de l'enfant n'est pas conditionné par le maintien de ce lien sont plus nombreux à avoir reçu une formation obligatoire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

et semblent plus conscients de l'insécurité que peuvent représenter les visites médiatisées pour l'enfant.

La formation des magistrats à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent apparaît donc essentielle dans le contexte des décisions complexes concernant le maintien des liens dans le cadre de violences intrafamiliales.

L'étude a permis d'identifier plusieurs facteurs qui participent aux prises de décision et les outils qui peuvent les appuyer. La quasi-totalité des magistrats trouvent utiles les écrits des pédopsychiatres ou psychologues référents de l'enfant pour étayer leurs prises de décision. Les expertises apportent une aide pour deux tiers des participants. Ainsi, ces résultats suggèrent un apport considérable de l'appréciation clinique des spécialistes médicaux dans les décisions. Cependant, une disparité subsiste entre les JE, qui entretiennent des liens plus étroits avec la pédopsychiatrie de secteur, et les JAF, moins convaincus de l'utilité de ces collaborations. Cette différence se retrouve également dans l'expression des demandes d'outils pour étayer leurs prises de décisions.

3. Implications théoriques et pratiques

Les résultats de cette étude permettent une meilleure compréhension de l'implication des formations en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent dans la prise de décision judiciaire en contexte de violences intrafamiliales. Les données retrouvées suggèrent que des formations spécialisées pourraient améliorer les compétences des magistrats à évaluer les besoins psychiques et sécuritaires des enfants.

Les propos recueillis au travers des réponses à texte libre dans le questionnaire soulignent des défis persistants. Le manque de moyens mis à disposition de la justice pour la protection de l'enfance est une limite non négligeable pour les magistrats.

« Ne pas perdre de vue l'indigence des moyens mis à la disposition de la justice dans tous les domaines et notamment celui de l'enfance en danger, des mesures de placement non exécutées, des mesures de suivis (AEMO) non réalisées sont constantes. »

« De gros progrès restent à faire tant sur le plan législatif que sur le plan des moyens à mettre en œuvre pour protéger réellement les enfants. »

Ils relèvent également le manque d'outils d'appréciation permettant d'argumenter leurs prises de décision.

« Je suis souvent démunie pour argumenter la rupture du lien, même temporaire entre le parent et l'enfant en termes d'impact sur le développement de l'enfant. »

« Nombre de collègues sont encore dans la difficulté pour prendre des décisions radicales telles que la rupture du lien avec le parent violent quand elle se justifie. »

« Je me questionne sur la nécessité de maintenir à tout prix un lien avec le parent violent, même médiatisé, mais je manque d'éléments de motivation. J'ai un réel besoin d'outils d'appréciation de la situation. »

Les suggestions incluent également une fusion des rôles des JE et JAF en un pôle de Justice de la famille, des réformes législatives et procédurales, et une montée en compétence générale sur les violences intrafamiliales.

4. Complément qualitatif

Le 6 mai 2024, le Syndicat de la magistrature publie un état des lieux de la justice civile des mineurs intitulé *« La justice protège-elle les enfants en danger ? Etat des lieux d'un système qui craque »* (3). 176 juges des enfants ont participé au sondage. Dans ce rapport édifiant, il est rappelé que tous les six jours un enfant est tué au sein de sa famille et pourtant, 77% des juges des enfants ont déjà renoncé à prendre des décisions de placement d'enfants en

danger dans leur famille en raison d'une absence de place ou de structure adaptée pour l'accueillir.

Ce rapport fait état des délais d'exécution des aides éducatives à domicile qui dépassent parfois une année et des placements non exécutés des enfants qui restent dans leur famille malgré le danger connu. Plus de 3 330 placements ne seraient pas exécutés en France par les juges des enfants, faute de place d'accueil.

Il apparaît dans cette enquête un manque important de moyens pour rendre les décisions des magistrats dans des délais et des conditions décentes. *« Aujourd'hui, les places d'accueil des mineur-es placée-es par les juges des enfants sont insuffisantes sur la totalité du territoire. Certains enfants en danger dans leur famille ne sont pas placés par les juges des enfants qui savent que leur décision ne sera pas exécutée. Aux placements non exécutés s'ajoutent les placements mal exécutés. Alors que les enfants devraient avoir une place dans une famille d'accueil ou une structure adaptée à leurs besoins, il-elles sont parfois balloté-es de lieu d'accueil en lieu d'accueil et/ou sont hébergé-es dans des lieux non agréés par le département, voire dans des hôtels ou au camping, ce qui est pourtant interdit par la loi. »* (Kim Reuflet, Présidente du Syndicat de la magistrature)

Cette question du manque de moyen et du manque de place n'a pas été abordée dans notre étude. Ainsi, nous avons choisi de réaliser un entretien semi-directif avec une magistrate afin de compléter notre étude.

L'entretien a été réalisé au tribunal où exerce la juge, enregistré et retranscrit intégralement (Annexe 2). Toutes les données potentiellement identifiantes ont été retirées afin de maintenir l'anonymat. Il s'agissait d'une juge des enfants en premier poste, exerçant depuis trois ans. L'entretien était d'une durée d'une heure. L'objectif était de reprendre certains

éléments ressortis dans les résultats de notre étude afin de les approfondir, et d'en explorer de nouveaux.

La magistrate interrogée a pu évoquer notamment au travers d'exemples concrets les difficultés rencontrées liées au manque de moyen de la Protection de l'Enfance. Ces difficultés génèrent souvent un sentiment de colère lié à un ressenti de décrédibilisation des rendus de décisions.

Nous avons par ailleurs abordé les « *flous juridiques* » sur le placement éducatif au domicile, sur les écrits cliniques des médecins et sur les cadres procéduraux des juges de enfants et des juges aux affaires familiales qui peuvent parfois se chevaucher.

« Les législateurs ne se posent pas souvent la question des liens entre les procédures... C'est quand même un manque assez important. Mais comme d'ailleurs l'histoire du secret partagé hein ! Parce qu'en fait ça existe déjà le secret médical partagé, sauf que c'est par exemple le juge des enfants n'est pas visé expressément dedans, du coup ça laisse des flous sur des trucs qui seraient quand même hyper simples à régler ! »

Cet échange a permis de clarifier certaines notions, en particulier le cadre législatif permettant au médecin de communiquer avec le juge :

- Si nous avons l'autorisation des parents : nous sommes en droit de transmettre des informations par écrit ou par oral. Par écrit, nous pouvons rédiger un courrier ou une attestation avec des renseignements cliniques et le remettre aux parents. Les parents sont en droit d'utiliser ce courrier pour l'avocat ou le juge saisi. Le courrier ne peut être expressément adressé au juge.
- Si nous n'avons pas l'autorisation des parents, nous ne pouvons réaliser que des signalements ou des informations préoccupantes. Or, dans le contenu de ce type d'écrit, les éléments cliniques ne peuvent figurer et la réalisation d'un tel écrit doit être motivé

par un danger pour l'enfant. Un signalement doit être transmis au Parquet et non pas au juge des enfants, même si un juge des enfants est saisi dans la situation.

5. Perspectives d'évolution

Cette étude souligne un intérêt important exprimé par les magistrats à développer des liens avec les équipes médicales spécialisées en pédopsychiatrie, dans le cadre d'une collaboration interdisciplinaire pour mieux protéger les enfants victimes.

Ainsi, au vu des différents résultats recueillis au cours de cette recherche, quantitatifs et qualitatifs, il apparaît pertinent de préconiser un certain nombre de recommandations :

- 1) Renforcer les formations obligatoires des magistrats en axant davantage sur les notions de psychotraumatisme et de dissociation.
- 2) Sensibiliser davantage les magistrats sur la sécurité psychique et l'attachement.
- 3) Développer davantage les formations des magistrats lors de leurs changements de fonction.
- 4) Sensibiliser les professionnels médicaux exerçant en pédopsychiatrie aux enjeux juridiques et aux rôles des différents professionnels impliqués.
- 5) Dans l'optique de mieux protéger les enfants victimes de violences intrafamiliales, il est également essentiel de poursuivre et d'améliorer les collaborations entre les professionnels de la justice et les équipes médicales spécialisées :
 - a. En développant des liens plus étroits entre le Parquet et les services de pédopsychiatrie.
 - b. En permettant aux magistrats un accès simplifié aux correspondants médicaux.
 - c. En développant des regroupements pluridisciplinaires et des formations conjointes.

- d. En formant les pédopsychiatres sur les différents écrits et cadres juridiques associés : ce travail de recherche a permis de montrer l'appui non négligeable des éléments cliniques rapportés. Réaliser un courrier ou une attestation clinique détaillée, remis aux parents avec leur accord, est un élément qui peut être transmis sans limite aux magistrats. Si un seul des deux parents accepte, il est libre de droit de le remettre à son avocat ou au juge saisi. En revanche, dans le cadre de la loi et du principe du contradictoire, les éléments transmis et utilisé en audience seront communiqués à l'autre parent.

6. Suggestions pour des recherches futures

Les résultats appellent à des recherches complémentaires pour répondre aux défis identifiés et améliorer les pratiques judiciaires.

Ainsi, pour approfondir ces questions, il serait intéressant de compléter la recherche avec une méthodologie qualitative. Il apparaît également pertinent de poursuivre avec des études axées sur la perspective des enfants et des familles concernées, ainsi que des professionnels de la protection de l'enfance, afin d'apporter le point de vue de chaque individu et profession impliqués dans la question. Ces études pourraient apporter des observations plus larges sur l'impact des décisions judiciaires et aider au développement d'interventions efficaces pour les enfants victimes de violences intrafamiliales.

Le point de vue des pédopsychiatres sur leurs représentations des fonctions de la justice, des rôles et de leurs enjeux serait également intéressant à développer.

Conclusion

A l'origine de ce travail se trouve la pratique clinique. Une pratique entravée lorsqu'en tant que médecin exerçant en services de pédopsychiatrie, nous sommes dans l'impossibilité de donner les soins thérapeutiques nécessaires à un enfant du fait de sa situation familiale. Il s'agit là de l'impuissance du clinicien face aux décisions judiciaires qui contraignent l'enfant à garder des liens avec son parent, quand ce dernier est auteur de violences intrafamiliales.

Au travers de ce travail de recherche, nous avons pu exposer les enjeux cliniques pédopsychiatriques à l'œuvre dans ce contexte. Ainsi, en détaillant l'impact traumatique et développemental mais également les mécanismes neurobiologiques en place lors de l'exposition de l'enfant à son parent ou à un indice externe pouvant lui rappeler le traumatisme, le maintien des liens peut apparaître insécurisant. La reprise des notions juridiques a permis d'apporter une meilleure compréhension du fonctionnement de la Justice en France et du rôle des magistrats, peu connu par les cliniciens.

Questionner les professionnels de la justice qui interviennent dans ces décisions semblait essentiel afin de mieux comprendre les facteurs qui participent aux prises de décision. L'étude auprès des juges des enfants et juges aux affaires familiales a permis répondre à ces questions et de suggérer de futures recherches. Elle a également permis un regard pluridisciplinaire sur le sujet des enfants victimes de violences intrafamiliales, en naviguant entre les enjeux pédopsychiatriques et les enjeux juridiques. Les perspectives de collaboration entre professionnels de corps de métier différents apportent un regard positif vers l'avenir.

