



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Mission de contrôle interministérielle suite au décès d'un enfant suivi en assistance éducative

Rapport définitif

Août 2022

Inspection générale de la justice

Inspection générale des affaires sociales

N°057-22

N°2022-007R



**MINISTÈRE
DE LA JUSTICE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Inspection générale
de la justice



INSPECTION GÉNÉRALE
DES AFFAIRES SOCIALES

Synthèse