Références bibliographiques

1. Organisation mondiale de la santé, éditeur. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2002.
2. Rapport de situation 2020 sur la prévention de la violence à l'encontre des enfants dans le monde: résumé d'orientation [Global status report on preventing violence against children 2020: executive summary]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO
3. “La justice protège-t-elle les enfants en danger ? Etat des lieux d'un système qui craque” 2024 | Disponible sur internet
4. Rapport IGAS-IGJ-IGAENR n° 2018-044, mai 2018
5. Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE | Les chiffres clés de la protection de l'enfance au 31 décembre 2021
6. Etudes statistiques de l'activité du 119 pour l'année 2022 | Parution : 27 juin 2023
7. Dugal C, Bigras N, Godbout N, Bélanger C, Dugal C, Bigras N, et al. Childhood Interpersonal Trauma and its Repercussions in Adulthood: An Analysis of Psychological and Interpersonal Sequelae. In: A Multidimensional Approach to Post-Traumatic Stress Disorder - from Theory to Practice [Internet]. IntechOpen; 2016 [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://www.intechopen.com/chapters/51986>
8. Askenazy F, Battista M, Gindt M. Troubles de stress post-traumatique : les enfants sont très vulnérables. 2019; [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/troubles-de-stress-post-traumatique-les-enfants-sont-tres-vulnerables>
9. Jowett S, Karatzias T, Albert I. Multiple and interpersonal trauma are risk factors for both post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: A systematic review on the traumatic backgrounds and clinical characteristics of comorbid post-traumatic stress disorder/borderline personality disorder groups versus single-disorder groups. *Psychol Psychother.* sept 2020;93(3):621-38.
10. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
11. Wang CW, Chan CLW, Ho RTH. Prevalence and trajectory of psychopathology among child and adolescent survivors of disasters: a systematic review of epidemiological studies across 1987–2011. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1 nov 2013;48(11):1697-720.
12. Yule W. Posttraumatic stress disorder in the general population and in children. *J Clin Psychiatry.* 2001;62 Suppl 17:23-8.

13. Lewis SJ, Arseneault L, Caspi A, Fisher HL, Matthews T, Moffitt TE, et al. The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *The Lancet Psychiatry*. 1 mars 2019;6(3):247-56.
14. Alisic E, Zalta AK, Van Wesel F, Larsen SE, Hafstad GS, Hassanpour K, et al. Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. mai 2014;204(5):335-40.
15. Fereidooni F, Daniels JK, Lommen MJJ. Childhood Maltreatment and Revictimization: A Systematic Literature Review. *Trauma Violence Abuse*. janv 2024;25(1):291-305.
16. Walker HE, Freud JS, Ellis RA, Fraine SM, Wilson LC. The Prevalence of Sexual Revictimization: A Meta-Analytic Review. *Trauma Violence Abuse*. janv 2019;20(1):67-80.
17. Salmona M. La mémoire traumatique : violences sexuelles et psycho-trauma. *Les Cahiers de la Justice*. 2018;1(1):69-87.
18. Watts-English T, Fortson BL, Gibler N, Hooper SR, De Bellis MD. The Psychobiology of Maltreatment in Childhood. *J Social Issues*. déc 2006;62(4):717-36.
19. Muriel Salmona - Article "Mémoire traumatique" - Mécanismes [Internet]
20. Muriel Salmona - Article "Mémoire traumatique" - La mémoire traumatique en bref [Internet]
21. Milot T, Collin-Vézina D, Godbout N. Trauma complexe : comprendre, évaluer et intervenir. Québec (Québec): Presses de l'Université du Québec Québec (Québec); 2018.
22. Sadlier K. Chapitre 14. Les violences sexuelles sur les enfants : mécanismes, conséquences et soins. Paris: Dunod; 2021. p. 175-87.
23. Mowrer OH. Learning theory and behavior. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 1960. xii, 555 p. (Learning theory and behavior).
24. Brillon P, Marchand A, Stephenson R. Modèles comportementaux et cognitifs du trouble de stress post-traumatique. *smq*. 11 sept 2007;21(1):129-44.
25. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*. 1986;99(1):20-35.
26. Foa EB, Steketee G, Rothbaum BO. Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*. 1 mars 1989;20(2):155-76.
27. Foa EB, Zinbarg R, Rothbaum BO. Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: An animal model. *Psychological Bulletin*. 1992;112(2):218-38.
28. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité

29. Revet A, Raynaud JP, Lapeyre-Mestre M, Olliac B, Bui E. Le psychotraumatisme chez l'enfant et l'adolescent : données actuelles et perspectives. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. nov 2020;68(7):384-93.
30. van der Kolk BA. Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*. 2005;35(5):401-8.
31. Pynoos RS, Fairbank JA, Steinberg AM, Amaya-Jackson L, Gerrity E, Mount ML, et al. The National Child Traumatic Stress Network: Collaborating to improve the standard of care. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2008;39(4):389-95.
32. Cicchetti D, Cloitre M, D'Andrea W, Ford JD, Lieberman AF, Putnam FW, et al. Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V.
33. Gregorowski C, Seedat S. Addressing childhood trauma in a developmental context. *J Child Adolesc Ment Health*. oct 2013;25(2):105-18.
34. Giedd JN, Blumenthal J, Jeffries NO, Castellanos FX, Liu H, Zijdenbos A, et al. Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nat Neurosci*. oct 1999;2(10):861-3.
35. Pfefferbaum A, Mathalon DH, Sullivan EV, Rawles JM, Zipursky RB, Lim KO. A Quantitative Magnetic Resonance Imaging Study of Changes in Brain Morphology From Infancy to Late Adulthood. *Archives of Neurology*. 1 sept 1994;51(9):874-87.
36. De Bellis MD. The Psychobiology of Neglect. *Child Maltreat*. 1 mai 2005;10(2):150-72.
37. Howell KH. Resilience and psychopathology in children exposed to family violence. *Aggression and Violent Behavior*. nov 2011;16(6):562-9.
38. Peterson S. The National Child Traumatic Stress Network. 2018 [cité 22 août 2024]. Effects. Disponible sur: <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/trauma-types/complex-trauma/effects>
39. Hélie S, Clément ME. Effets à court et à long terme de la maltraitance infantile sur le développement de la personne. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;(26-27):520-5.
40. Luke N, Banerjee R. Differentiated associations between childhood maltreatment experiences and social understanding: A meta-analysis and systematic review. *Developmental Review*. 1 mars 2013;33(1):1-28.
41. Margolin G. Children's Exposure to Violence: Exploring Developmental Pathways to Diverse Outcomes. *J Interpers Violence*. 1 janv 2005;20(1):72-81.
42. Kinniburgh K, Blaustein M, Spinazzola J, van der Kolk B. Attachment, Self-Regulation, and Competency: A comprehensive intervention framework for children with complex trauma. *Psychiatric Annals*. 1 mai 2005;35:424-30.
43. Spinazzola J, Cook A, Ford J, Lanktree C, Blaustein M, Cloitre M, et al. Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*. 1 mai 2005;35:390-8.

44. Naughton AM, Maguire SA, Mann MK, Lumb RC, Tempest V, Gracias S, et al. Emotional, Behavioral, and Developmental Features Indicative of Neglect or Emotional Abuse in Preschool Children: A Systematic Review. *JAMA Pediatrics*. 1 août 2013;167(8):769-75.
45. Godinet MT, Li F, Berg T. Early childhood maltreatment and trajectories of behavioral problems: Exploring gender and racial differences. *Child Abuse & Neglect*. 1 mars 2014;38(3):544-56.
46. Ford JD, Hawke J. Trauma affect regulation psychoeducation group and milieu intervention outcomes in juvenile detention facilities. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2012;21(4):365-84.
47. Spiegel D, Loewenstein RJ, Lewis-Fernández R, Sar V, Simeon D, Vermetten E, et al. Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*. 1 déc 2011;28(12):E17-45.
48. Hébert M, Langevin R, Oussaïd E. Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *J Affect Disord*. 1 janv 2018;225:306-12.
49. Kédia M. La dissociation : un concept central dans la compréhension du traumatisme. *L'Évolution Psychiatrique*. oct 2009;74(4):487-96.
50. Cowell RA, Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. Childhood maltreatment and its effect on neurocognitive functioning: Timing and chronicity matter. *Development and Psychopathology*. mai 2015;27(2):521-33.
51. Bücker J, Kapczinski F, Post R, Ceresér KM, Szobot C, Yatham LN, et al. Cognitive impairment in school-aged children with early trauma. *Comprehensive Psychiatry*. 1 août 2012;53(6):758-64.
52. Nolin P, Ethier L. Using neuropsychological profiles to classify neglected children with or without physical abuse. *Child Abuse & Neglect*. 1 juin 2007;31(6):631-43.
53. Beers SR, De Bellis MD. Neuropsychological Function in Children With Maltreatment-Related Posttraumatic Stress Disorder. *AJP*. mars 2002;159(3):483-6.
54. Font SA, Berger LM. Child Maltreatment and Children's Developmental Trajectories in Early to Middle Childhood. *Child Development*. 2015;86(2):536-56.
55. Valentino K, Bridgett DJ, Hayden LC, Nuttall AK. Abuse, Depressive Symptoms, Executive Functioning, and Overgeneral Memory Among a Psychiatric Sample of Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 1 juill 2012;41(4):491-8.
56. Eckenrode J, Laird M, Doris J. School performance and disciplinary problems among abused and neglected children. *Developmental Psychology*. 1993;29(1):53-62.
57. Daignault IV, Hébert M. Short-Term Correlates of Child Sexual Abuse: An Exploratory Study Predicting Girls' Academic, Cognitive, and Social Functioning 1 Year Later. *Journ Child Adol Trauma*. 1 déc 2008;1(4):301-16.

58. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1 mai 1998;14(4):245-58.
59. Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning - Kalmakis - 2014 - *Journal of Advanced Nursing* - Wiley Online Library
60. Alhowaymel F, Kalmakis K, Jacelon C. Developing the Concept of Adverse Childhood Experiences: A Global Perspective. *Journal of Pediatric Nursing*. 1 janv 2021;56:18-23.
61. Kelly-Irving M, Mabile L, Grosclaude P, Lang T, Delpierre C. The embodiment of adverse childhood experiences and cancer development: potential biological mechanisms and pathways across the life course. *Int J Public Health*. 1 févr 2013;58(1):3-11.
62. Huang H, Yan P, Shan Z, Chen S, Li M, Luo C, et al. Adverse childhood experiences and risk of type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Metabolism*. 1 nov 2015;64(11):1408-18.
63. Hu Z, Kaminga AC, Yang J, Liu J, Xu H. Adverse childhood experiences and risk of cancer during adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*. 1 juill 2021;117:105088.
64. Bellis MA, Hughes K, Ford K, Ramos Rodriguez G, Sethi D, Passmore J. Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*. 1 oct 2019;4(10):e517-28.
65. Wiss DA, Brewerton TD. Adverse Childhood Experiences and Adult Obesity: A Systematic Review of Plausible Mechanisms and Meta-Analysis of Cross-Sectional Studies. *Physiology & Behavior*. 1 sept 2020;223:112964.
66. Corney KB, West EC, Quirk SE, Pasco JA, Stuart AL, Manavi BA, et al. The Relationship Between Adverse Childhood Experiences and Alzheimer's Disease: A Systematic Review. *Frontiers in Aging Neuroscience*. 2022 ;14.
67. Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR, Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat Rev Neurosci*. juin 2009;10(6):434-45.
68. Widom CS, Czaja SJ, Dutton MA. Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse & Neglect*. 1 août 2008;32(8):785-96.
69. Grummitt L, Baldwin JR, Lafoa'i J, Keyes KM, Barrett EL. Burden of Mental Disorders and Suicide Attributable to Childhood Maltreatment. *JAMA Psychiatry*. 8 mai 2024;e240804.
70. Campos B, Ullman JB, Aguilera A, Schetter CD. Familism and Psychological Health: The Intervening Role of Closeness and Social Support. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. avr 2014;20(2):191-201.

71. Hernández MM, Bámaca-Colbert MY. A Behavioral Process Model of Familism. *J Fam Theory Rev.* déc 2016;8(4):463-83.
72. Behnke AO, MacDermid SM, Coltrane SL, Parke RD, Duffy S, Widaman KF. Family Cohesion in the Lives of Mexican American and European American Parents. *Journal of Marriage and Family.* 2008;70(4):1045-59.
73. Maurice Berger. *L'échec de la protection de l'enfance.* 3E Edition. S.l.: DUNOD; 2021.
74. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology.* 1992;28(5):759-75.
75. Bowlby J. Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry.* 1982;52(4):664-78.
76. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. [Internet]. [cité 2 août 2024]. Disponible sur: <https://psycnet.apa.org/record/1980-50809-000>
77. Cyr C, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH. Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: a series of meta-analyses. *Dev Psychopathol.* 2010;22(1):87-108.
78. Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Dev Psychopathol.* 2006;18(3):623-49.
79. Rideau J, Benoit L, Michel A, Golse B. Représentation des liens familiaux chez des adultes qui ont été placés précocement : une étude qualitative. *La psychiatrie de l'enfant.* 2022;65(1):127-46.
80. Fortin A. L'enfant exposé à la violence conjugale : quelles difficultés et quels besoins d'aide ? : *Empan.* 5 juin 2009;n° 73(1):119-27.
81. Sadlier K. La violence dans le couple. Une souffrance pour l'enfant, un défi pour la parentalité, du changement pour le professionnel. *Les Cahiers Dynamiques.* 2015;66(4):76-84.
82. Syndrome d'aliénation parentale. In: Wikipédia [Internet]. 2024 [cité 31 août 2024]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Syndrome_d%27ali%C3%A9nation_parentale&oldid=217200397
83. Goudard B. Le Syndrome d'aliénation parentale. *Le Journal des psychologues.* 29 févr 2012;294(1):20-4.
84. Dallam, S. J. Parental Alienation Syndrome: Is it scientific? In. E. St. Charles & L. Crook (Eds.), *Expose: The failure of family courts to protect children from abuse in custody disputes.* 1999
85. Meier JS. A Historical Perspective on Parental Alienation Syndrome and Parental Alienation. *Journal of Child Custody.* 18 août 2009;6(3-4):232-57.

86. Krivacska J. The Parental Alienation Syndrome and the differentiation between fabricated and genuine child sex abuse. Book Review. *Issues in Child Abuse Accusations*. 1 janv 1989;1:55-6.
87. Sénat [Internet]. 2022 [cité 31 août 2024]. Dénonciation du syndrome d'aliénation parentale. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2022/qSEQ220700604.html>
88. Bancroft L, Silverman JG. *Assessing Risk To Children from Batterers*, 2002
89. van der Kolk BA. The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In: *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York, NY, US: The Guilford Press; 1996. p. 182-213.
90. McGee C. *Childhood Experiences of Domestic Violence*. Jessica Kingsley Publishers; 2000. 258 p.
91. Bernard A, Sanahuja M de la A. Enfant « corps étranger » placé en famille d'accueil et « processus de greffe » : vers un modèle de compréhension des problématiques de rupture de lien. *Dialogue*. 2018;221(3):103-14.
92. El-Hage W. Prise en charge des troubles post-traumatiques. *Rhizome*. 2018;69-70(3-4):10-1.
93. Estelle L. *Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques*. 2020;
94. Rollet C. <https://www.revue-quartmonde.org>. Jean Tonglet; 2001 [cité 23 juin 2024]. Les placements d'enfants : historique et enjeux. Disponible sur: <https://www.revue-quartmonde.org/1698>
95. David, M. *Le placement familial : de la pratique à la théorie*. Paris ; Editions E.S.D., 1989
96. Grevot A. « L'herbe est toujours plus verte dans le pré du voisin... » - À propos de l'opposition familialisme/individualisme en protection de l'enfance. *Journal du droit des jeunes*. 2013;326(6):21-5.
97. Humphreys C, Campo M. Fathers who use violence. Options for safe practice where there is ongoing contact with children.
98. Neil, E., Copson, R., and Sorensen, P. Contact during lockdown: How are children and their birth families keeping in touch? Briefing paper. London: Nuffield Family Justice Observatory/University of East Anglia. 2020
99. Montserrat C, Garcia-Molsosa M, Llosada-Gistau J, Sitjes-Figueras R. The views of children in residential care on the COVID-19 lockdown: Implications for and their well-being and psychosocial intervention. *Child Abuse & Neglect*. 1 oct 2021;120:105182.
100. Toussaint E, Rousseau D. Les effets de la crise du covid-19 et des mesures de confinement sur le bien-être des enfants confiés à la protection de l'enfance: Os efeitos da crise da Covid-19 e das medidas de confinamento sobre o bem-estar das crianças confiadas à proteção da infância. *Educação*. 17 avr 2022;e24/ 1-25.

101. Reynard J. ODAS Actualités | Protection de l'enfance : quand le confinement révèle des pistes d'amélioration. 2020. Disponible sur internet.
102. Pellé A. Le placement familial : les ruptures qui précèdent la séparation. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*. 2001;44(2):23-9.
103. Mantle G, Moules T, Johnson K, Leslie J, Parsons S, Shaffer R. Whose Wishes and Feelings? Children's Autonomy and Parental Influence in Family Court Enquiries. *The British Journal of Social Work*. 1 juill 2007;37(5):785-805.
104. NSPCC Learning [Internet]. [cité 1 août 2024]. The voice of the child: learning from case reviews. Disponible sur: <https://learning.nspcc.org.uk/research-resources/learning-from-case-reviews/voice-child>
105. L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion - Édition 2022 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques | Fiche 26
106. ONPE "Données sur les prises en charge en protection de l'enfance au 31 décembre 2022" Février 2024 | Disponible sur internet
107. Qu'est-ce qu'un juge aux affaires familiales ? | 2023 | Disponible sur internet : <http://www.vie-publique.fr/fiches/38265-quest-ce-quun-juge-aux-affaires-familiales>
108. Sultan C. Note du 23 mars 2015 relative à la mesure judiciaire d'investigation éducative: NOR : JUSF1507871N (publiée au *BOMJ* n°2015-04 du 30 avril 2015 – JUSF1507871N). *Journal du droit des jeunes*. 2015;345-346(5):97.
109. legitimedenfance. AEMO et AED ?. *Légitime d'Enfance*. 2015. Disponible sur internet
110. Titre IX : De l'autorité parentale (Articles 371 à 387-6) - Légifrance [Internet]. [cité 31 août 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070721/LEGISCTA000006117839/2019-07-12/
111. Ouhmida H. Les quinze « fiches-actions » du rapport Naves. *Journal du droit des jeunes*. 2003;227(7):42.
112. Berger M. L'échec de la protection de l'enfance. Paris: Dunod; 2021. Chapitre 6 : Les visites médiatisées. p. 119-49. (*Santé Social*; vol. 3e éd.).
113. Botella N. Pratiques cliniques et dispositifs « aux limites ». Paris: Dunod; 2022. Chapitre 18. La médiatisation des visites entre l'enfant placé et ses parents. p. 257-68. (*Univers Psy*).
114. Durand E. Protéger la mère, c'est protéger l'enfant. S.l.: Dunod; 2022.
115. Guillonnet M, Moreau C. La résidence des enfants de parents séparés De la demande des parents à la décision du juge. Exploitation des décisions définitives rendues par les juges aux affaires familiales au cours de la période comprise entre le 4 juin et le 15

juin 2012. *Ministère de la Justice, Direction des affaires civiles et du sceau, Pôle d'évaluation de la Justice civile.* Nov. 2013

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire d'étude

Etude sur le maintien du lien entre un parent auteur de violences intrafamiliales et son enfant

Interne en pédopsychiatrie, j'effectue mon travail de thèse sur le sujet du maintien du lien entre un parent auteur de violences intrafamiliales et son enfant, que les violences soient dirigées contre ce dernier ou envers un des parents. J'ai été confrontée de nombreuses fois au cours de mes études à des situations d'enfants victimes de violences intrafamiliales. Cela m'a amené à m'interroger sur la question du lien, d'un point de vue clinique mais également du point de vue de la justice.

L'objectif de ce formulaire, adressé aux Juges aux affaires familiales et Juges des enfants, est de questionner les différents facteurs qui peuvent participer aux prises de décision concernant la rupture ou non du lien entre un parent et son enfant. Ce questionnaire interroge également les représentations autour du lien, l'état des connaissances sur la clinique de l'enfant et de l'adolescent ainsi que les perspectives d'évolution.

Par "lien" j'entends : droit de visite et d'hébergement, visites médiatisées, autorité parentale et exercice d'autorité parentale.

Votre participation nous sera précieuse pour mieux comprendre les différents facteurs qui participent à la prise de décision, et mieux répondre aux besoins qui pourraient s'exprimer.

Le temps de complétion du présent questionnaire est de 15 à 20 minutes, il est nécessaire de répondre à certaines questions pour passer à la section suivante. Toutefois, si certaines questions vous paraissent trop personnelles, vous pouvez choisir de cocher la case "Ne se prononce pas".

Le questionnaire est anonyme. Aucune information permettant d'identifier un.e répondant.e ne sera diffusée. Si vous souhaitez être informé.e des résultats, veuillez me contacter (mathilde.combes@chu-lille.fr), nous vous communiquerons les éventuelles publications/communications en lien avec cette étude.

Par ailleurs, en supplément de cette étude quantitative, je souhaiterais réaliser des entretiens qualitatifs pour mieux explorer le sujet. La participation est volontaire et la retranscription sera anonyme.

Ce travail de thèse est dirigé par le Docteur Nicolas GAUD-LE PIERRES, pédopsychiatre au CHU de Lille.

NB : L'astérisque signifie que les questions amenaient à une réponse obligatoire.

Données socio-démographiques :

1. Âge :*

Champ libre

2. Région actuelle d'exercice :*

- Auvergne-Rhône-Alpes
- Bourgogne-Franche-Comté
- Bretagne
- Centre-Val de Loire
- Corse
- Grand-Est
- Guadeloupe
- Guyane
- Hauts-de-France
- Île-de-France
- Martinique
- Mayotte
- Normandie
- Nouvelle-Aquitaine
- Occitanie
- Pays de la Loire
- Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Réunion

3. Depuis combien d'années exercez-vous la fonction de magistrat ?*

- *Liste déroulante 1 à 40 puis « >40 »*

4. Actuellement, exercez-vous la fonction de Juge des enfants ?*

- Oui
- Non

5. Si oui, avez-vous été Juge aux affaires familiales antérieurement ?

- Oui
- Non

6. Actuellement, exercez-vous la fonction de Juge aux affaires familiales ?*

- Oui

- Non
7. Si oui, avez-vous été Juge des enfants antérieurement ?
- Oui
 - Non

Les différents facteurs qui participent à la prise de décision concernant le maintien ou non du lien :

8. Concernant le maintien des liens entre parent violent et enfant victime de violences : les lois françaises telles quelles sont actuellement articulées vous permettent-elles d'avoir un cadre précis et suffisant pour prendre les décisions ?*
- Oui
 - Non
 - Ne se prononce pas
9. D'autres facteurs, autre que législatifs, interviennent-ils dans vos prises de décision ?*
- Oui
 - Non
10. Si vous avez répondu oui, lesquels ?
Champ libre
11. Lors des prises de décision, quelle place ont les recommandations faites par les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance ?*
- Principale et unique
 - A titre consultatif
 - Minimale
 - Ne se prononce pas
12. Lors des prises de décision, interrogez-vous l'enfant concerné ?
- Systématiquement
 - Souvent
 - Rarement
 - Jamais
 - Ne se prononce pas
13. (Si vous interrogez l'enfant) Vous entendez l'enfant :
- Seul
 - En présence des parents uniquement
 - Seul dans un premier temps puis avec ses parents
 - Avec ses parents dans un premier temps puis seul

14. Si vous entendez le mineur en présence du/des parent(s), de qui émerge la demande d'audition conjointe parent-enfant ?
- Du mineur lui-même
 - Du/des parent(s)
 - Autre
15. Si vous avez répondu « autre » à la question précédente, vous pouvez préciser ci dessous :
- Champ libre*
16. Dans le cadre de violences intrafamiliales, vous sentez-vous en difficultés lorsque l'enfant montre un lien affectif important avec le parent auteur des violences ?*
- Systématiquement
 - Souvent
 - Rarement
 - Jamais
 - Je n'interroge jamais le mineur concerné
 - Ne se prononce pas
17. Les expertises psychologiques, psychiatriques et pédopsychiatriques participent-elles dans vos décisions ?*
- Systématiquement
 - Souvent
 - Rarement
 - Jamais
 - Ne se prononce pas
18. L'écrit du/de la pédopsychiatre ou psychologue référent(e) de l'enfant peut-il être une aide à la prise de décision ? (ex : attestation clinique)*
- Oui
 - Non
 - Ne se prononce pas
19. Si vous avez répondu oui à la question précédente : Quel poids a cet écrit par rapport à une expertises ?
- L'expertise prime
 - L'écrit du/de la pédopsychiatre/psychologue référent(e) prime
 - Un poids équivalent
 - Ne se prononce pas
20. Dans le cadre des violences intrafamiliales, trouvez-vous le traitement législatif des violences faites aux mineurs juste et adapté ?*
- Oui
 - Non
 - Ne se prononce pas

21. Si vous souhaitez préciser votre pensée quant à la question précédente :
Champ libre

Représentations :

22. Le lien d'affection entre le parent et l'enfant est un élément important qui va moduler votre prise de décision concernant le maintien des liens :*

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Neutre
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord
- Ne se prononce pas

23. Sélectionnez 3 items qui vous définissent selon vous la notion de « lien affectif » entre un parent et son enfant :*

- Affection (par des gestes, des paroles ou d'autres formes de démonstration d'amour)
- Soutien émotionnel
- Confiance mutuelle
- Transmission
- Sécurité
- Durabilité
- Loyauté
- Disponibilité psychique

24. Le lien filial est-il synonyme de lien affectif selon vous ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

25. Le lien juridique de filiation a-t-il une valeur importante dans votre pratique professionnelle ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

26. Selon vous, le maintien du lien parent-enfant conditionne-t-il le bon développement de l'enfant sur le plan psycho-affectif et cognitif ?*

- Totalement
- Souvent
- Parfois
- Jamais
- Ne se prononce pas

27. Selon vous, lors des visites médiatisées, l'enfant est-il en sécurité ?*

- Totalement
- Partiellement
- Non
- Ne se prononce pas

28. Selon vous quels seraient les facteurs assurant la sécurité de l'enfant au cours des visites médiatisées ?

Champ libre

Pratique, formations et connaissances :

29. Dans votre exercice actuel, à quelle fréquence estimez-vous traiter des affaires de violences intrafamiliales :*

- Très souvent (plus de 75%)
- Souvent (entre 50 et 75%)
- Parfois (entre 25 et 50%)
- Rarement (moins de 25%)
- Jamais

30. Dans votre exercice actuel, à quelle fréquence estimez-vous être confronté à la prise de décision concernant le maintien ou non des liens entre parent et enfant :*

- Très souvent (plus de 75%)
- Souvent (entre 50 et 75%)
- Parfois (entre 25 et 50%)
- Rarement (moins de 25%)
- Jamais

31. Vous estimez que votre niveau de formation sur le trouble de stress post traumatique (ou psychotraumatisme de l'enfant et de l'adolescent) est :*

- Excellent
- Bon
- Moyen
- Passable
- Mauvais
- Ne se prononce pas

32. Vous estimez que votre niveau de formation sur la dissociation est :*

- Excellent
- Bon
- Moyen
- Passable

- Mauvais
 - Ne se prononce pas
33. Vous estimez que votre niveau de formation sur le développement de l'enfant et de l'adolescent est :*
- Excellent
 - Bon
 - Moyen
 - Passable
 - Mauvais
 - Ne se prononce pas
34. Vous estimez que votre niveau de formation sur la théorie de l'attachement est :*
- Excellent
 - Bon
 - Moyen
 - Passable
 - Mauvais
 - Ne se prononce pas
35. Vous estimez que votre niveau de formation sur les besoins fondamentaux de l'enfant est :*
- Excellent
 - Bon
 - Moyen
 - Passable
 - Mauvais
 - Ne se prononce pas
36. La notion de sécurité psychique est-elle une notion que vous estimez connaître suffisamment ?*
- Totalement
 - Partiellement
 - Pas du tout
 - Ne se prononce pas
37. Avez-vous suivi des formations obligatoires sur la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au cours de vos études ?*
- Oui
 - Non

38. Si vous avez répondu oui à la question précédente : au cours de ces formations avez-vous été formé.e aux conséquences psychotraumatiques et développementales des violences envers l'enfant ?
- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
39. Avez-vous suivi des formations facultatives, à votre initiative, sur la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent ?*
- Oui
 - Non
40. Si vous avez répondu oui à la question précédente, lesquelles : (*plusieurs réponses sont possibles*)
- DU / DIU
 - Séminaires
 - Congrès
 - Conférences
 - Module spécifique dans le cadre de la formation continue
 - Autre
41. Si vous avez répondu « autre », vous pouvez préciser :
- Champ libre*

Perspectives d'évolution :

42. Vous sentez-vous en difficulté lors de prises de décision concernant le maintien ou non des liens entre parent(s) et enfant ?*
- Systématiquement
 - Souvent
 - Rarement
 - Jamais
 - Ne se prononce pas
43. Avez-vous des liens professionnels et réguliers avec la pédopsychiatrie de secteur ?*
- Oui
 - Non
 - Ne se prononce pas
44. Si vous avez répondu oui à la question précédente, vous estimez que ces liens sont : (*plusieurs réponses possibles*)
- Suffisants en termes de fréquence
 - Insuffisants en termes de fréquence

- Satisfaisants en termes de qualité
- Insatisfaisants en termes de qualité

45. Pensez-vous qu'avoir des liens plus serrés avec des équipes spécialisées dans la prise en charge de victimes de violences vous aiderait ? (exemple: Centre Régional Psychotraumatisme de votre région)*

- Oui
- Peut-être
- Non
- Ne se prononce pas

46. Quelles limites pourriez-vous rencontrer pour que ces liens puissent s'établir ?

Champ libre

47. Si vous êtes demandeur/demandeuse d'aide dans vos prises de décision, quel type d'outils souhaiteriez-vous avoir ? (*plusieurs réponses possibles*)*

- Programme de formation spécifique sur le psychotraumatisme
- Programme de formation spécifique sur l'attachement
- Programme de formation spécifique sur le développement de l'enfant et de l'adolescent
- Un réseau partenarial pédopsychiatrique plus étayant
- Aucun
- Autre (se référer à la question suivante)

48. Si vous avez répondu « autre » à la question précédente, développez ci-dessous :

Champ libre

49. Seriez-vous intéressé.e pour un entretien individuel en présentiel dans le cadre d'un complément qualitatif à cette étude ? Si vous répondez oui, vous pouvez me contacter directement via les coordonnées indiquées ci-dessous et garder l'anonymat sur ce formulaire.*

Contact : mathilde.combes@chu-lille.fr

- Oui
- Non

50. Avez-vous quelque chose à ajouter concernant ce questionnaire ou ce sujet de recherche ? Cet encart de texte libre est destiné à tout type de remarques/suggestions.

Champ libre

Annexe 2 : Entretien semi-structuré : retranscription

(21/05/24)

Vous êtes juge des enfants ?

C'est ça.

Je rappelle que ça va être anonymisé mais si vous voulez bien vous présenter un peu, me dire depuis combien de temps vous exercez.

D'accord. Ben moi je suis juge des enfants depuis septembre 2021 donc j'arrive à la fin de ma troisième année et c'était mon premier poste de magistrat.

Pour recontextualiser un petit peu, moi je suis interne de pédopsychiatrie en fin de cursus, et donc je fais une étude auprès des magistrats, des Juges des enfants et Juges aux affaires familiales, pour essayer d'explorer les facteurs qui participent aux prises de décision sur le maintien des liens entre un parent auteur de violences intrafamiliales et l'enfant.

D'accord. Donc c'est spécifiquement les auteurs de violence ?

Un enfant qui est en danger dans sa famille.

Ah bah c'est pas du tout la même chose.

C'est sur le maintien des liens avec le parent violent, que le parent soit violent envers l'enfant ou envers un autre membre de la famille.

Oui oui, mais il y a plein d'autres critères de danger que la violence dans une famille.

J'axe mon travail vraiment sur la violence.

D'accord.

Donc voilà, mon travail de thèse porte sur ça, il y a eu l'étude que j'ai diffusée par le questionnaire en ligne, que vous avez vu passer j'imagine puisque vous m'avez contacté par le questionnaire ?

Oui.

Là l'objectif de l'entretien, ce n'est pas vraiment un entretien "qualitatif" comme on l'entend dans la recherche, c'est plus un moyen d'approfondir un petit peu plus le sujet et que je puisse illustrer ensuite par des propos dans ma thèse.

Ok.

Donc il y a 3 grandes questions que je voudrais aborder avec vous, il y en a deux qui sont en référence directe avec le questionnaire, qui sont plus pour approfondir un peu le sujet et une troisième que j'ai rajouté qui est plus en lien avec l'actualité, et que là je voudrais explorer avec vous.

D'accord, ok.

Vous répondez comme vous voulez, s'il y a des questions qui ne sont pas claires vous pouvez me demander, il n'y a pas de soucis je peux reformuler.

D'accord, ok ok.

Alors la première question du coup que je voudrais explorer avec vous, par rapport au questionnaire en ligne, vous l'avez complété, il y avait une question sur les différents facteurs qui participent aux prises de décision autre que législatifs et il y avait un encart de texte libre. Dans les résultats qui sont sortis, il y en a beaucoup qui ont parlé de la remise en question du parent violent.

Ouais.

Qui fait partie donc, apparemment, des facteurs qui rentrent en compte. Vous, qu'est-ce que vous pouvez m'en dire ?

C'est certain que ça fait partie des facteurs qui rentrent en compte parce qu'en fait, les parents qui sont dans le déni sont ceux qui ont le plus de chance de reproduire les mêmes faits. Alors que ceux qui travaillent sur leurs difficultés et se remettent en question ont plus de chance d'évoluer et de changer de comportement. Donc c'est sûr que c'est un facteur qui est pris en considération, parmi d'autres...

Comment vous l'évaluez, vous, ça ?

On l'évalue par le travail éducatif qu'est fait par les services, donc via les rapports, et puis le positionnement du parent à l'audience aussi, et puis aussi l'enfant.

Alors, le positionnement du parent à l'audience, ça pareil, c'est beaucoup revenu, moi qui ne suis pas dans le milieu de la justice, je ne sais pas trop ce que ça veut dire ?

Il faudrait peut-être que vous assistiez à une audience (rire).

Qu'est-ce que vous entendez par « le positionnement du parent à l'audience » ?

En fait, fait c'est la manière dont il s'exprime parce que c'est très... Enfin après ça dépend des parents mais c'est quand même très souvent...euh... D'ailleurs si on prend les violences intrafamiliales, c'est exactement la même chose qu'on se retrouve à avoir en situation en correctionnel, en réalité : les hommes, notamment, qui ont les peines les plus sévères, c'est souvent quand on voit en fait dans leur positionnement qu'ils se victimisent et qu'ils n'ont aucune prise de conscience de ce qu'ils font en fait, parce que c'est toujours *pas* de leur faute ce qu'il se passe. Et ça peut être quelque chose d'ailleurs qui n'est pas forcément compris. Les

échelles de peine pareil en correctionnel. Mais en réalité, c'est pas toujours la gravité de la violence en elle-même qui va être le seul critère, et effectivement là le positionnement de dangerosité de la personne, ben on peut l'évaluer aussi par rapport au fait qu'il soit en capacité ou pas de se rendre compte que c'est lui qui est responsable de ce qu'il fait et pas l'autre. Voilà... Et donc ça c'est quelque chose qu'on voit très souvent en audience, les parents qui sont dans « ah oui mais il a fait ci, il a fait ça, ah oui mais il s'est passé tel truc, il s'est passé tel autre truc »... Bon bah c'est pas *eux* dont on a le meilleur potentiel d'évolution.

D'accord. Donc si je comprends bien, s'il se justifie beaucoup, s'il justifie beaucoup ses actes, ce n'est pas bon signe ?

Non.

Et les services éducatifs vous dites eux aussi qu'ils peuvent observer justement une remise en question au travers de leur travail ?

Ah bah oui parce que eux ils les voient régulièrement les parents, donc que ce soit dans le cadre de visite encadrée, donc où il a des observations directement dans la relation avec l'enfant, ou dans le cadre tout simplement des entretiens parentaux qu'ils mènent dans le cadre des différents types de mesures. Après ça dépend des mesures qu'on a aussi, il y en a qui sont plus ou moins fréquentes, mais effectivement quand le service éducatif présente un parent comme capable de remise en question, d'évolution etc., c'est pris en considération. Quand on sent qu'il y a un total verrouillage dans la relation entre le service et le parent ça peut, ça *peut*, je dis bien ça « peut », montrer la difficulté pour le parent à évoluer. Je dis « ça peut » parce que des fois c'est du côté du service que ça bloque et là dans ces cas-là en fait quand on est dans l'excès inverse, ça se voit tout de suite et du coup ça dessert tout le monde.

Ça arrive ça ?

Oui, et ça arrive pareil dans les expertises d'ailleurs, des psychologues et des psychiatres.

C'est-à-dire ?

Ben de la même manière quand l'expertise est extrêmement orientée dans un sens ou dans un autre, en général. Enfin en tout cas moi, j'en tiendrai moins compte que quelque chose qui est un peu équilibré en fait.

Et vous, comment vous arrivez à faire la part justement ?

Bah parce que je lis tout, déjà, donc... Je pensais à une expertise il y a pas très longtemps qui a été rendue, justement c'est le groupe d'experts que je dois rappeler là... Qui visiblement ont fait des entretiens alors qu'ils n'étaient toujours pas mandatés. Mais dans l'expertise qu'ils ont rendu la dernière fois, ils m'ont fait une expertise de, je sais plus, peut-être 100 pages, avec tout un tas d'entretiens, et en fait sur la totalité des entretiens, il y en a *un* avec la petite, et il dure dix minutes, et elle dit trois mots. Ben là, je pense quand même, que c'est un peu compliqué de considérer que du coup leur position elle est totalement valide. Voilà.

D'accord. Alors je rajoute une question qui n'était pas forcément prévue mais puisque vous parlez des expertises, il y avait une question aussi dans le questionnaire par rapport aux expertises et aux écrits, aux attestations que nous, pédopsychiatres, on peut faire aussi parfois, à la demande du juge. On ne transmet jamais directement, souvent on transmet à la famille qui ensuite en fait ce qu'il veut du papier, mais il y a le secret médical qui fait qu'on ne peut pas directement transmettre. Et dans les réponses, cet écrit avait l'air quand même d'aider beaucoup...

Ahhh oui, c'est clair. C'est rare d'ailleurs, beaucoup trop je trouve. Quand on a des retours des médecins, des pédopsychiatres, qu'on arrive à avoir des échanges avec les psychologues, c'est vachement intéressant, c'est beaucoup plus utile.

Alors, nous, très clairement, ce n'est pas très net ce qu'on a le droit de faire par rapport à la loi, ce qu'on peut transmettre ou ne pas transmettre. Je vous le dis très honnêtement, au sein de la profession, il y en a qui disent qu'on n'a pas du tout le droit de donner d'information, d'autres qui...

Alors juridiquement c'est totalement faux de dire qu'on n'a pas du tout le droit de donner d'information. En fait, le cadre est un peu flou, notamment d'ailleurs il est tout aussi flou dans l'autre sens, de ce que nous on a le droit de partager avec vous. C'est ce qui complexifie des fois. Moi j'ai de très bonnes relations avec le nouvel hôpital [nom], je collabore maintenant très régulièrement avec eux, mais ça reste compliqué parce qu'effectivement je ne suis pas censée leur transmettre mes décisions en entier, donc du coup, quand ils ont un de mes gamins qui sont hospitalisés, ben, en même temps, si eux ils savent pas quels sont les droits, ce que j'ai décidé, etc., bah c'est quand même compliqué. Donc j'envoie quand même des morceaux. Enfin bon, bref, c'est toujours un peu touchy. Dans ce sens-là c'est même largement plus compliqué je trouve que dans l'autre sens. Parce qu'en fait dans l'autre sens, c'est assez simple, soit vous avez l'autorisation des parents et des personnes d'une manière générale que vous suivez, et là il n'y a pas de limite en réalité. Soit vous l'avez pas, et là effectivement on rentre dans le cadre de l'information préoccupante, et donc il faut que ça ait un impact suffisant en termes de danger pour l'enfant pour signaler la situation. Mais dès lors qu'elle est signalée dans le même cadre, c'est-à-dire par les bons canaux, via une information préoccupante à la CRIP ou au Parquet, en fait dès qu'on est dans ce cadre-là ça va. Après ce qui est un peu plus compliqué c'est quand les pédopsy ou les psy veulent transmettre directement une IP au juge des enfants quand il est déjà saisi. En réalité, normalement on ne doit pas faire comme ça. Donc effectivement là, si vous êtes face à un parent pointilleux sur le plan légal, là vous pouvez être en difficulté. Mais tant que vous passez par la CRIP ou le Parquet, normalement ça finit

toujours par arriver au juge des enfants. Enfin, s'il est saisi. Donc normalement c'est pas si compliqué que ça. Mais je sais que c'est débattu.

Parce que dans les IP ou dans les signalements, on ne met pas d'élément clinique. On met nos inquiétudes sur le danger qui est révélé par l'enfant. Dans les écrits que les pédopsychiatres ou même les psychologues référents peuvent faire, on peut mettre des éléments cliniques qui peuvent aider ?

Ah bah complètement.

Là-dessus on est un peu plus libre ?

[Acquiesce vivement] Moi par exemple, alors c'est un autre sujet que la pédopsychiatrie mais tous les bilans neuropsych qu'on me transmet sont super utiles.

C'est bon à savoir. C'est un résultat qui était très intéressant dans le questionnaire.

Je veux dire, à chaque fois que... Après tous les magistrats n'ont pas le même degré de connaissance du sujet non plus, donc ils s'y intéressent pas de la même manière forcément, mais moi maintenant les services sont un peu habitués, je leur casse les pieds avec ça donc maintenant dès qu'ils savent qu'il y a un bilan neuropsych dans un de mes dossiers ils me l'envoient [rire]. Donc il n'y a pas de soucis, et d'ailleurs c'est pour ça qu'avec [nom de l'hôpital] ça marche très bien, ils m'écrivent régulièrement quand ils veulent me signaler une situation, etc. Donc oui, c'est très utile.

D'accord. Je vous remercie pour la réponse. J'avais une question aussi sur vos formations dans votre cursus, c'est une question assez fondamentale dans mon étude. Selon vous, de quoi vous manquez dans votre cursus de formation pour « étayer », on va dire, vos prises de décision ?

[Souffle] Contrairement aux idées reçues, je ne trouve pas qu'on manque de grand-chose. Parce qu'en fait la formation à l'ENM est quand même de très bon niveau, on a des formations sur tout. Dès la scolarité initiale on a des formations sur les troubles de l'attachement, sur les troubles du neurodéveloppement, peut-être un peu moins d'ailleurs sur les troubles du neurodéveloppement...c'est peut-être ce qui manque parce que finalement c'est quand même une des problématiques je trouve qui peut rentrer un peu en contradiction parfois avec les analyses qui sont liées que à l'aspect traumatique. Sur le psychotrauma on a des conférences... Donc franchement pendant la formation initiale on a plein de trucs. Après ça n'intéresse pas tout le monde au même niveau et tout le monde ne s'en imprègne pas de la même manière. Et d'autant plus si par ailleurs, c'est des personnes qui ont des intérêts sur le sujet ou pas, ce qui était mon cas, ben après on retient peut-être mieux que des collègues notamment qui sortent par exemple de l'université et qui avaient aucun acquis préalable sur le sujet. Mais c'est tout en fait, les formations il y en a plein. Et à l'ENM même en cours de route, c'est-à-dire quand on prend un poste de juge des enfants, chaque année on doit faire 5 jours de formation. On a un nombre incalculable de formations sur absolument tous les sujets, que ce soit les conséquences des violences physiques, sur l'aspect médical, sur l'aspect traumatisme, sur... Vraiment il y a de tout quoi. Tous les stades de développement de l'enfant... On pourrait faire 50 jours par an avec toutes les formations qu'on a ! Bon on n'a pas le temps hein [rire]. Donc en fait, on en manque pas vraiment. Après ceux qui en manquent, c'est soit qu'ils en ont pas fait au début, parce qu'ils sortent de l'École depuis longtemps ; il peut y avoir des juges des enfants qui sont juges des enfants ou qui ont exercé d'autres missions et qui étaient à l'École il y a 10 ans, 15 ans, 20 ans, peut-être il n'y avait pas les mêmes choses. Donc eux évidemment, j'en parlais avec des collègues JAF il y a pas très longtemps justement de ça, une collègue JAF qui disait ça « nous on est peut-être pas super bien formés sur le psychotrauma » je lui dis bah oui je comprends ce que tu veux dire, parce qu'elle elle a été formée il y a 20 ans, et que si elle

a jamais pris une formation dans le cadre de sa formation tous les ans, 5 jours par an sur ça, elle, effectivement, peut-être qu'elle est pas super bien formée sur le sujet. Mais quand on sort de l'Ecole aujourd'hui, on ne peut pas dire qu'on est pas formés sur le sujet. Après, ce qui pourrait être amélioré, c'est que dans les formations de changement de fonction, qu'elles soient peut-être un peu plus longues. Parce qu'aujourd'hui elles sont très courtes, ce qui fait que, moi j'en ai encore jamais fait hein donc je ne sais pas ce que ça donne, mais je me dis, sur le peu de temps qu'on nous accorde en terme de changement de fonction, je me dis qu'une collègue qui n'a jamais fait de JAF ou qui n'a jamais fait de juge des enfants et qui sort de l'Ecole depuis 20 ans... vous voyez dans ce cas-là, je me dis que peut-être que dans ses trois semaines de formation là elle va pas réussir à apprendre grand-chose et que là ça va lui manquer.

Vous avez trois semaines de formation quand vous changez de fonction ?

Je crois que c'est trois semaines. Donc c'est vraiment court en fait. Je pense qu'il n'y a pas grand-chose sur cette période-là. Donc je me dis dans *ces cas-là*, peut être ça serait à augmenter. Mais c'est plus dans les changements de fonction et ça serait peut-être aussi plus en fonction du profil d'ailleurs. Chose qui est assez peu faite hein, dans la magistrature on regarde pas trop le profil des gens.

C'est-à-dire ?

On ne tient pas compte de ce qu'ils savent déjà faire ou de ce qu'ils ont déjà fait... Voilà.

A vos changements de fonction comme ça, vous pouvez changer de fonction comme vous voulez ?

Comme on veut.

Sur n'importe quel type de poste ?

Ouais.

D'accord, je ne savais pas.

Oui, c'est un des grands points vendeurs entre guillemet [rire] de la magistrature, c'est qu'on peut faire plein de trucs différents. Mais donc effectivement par contre, ça a ce risque-là, quand on change de fonction et qu'on est sur des fonctions qui nécessitent aussi des connaissances un peu plus spécialisées, et qu'on est pas proche de la sortie de l'École où on a quand même assez largement approfondi ces sujets-là.

Vous avez dit que vous, à titre personnel, vous aviez un intérêt quand même spécifique sur les formations ?

Ouais.

Sur quelles formations ?

Euh, sur tout ce qui était lié au neurodéveloppement, au trauma, etc.

D'accord. Et dans vos formations continues, vous pouvez continuer du coup à choisir ce type de module ?

Oui, oui.

D'accord. Et vous avez l'impression que ça vous aide ? Que les cours sont...

Ah oui oui, c'est intéressant. Après ça dépend des sessions, il y en avait une que j'avais fait il y a pas très longtemps qui était intéressante, sur le conflit comme outils de maintien du lien, et qui posait vraiment la question de savoir est-ce que dans certaines questions il ne faut pas qu'on lâche tout plutôt que de maintenir quelque chose. Donc ça c'était assez intéressant.

Après, moi personnellement, je fais même des formations en dehors des temps, on a une magistrate à la Cour d'Appel qui est aussi très sensibilisée notamment aux questions de troubles du neurodéveloppement et qui travaille avec [Région] Pédiatrie, et donc elle nous propose presque chaque année une formation, par exemple le samedi matin. Je suis allée à chaque fois. Tous les magistrats n'y vont pas, d'ici je suis la seule. A la dernière formation j'ai même anonymisé un cas que j'ai présenté. Mais par contre il y avait d'autres collègues de toute la région, il y a toujours des collègues qui sont prêts même le samedi matin à aller en formation [rire].

Ça c'est une initiative très locale ?

Oui oui.

D'accord.

En plus de nos 5 jours. Donc clairement oui c'est pour ça que je trouve pas qu'on manque vraiment de formation ! [rire]

Je parlais de ça parce que c'est quand même quelque chose qui est ressorti, les formations, la différence de formation...

Ça oui, la différence du coup forcément. Parce qu'effectivement selon à quel moment on est sorti de l'École, et aussi les connaissances préalables ou bien les intérêts préalables qu'on avait sur le sujet, forcément c'est pas tout à fait du même niveau.

D'accord. Donc vraiment le fait de sortir de l'Université récemment ou il y a 20 ans, il y a vraiment une grande différence ?

De l'École de la Magistrature ? Oui. Pour moi oui, ça c'est sûr.

Vous, vous êtes sortie de l'ENM il y a 3 ans c'est ça ?

Oui oui.

Du coup c'est assez récent. J'imagine que là aujourd'hui c'est quasiment la même chose qu'il y a 3 ans ?

Ah bah complètement. Alors, je ne sais pas si Madame Salmona elle intervient encore, mais... d'ailleurs, elle fait toujours beaucoup réagir. Mais Edouard Durand il intervient chaque année. Enfin, je veux dire, concrètement, oui, oui c'est la même chose. Et même ça a pris des proportions encore plus importantes parce que les quelques contacts que j'ai avec les promos suivantes, ils ont les violences intrafamiliales, moi j'avais travaillé sur le groupe de travail qui organisait la journée qui était dédiée à ça, c'était une journée entière, là la dernière promo je crois qu'ils étaient sur trois jours.

D'accord. Donc vous, vous estimez que ce n'est pas un manque de formation.

Non. Je ne pense pas que ce soit un manque de formation. Il peut y avoir un manque d'appropriation, en fonction des profils, et il peut y avoir sur les changements de fonction là une plus grosse difficulté quand les personnes sont très très éloignées de leur formation initiale. Là effectivement, je pense que ça peut être plus compliqué.

Ok. Alors, j'ai une question qui est un peu plus en lien avec l'actualité, qui n'était pas prévue à la base, mais le Syndicat de la magistrature a publié début mai un état des lieux de la justice civile des mineurs.

Je sais. J'y ai répondu.

D'accord. Donc voilà, ce que j'ai lu dans le rapport, il fait état des difficultés rencontrées pour exécuter les placements. Vous, qu'est-ce que vous pouvez en dire ?

Ah bah, j'ai encore répondu ce week-end, parce qu'ils ont demandé des exemples concrets avant de témoigner à l'Assemblée, des cas précis qu'ils ont dit qu'ils anonymiseraient. Ils en demandaient 2, j'en ai écrit 10. Et puis après j'ai dit ah bah peut-être que c'était un peu beaucoup par rapport à ce que vous demandiez [rire]. Mais, voilà... On en a tous.

Vous en aviez beaucoup c'est ça ?

[Acquiesce] Bah, après on est pas sur un département où il y en a beaucoup par rapport à d'autres départements. J'étais étonnée par les chiffres sur certains départements. J'ai vu l'Île et Vilaine c'était monstrueux, enfin franchement il y a des trucs je me suis dit « oula ». Ceci dit ça pose d'autres questions les chiffres, dans le sens où j'ai aucune idée, parce qu'on a aucune visibilité nationale sur l'Aide Sociale à l'Enfance et l'assistance éducative de manière générale, du nombre de mesures suivies, du nombre de situations dans certains départements autres. Mais je me dis, quand on a 300 placements en attente, ça veut dire que quoi, qu'on fait que des placements ? Enfin, c'est vraiment une question que je me suis posée aussi hein, c'est quelle pratique du coup des milieux ouverts, de l'accompagnement à domicile, qui est censé être la priorité quand même donnée par la loi. Dans ces départements là on est sur 300 placements en attente, euh... ça m'a questionné aussi hein sur les chiffres. Sachant qu'on a vraiment aucune visibilité, quand je dis aucune c'est aucune visibilité. C'est-à-dire que nos fichiers ils ne sont pas nationaux, donc concrètement quand les parents ils déménagent, on les perd. Donc des fois on arrive à retrouver leur adresse et à les renvoyer au voisin. Là je parlais avec une responsable de service d'une maman qui a déménagé, on a son adresse donc je vais l'envoyer à [ville] on va pas la perdre, mais c'est quand même aussi qu'il y a un contenu, il y a une histoire des dossiers, des familles, etc., qui se perd sans cesse avec les déménagements, etc. Enfin c'est ahurissant en fait, qu'on soit aussi en retard sur quelque chose comme ça. Alors donc, sur les

placements non exécutés, bah oui on en a un certain nombre. Et, bon, moi majoritairement c'est les ados.

D'accord, pourquoi ?

Parce qu'ils dérangent. Parce que les ados c'est casse-pied. Donc forcément les ados qui ont des problèmes historiques de divers origines, que ce soit trouble de l'attachement ou que ce soit des retards développementaux, ou voilà, ben c'est démultiplié chez eux. Donc c'est des jeunes qui ne trouvent leur place nulle part et qui dérangent, donc l'Aide Sociale à l'Enfance n'en veut pas. Donc ils ne les placent pas. Très clairement. Et ils ne se foulent pas pour leur trouver une place à eux. Voilà.

Après, des fois ça prend des proportions... Là j'ai une ado transgenre, je l'ai mise dans mon exemple, mais d'ailleurs je leur ai dit que je savais pas s'ils pouvaient vraiment anonymiser ce cas là parce qu'ils comptaient mettre le département de résidence, et bon, je ne sais pas trop si, vous voyez, une ado transgenre... Il y en a hein, on en a dans tous les cabinets, mais par département déjà ça restreint vachement plus quoi. Quand on donne trois infos de plus, la mère alcoolique, enfin vous voyez c'est fini quoi, déjà ça devient compliqué. Bref, une ado transgenre qui donc se genre au masculin maintenant, et en fait qui a été victime d'attouchements de son frère quand elle était plus jeune. Son frère vit sur la propriété du père, ce qui fait que tous les autres enfants quand la mère est partie en cacahuète sur le plan des alcoolisations, je les ai tous placés chez le père mais pas elle parce que c'était pas possible. Et donc, c'est toujours pas possible. Il y a eu un travail qui a été fait sur la reprise de lien avec le père, avec le reste de la fratrie, pas avec le frère agresseur mais avec le reste de la fratrie etc. Mais il ne peut toujours pas vivre là-bas. D'autant plus que son père n'accepte pas extrêmement bien son changement de genre, qui là pour le coup est plus récent. Et en attendant, bah sa mère elle continue à boire, et elle est -on parlait du positionnement parental- elle, elle est dans la

victimisation absolue. Rien n'est jamais de sa faute. Elle continue à boire sans cesse mais c'est pas grave, elle fait tout pour sa fille ou pour son fils, elle ne se remet pas du tout en question donc elle ne se soigne absolument pas. Et donc ça c'est un placement par exemple que j'ai prononcé il y a... 9 mois ? 8, 9 mois ? Et il n'est toujours pas exécuté. Et donc il est toujours chez sa maman, tout seul, parce qu'en fait elle s'occupe de rien, il se lève la nuit pour vérifier qu'elle n'a pas laissé le gaz allumé... Et c'est...[souffle]. Et j'ai reçu une information préoccupante du service éducatif qui les suit à domicile, qui a la dernière audience d'ailleurs ne m'avait pas demandé le placement, c'est moi qui avait décidé et qui avait dit « non mais en fait ce que tu décris ça ne va pas du tout, tu peux pas vivre dans des conditions pareilles », c'est pas une vie pour un ado, quel que soit son genre. Et en fait là ils demandent le maintien du placement mais ils demandent surtout que le placement soit exécuté, mais ce qui n'est toujours pas fait. Voilà. Alors c'est vrai que c'est un ado qu'on peut pas mettre en foyer de l'enfance, parce qu'une fille qui se genre au masculin, où est-ce qu'on le met... Je reconnais que c'est plus compliqué à gérer, m'enfin bon il y a peut-être moyen en famille d'accueil...A un moment donné, quand même...

Et vous pensez que si cet ado était plus jeune, il n'y aurait pas forcément eu ce souci de placement ?

Ah oui. Oui clairement, les enfants, les petits ils arrivent toujours à leur trouver des places, on sait pas trop comment mais ils y arrivent toujours. Donc finalement, grosso modo, jusqu'à 10 ans ça va, et au-delà ça devient compliqué.

Là j'en ai deux autres, 10 et 12, pareil, problématique alcoolique à la maison, plus plus plus. Le père, il fait douze milliards de cures, à chaque fois il rechute. La mère est hyper jalouse donc à chaque fois il arrête les cures parce qu'elle découvre qu'il la trompe en cure, ils passent leur vie à s'envoyer des casseroles à la figure. Mais vraiment quoi. Au point qu'au moment où

je décide du placement, le collègue venait d'annoncer à la plus grande, qui devait être en 4ème, qu'elle n'aurait pas de correspondante. Parce qu'en fait, bon, ils l'ont pas dit trop clairement, mais c'était ce que ça voulait dire. Il y avait trop de crise chez elle, donc mettre une correspondante allemande c'était pas possible [rire]. Mais bon, par contre, ils sont toujours à la maison elle et son frère.

Et vous, qu'est-ce que vous ressentez quand il y a des situations comme ça ?

Ah bah, ça m'énerve ! Qu'est-ce que vous voulez ! [Rire nerveux] C'est... ça me met en rage, ça me... Voilà... Et ça me fatigue. Parce qu'en fait... Je ne sais pas... C'est comme si en comparution immédiate on disait bon bah deux ans de prison, mandat de dépôt, ah bah non il y a pas de place ! Alors évidemment, c'est pas la même chose parce que la prison c'est une sanction et le placement c'est une protection. Mais en fait c'est même pire ! C'est même pire ! Une protection ça devrait marcher tout de suite ! Pas... Mais non.

Ça vous met en colère.

Bah oui.

Et donc ça, ça fait partie des difficultés que vous rencontrez pour prendre des décisions ? Les places à l'ASE ?

Bah oui parce qu'en fait en plus ça nous fragilise. Je veux dire, qu'est-ce qu'on renvoie à une famille qui sait que notre décision elle ne vaut rien ? Donc...

J'ai un autre cas hein. J'ai un ado, alors lui la première fois que je l'ai vu il avait 14 ans, ça faisait deux ans déjà qu'il allait quasiment plus à l'école, plus d'un an qu'il était enfermé dans sa chambre, pas scolarisé, pas de CNED, pas de sortie, que des jeux-vidéos toute la journée. Otage d'un conflit parental monstrueux. Mais vraiment depuis X années. Et donc

complètement désociabilisé. Après, c'est un garçon qui est défini haut potentiel, il a des vraies capacités, voilà, mais il n'empêche... Moi je leur avais dit, à un moment donné, il faut à minima qu'il se rescolarise. Alors peut-être pas à l'extérieur s'il n'est pas capable hein, si rentrer en relation c'est trop compliqué etc., mais les excuses du père pour pas le mettre au CNED c'était « j'ai pas de certificat du médecin » alors que le mec il est chef d'entreprise. Enfin je veux dire, à un moment donné, je veux bien l'entendre aux parents au RSA, parce que sans certificat du médecin... Enfin vous ne connaissez peut-être pas mais le CNED est payant si vous n'avez pas de certificat, et ça coûte cher donc c'est sûr qu'une famille au RSA ça va être compliqué, mais dans des cas comme ça c'est pas possible d'entendre des excuses pareilles. Alors en fait, le père, tout ce qu'il voulait c'était qu'on lui dise qu'en gros c'était la mère qui avait abandonné ses enfants et que c'était à cause de ça que son fils va mal. Donc ça tournait autour de ça.

Donc je place le gamin, et là, rien. Il ne se passe rien. Ça dure comme ça 6 mois, ça va en appel, la Cour d'Appel confirme ma décision. Elle dit dans sa décision que c'est urgent d'exécuter le placement, machin, etc. Toujours rien. Et en fait, genre, peut-être quelques mois, deux-trois mois avant mon audience d'échéance, donc du coup beaucoup plus tard, ça faisait presque un an ? Un an. Ça allait faire un an. Entre temps il s'était réinscrit au CNED, donc il avait rendu quelques devoirs, il avait mis en place un suivi à l'hôpital, donc il y avait un début de quelque chose qui s'était quand même mis en place. Et quelques semaines avant l'audience, l'Aide Sociale à l'Enfance annule la visite de préadmission au foyer, en disant c'est trop proche de l'audience, ça ne sert à rien. Mais c'est une blague ou quoi en fait ?

Donc on arrive à l'audience, du coup bah le placement pas exécuté, ça fait un an que la famille elle a eu zéro accompagnement du coup dans l'histoire, le gamin il a toujours vu personne, rien. Parce que dans le cadre d'un placement pas exécuté bah il y a pas de service éducatif en fait. Et donc, concrètement, ils avaient quand même des éléments qui montraient qu'ils avaient

fait des choses, il avait essayé de se présenter aux épreuves du brevet, etc. Donc là, en désespoir de cause, ils me proposent une mesure éducative intensive à la maison, et donc j'accepte, parce qu'effectivement au bout d'un an sans personne, avec un début de dynamique qui se met en place, je vous avoue que j'y croyais trop mais bon on fait avec ce qu'on a quoi... Donc je fais ça, et puis au bout de... Je fais ça pour 6 mois, en me disant, quand même que moi je suis à peu près sûre qu'en septembre, parce que du coup on s'est vu en juillet, il m'annonçait qu'il allait reprendre à plein temps le lycée, j'y croyais pas du tout, que les crises d'angoisse qu'il avait fait au brevet il allait les refaire et que la priorité ça restait quand même de garder les soins et que derrière, la scolarité si c'était à distance c'était pas grave, mais que fallait faire quelque chose mais pas rien. Donc je fais un maintien à domicile sous condition : poursuite des soins, collaboration à la mesure, travail quelque chose en termes de scolarité.

Et donc on arrive à l'audience, il y a un mois je crois ? Et en fait je découvre que depuis novembre, le gamin il avait refusé de voir les éduc. Donc en fait il était toujours dans sa chambre, il avait essayé d'aller au lycée donc la première semaine il avait arrêté, crise d'angoisse, bien sûr, et par contre ils l'ont pas rescolarisé au CNED donc il ne faisait rien depuis septembre. Il était à nouveau dans sa chambre, sans scolarité, sans rien, et entre temps il a eu 16 ans. Donc il a même plus de scolarité obligatoire pour m'aider [rire]. Au final, il n'y avait rien de fait. Et là, quelle crédibilité on a en fait ?

Donc ce jour-là, j'ai fait ce qu'on appelle un placement immédiat, c'est à dire que là j'ai dit là c'est stop, il y avait des conditions, elles ne sont pas respectées donc il part en placement *aujourd'hui*. Et on considère que c'est un truc qu'on impose que quand on est sur des critères d'urgence élevés. Entre temps on avait eu la chance de changer d'interlocuteur à l'Aide Sociale à l'Enfance, ce qui m'a bien aidé parce que du coup elle était prête à suivre. Sauf que le gamin il a fugué quasiment trois minutes après l'audience, et en fait on n'a pas pu le récupérer. Parce

que concrètement, la famille elle s'appuie sur le fait que pendant un an il y a eu un placement pas exécuté pour dire qu'en fait il n'y avait pas d'urgence, etc etc. Mais qu'est-ce que vous voulez qu'on fasse contre ça... ? Quelle crédibilité on a ? Aucune !

Si je comprends bien, quand il y a une décision de placement, le temps que le placement se mette en place, il ne peut pas y avoir de mesure éducative ?

Bah ça dépend si on en a prévu une ou pas. Le problème c'est qu'en fait tout dépend dans quelle circonstance on est. Si par exemple on est sur un suivi éducatif qui a mal tourné entre guillemet et où on se dit bon bah là il va falloir passer au placement ; dans ce cas-là en général on maintient jusqu'à effectivité du placement. Donc il y a quand même quelque chose. Il n'y a pas rien. Donc les deux gamins dont je parlais tout à l'heure, le père alcoolique qui fait des cures et qui s'envoie... bon, voilà, eux ça vient d'une mesure de milieu ouvert, donc elle est toujours en cours. Mais quand on prend une décision de placement en tout début de dossier, quand les gens arrivent devant nous la première fois, c'est rare mais ça arrive, c'était le cas de ce jeune-homme là parce que quand il est arrivé devant moi, un gamin qui sort pas de sa chambre à 14 ans, pendant un an, qui a zéro soin psychologique, zéro soin pédopsychiatrique, pas une scolarité même à distance, j'ai envie de dire à un moment donné c'est juste pas possible. Donc, bah là dans un cas comme ça on a rien. Et en fait, la seule chose qu'on peut faire c'est prévoir une mesure de milieu ouvert en attendant l'effectivité de. Mais normalement il devrait pas y avoir en attendant l'effectivité de. Du coup c'est compliqué parce que si vous faites ça, quelque part vous amoindrissez ce que vous avez décidé. Parce que si vous décidez du placement c'est que vous estimez que c'est pas travaillable à la maison. Et donc c'est dire tout et son contraire dans la même décision, et c'est aussi le risque d'être contré, alors éventuellement en appel mais je m'en fiche c'est le jeu, mais en fait on veut pas dire tout et son

contraire, soit je pense qu'on peut travailler à la maison soit je pense pas ! Donc voilà. Dans ces cas-là ça peut rester des mois et des mois sans personne si la mesure n'est pas appliquée.

D'accord. Alors du coup, ça m'a fait penser à deux autres questions. Le placement à domicile, qu'est-ce que vous pouvez en dire vous ?

Alors ça c'est intéressant comme question. Il y a tout un débat sur le sujet parce qu'effectivement il y a plein de juges qui trouvent que c'est schizophrénique. Ben en fait, juridiquement, j'étais assez d'accord avec le fait que c'était schizophrénique. En tout cas, que ça ne correspondait pas vraiment aux textes. Maintenant, tout le monde le faisait, et dans l'absolu, en fait, moi je voyais comme intérêt que c'était des mesures particulièrement soutenues dans lesquelles on a quand même la possibilité d'offrir un repli au gamin quand il y a besoin. Donc on peut quand même les sortir rapidement de chez eux s'il y a besoin. Et donc dans certaines situations, ça se justifiait.

Après, dire ce qu'a dit récemment la Cour de Cassation, je sais pas si vous êtes au courant, il y a eu un avis récent de la Cour de Cassation en réponse à un juge sur cette question, et ils ont dit que pour eux ça ne s'analysait pas comme un placement, mais ça s'analysait comme une AEMO avec hébergement. Donc une aide éducative de milieu ouvert avec hébergement. Et en fait, je pense que sur le plan juridique, c'est eux qui ont complètement raison. Donc reste à savoir comment on va gérer cette question au niveau des juges des enfants, par exemple sur la Cour d'Appel de [ville] on a prévu d'en parler à la prochaine réunion en juin, parce que l'impact que ça a il est minime sur l'aspect hébergement-accompagnement, parce qu'effectivement entre un placement à domicile où un éducateur vient une fois par semaine et une AEMO avec hébergement où un éducateur vient une fois par semaine et où on a la possibilité de repli, en soit il y a zéro différence. Donc c'est pas un problème.

Par contre, là où c'est un problème, et clairement il y a énormément de juges qui jouaient à ça et moi j'avoue que ça me dérangeait un peu donc finalement ça clarifierait ; c'est qu'en fait dans le cadre du placement, comme c'était un placement, on déterminait les droits des parents. Et ça permettait généralement d'éliminer un parent. Ou de nettement réduire ses droits. De contrôler ce qu'on en faisait. Et d'ailleurs, par rapport à votre sujet de départ, ça pouvait effectivement être un moyen, détourné ou non, utilisé par les services sociaux pour nous demander en fait d'exclure un père qu'ils estimaient être potentiellement dangereux, pour des raisons de violences intrafamiliales ou autre. Et ça, effectivement, dans une AEMO avec hébergement, on ne peut plus le faire, ça relève du JAF, c'est à lui de décider et c'est lui qui gère. Et en fait juridiquement ça serait beaucoup plus clair.

Vous, qu'est-ce que vous en pensez de ça ? Du fait que ça peut exclure un parent ?

Moi je ne suis pas une partisane du principe de *un* parent en fait. C'est pas que je considère qu'on ait nécessairement besoin de deux parents, c'est pas ça le sujet, parce qu'en fait on a besoin de références d'attachement. Et de bonnes références d'attachement. Maintenant, la réalité aussi, et moi je trouve que c'est ce qu'on voit quand même très souvent, c'est que :

Un, les enfants qui sont dans le rejet frontal d'un parent et complètement collé à l'autre, ne vont pas spécialement bien, déjà. Donc clairement ça ne me dit pas que construire un monde dans lequel tous les enfants auront leur parent préféré et l'autre parent éliminé fera que tout le monde ira beaucoup mieux.

Et deuxièmement, concrètement les enfants placés notamment qui eux ont des liens très distendus avec leurs parents de par la façon dont sont construits les placements etc., où la capacité qu'ont les parents à résister à la machine fait qu'il y a des liens qui se sont perdus ; eux ils ne font que ça chercher le lien avec leur parent. Tout le temps. Y compris quand ils ont été très bien pris en charge à l'Aide Sociale à l'Enfance. Et donc ça dit bien quelque chose de

leur besoin identitaire. Et donc à mon avis, on répondra clairement pas non plus à ce besoin identitaire-là en faisant simplement de la dynamique de rupture. Donc en fait je ne dis pas que je ne la comprends pas, je la trouve simpliste cette réponse.

D'accord. C'était intéressant parce que justement cette question du placement à domicile qui permet parfois d'exclure un parent, c'est quelque chose que j'ai déjà entendu en discutant avec d'autres magistrats.

Oui mais bon après, le JAF il peut le faire aussi ! Donc il n'y a pas besoin d'être devant le juge des enfants. Et les critères du JAF c'est l'intérêt de l'enfant aussi hein ! Donc moi je ne vois pas pourquoi ça devrait être fait par nous dans l'absolu. Je pense que ça clarifierait, sincèrement je suis vraiment moi fondamentalement assez d'accord avec la position qu'a été prise par la Cour de Cassation. Je pense que ça permettrait de remettre les choses au carré.

Oui effectivement peut-être de clarifier. Moi qui ne connais pas grand-chose à la justice, j'ai lu pas mal les différentes décisions, les différentes mesures que peut prendre un juge des enfants, et quand je suis arrivée sur le placement éducatif à domicile, j'avais un peu de mal à comprendre. En quoi ça consistait une décision de placement, mais avec un travail à domicile. C'était un petit peu flou, mais c'est pour ça que ça m'intéressait d'en discuter.

Oui oui, je pense ça serait moins schizophrénique de clarifier ça comme ça.

Et après restera à se poser la question des interactions entre certaines procédures spéciales du JAF et une décision du juge des enfants. Là j'ai un cas justement où j'appelais tout à l'heure l'inspectrice par rapport à ça. Un cas d'enfants qui sont placés justement suite à des violences intrafamiliales. Il y a la mère qui a obtenu une ordonnance de protection contre le père il y a pas très longtemps. Moi dans ma procédure de placement de toute façon, le père n'a que des

droits encadrés. Donc en fait, très concrètement, je ne vois pas nécessité à changer les droits que je lui ai accordé. Parce qu'en plus, en réalité, le problème il est dans la relation de couple, il n'est pas dans la relation père-enfants. Les enfants adorent leur père, le père adore ses enfants. Et il est capable de se tenir, dans un contexte un peu cadré etc., il arrive à se contenir. Le problème c'est dans la relation avec Madame, qui en plus est très fragile en face et qui du coup appuie où ça fait mal, donc ça peut partir loin ça c'est clair. Donc ça va pas. Et ça va pas quand les enfants sont confrontés à ça. Mais là, typiquement, dans sa décision le JAF a interdit les contacts entre le père et les enfants, en plus de réserver ses droits de visite et d'hébergement.

Et en fait, il y a une question juridique, c'est est-ce que sa décision s'impose sur la mienne ? Eh bah on ne sait pas. Et donc on n'est pas tous d'accord. Donc le JAF pense que oui, moi je pense que non. Donc moi j'ai dit à l'ASE « écoutez pour moi vous continuez, et puis bah... advienne que pourra ! » [Rire]. On va voir, un jour on aura une réponse à cette question ! Peut-être qu'ils vont finir par, vue la dynamique actuelle au niveau législatif, j'aurais tendance à dire qu'ils risquent de finir par sortir un texte pour dire que oui. Ils le feront et tant pis on appliquera.

Là, clairement, moi dans mon dossier, ça fera juste du mal aux enfants. Mais, voilà, tant qu'il y a un doute, la jurisprudence de qui décide sur ça, au niveau de la Cour de Cassation, elle est assez claire quand il y a un placement c'est les droits déterminés par le juge des enfants qui s'imposent. Et pas ceux du JAF. Donc moi là je trouve qu'on est dans cette situation-là. Mais il y a débat.

Et vous avez des liens justement avec les JAF ?

Oui oui. C'est fréquent. En tout cas, je ne sais pas si ça fonctionne partout aussi bien, mais ici c'est très fréquent en fait. Quand on a des dossiers, on a des gros conflits parentaux qui s'ouvrent, nous on leur écrit on leur dit on a un dossier qui s'est ouvert, il doit être ouvert aussi

chez vous, comme ça s'ils veulent consulter ils peuvent venir voir. Et puis ils nous tiennent au courant de leurs décisions. Eux ils font pareil, ils nous écrivent « bah nous on a été saisi de ça, est-ce que... » voilà. Quand ils sont vraiment très inquiets d'une dynamique familiale ils font un [...] transmis au Parquet, qui nous saisit. Donc ça marche vraiment bien la collaboration ici.

Et l'exemple que vous avez cité, du coup vous n'étiez pas d'accord avec la décision du JAF ?

Oui mais on a le droit de pas être d'accord ! [Rire]

Bien sûr, mais vous échangez sur ça ?

Oui oui, on en a parlé. Mon collègue m'a appelé, je lui ai expliqué pourquoi j'étais pas d'accord et il m'a expliqué sa position. Je lui ai dit bah oui j'entends mais... En plus c'est tout un débat parce qu'on n'a pas les mêmes critères de décision. Dans l'ordonnance de protection, le JAF doit décider s'il y a un danger, en fait c'est même pas un danger, si des violences sont vraisemblables. Donc là, en l'occurrence, il y a une menace de mort adressée aux enfants. Qui a mon sens n'est pas vraisemblable mais moi telle que je connais la famille, elle n'est pas vraisemblable. Mais je comprends très bien qu'au milieu de tout le reste, elle puisse paraître vraisemblable ! Dans l'absolu. Et que donc ça mène le JAF à rendre cette décision-là. Ça ne me choque pas en fait par rapport à ce qui lui, quels textes font qu'il rend sa décision.

Moi mon critère c'est pas des violences *vraisemblables*, c'est un *danger* pour les enfants. Et vu que j'ai que des droits de visites encadrées pour le père, bah il n'y a *pas* de danger pour les enfants dans le cadre de mes droits de visites encadrées ! Quand il y en a, je suspends les droits. Moi j'ai aucun problème hein, ça m'est déjà arrivé d'avoir des parents qui, en visites encadrées, étaient maltraitants psychologiquement, ou pour des tas de raisons, ceux-là j'ai pas d'état d'âme

je suspends leurs droits. Donc si même devant l'éducateur ils sont méchants avec leurs gosses, ils les interpellent etc., bah salut hein ! On fait une pause et on verra plus tard ! Parce qu'à un moment donné, ce qui prime, c'est comment se sent aussi l'enfant. Enfin, c'est *un* des critères qui prime. Faut qu'objectivement que ce que le parent soit vraiment mauvais pour l'enfant, mais ça il y a des tas de fois où j'ai pas de problème à le caractériser. Là en l'occurrence les visites encadrées de ce monsieur elles se passent très très bien.

Quand vous dites visite encadrée, c'est une visite médiatisée ?

Oui. Après nous on appelle ça « encadrée » parce qu'en fait on estime que la médiatisation c'est un niveau au-dessus, avec psychologue etc., et que c'est pas ce qu'on a.

D'accord. C'est quoi alors la visite encadrée ?

C'est avec un éducateur.

D'accord. Dans un lieu neutre ?

Oui. Après on fait aussi des visites encadrées à domicile. Mais là par exemple dans le cas dont on parle on n'est pas du tout encore aux visites encadrées à domicile. On est que sur des visites encadrées en lieu neutre, donc vraiment... Donc moi sur mes critères d'intervention j'estime qu'il n'y a absolument aucune raison de restreindre les droits du père en fait. Donc je pense que le cadre juridique n'étant pas le même, je ne vois pas bien comment, je ne vois vraiment pas ce qui pourrait m'amener à suspendre ma décision en fait. Donc après, encore une fois, s'il y a un texte législatif qui sort, et qui dit que dans tel cadre ça prime, et ben ça primera. Mais c'est pas le cas aujourd'hui.

Il y a encore beaucoup de flou dans les textes juridiques ?

[Acquiesce] Les législateurs se posent pas souvent la question des liens entre les procédures... C'est quand même un manque assez important. Mais comme d'ailleurs l'histoire du secret partagé hein ! Parce qu'en fait ça existe déjà le secret médical partagé, sauf que c'est par exemple le juge des enfants n'est pas visé expressément dedans, du coup ça laisse des flous sur des trucs qui seraient quand même hyper simples à régler !

Oui... Et là sur la question du secret médical, je sais qu'il y a beaucoup de pédopsychiatres qui ne font pas, qui ne transmettent pas d'information, de peur d'être en tort et que ça leur retombe dessus.

Oui !

Donc on retient beaucoup d'informations, au détriment de l'enfant.

Oui ! C'est ça.

C'était très intéressant en tout cas ! Je vous remercie. Je ne sais pas si vous voulez compléter sur quelque chose ?

Non, si ça a répondu à vos questions...

On est même allées plus loin que ce qui était prévu !

AUTEURE : Nom : COMBES DE LEON

Prénom : Mathilde

Date de soutenance : 25 septembre 2024

Titre de la thèse : Violences intrafamiliales et maintien des liens : des enjeux pédopsychiatriques aux facteurs décisionnels des juges des enfants et juges aux affaires familiales

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + FST/option : Psychiatrie – Option psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Mots-clés : Violences intrafamiliales – Psychotraumatisme – Développement - Justice

Contexte : L'impact psychotraumatique et développemental des violences faites aux mineurs est majeur. En France, tous les six jours un enfant est tué dans sa famille. En 2022, dans 94% des situations d'enfant en danger signalées au 119, les auteurs présumés étaient membre de la famille proche. La question de l'attachement et du maintien du lien entre parent et enfant dans les situations de violences intrafamiliales se pose.

Méthode : Une enquête descriptive observationnelle transversale par auto-questionnaire a été conduite auprès de juges des enfants (JE) et juges aux affaires familiales (JAF) entre février et avril 2024. L'objectif principal de cette étude était d'identifier les différents facteurs qui participent aux prises de décision des magistrats concernant le maintien ou non des liens entre le parent auteur de violences intrafamiliales et l'enfant victime.

Résultats : Les analyses ont été conduites sur 81 magistrats (41 JE et 40 JAF). Ce travail a permis de montrer que les formations en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent semblent être un facteur déterminant dans les pratiques des magistrats et sur les représentations qu'ils peuvent avoir sur le maintien des liens entre le parent et l'enfant.

Les magistrats formés au psychotraumatisme sont mieux disposés à comprendre et à évaluer la sécurité psychique des enfants. La formation des magistrats à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent apparaît donc essentielle dans le contexte des décisions complexes concernant les violences intrafamiliales.

De plus, 96% des magistrats trouvent utiles les écrits du pédopsychiatre/psychologue référent de l'enfant pour étayer leurs prises de décision. Ce résultat suggère un apport considérable de l'appréciation clinique des spécialistes médicaux dans les décisions.

Conclusion : Ce travail de recherche a permis un regard pluridisciplinaire sur le sujet des enfants victimes de violences intrafamiliales, en naviguant entre les enjeux pédopsychiatriques et les enjeux juridiques. Les perspectives de collaboration entre professionnels de corps de métier différents apportent un regard positif vers l'avenir.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur François MEDJKANE

Assesseure : Madame le Docteur Sophie SLOVAK

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Nicolas GAUD-LE PIERRES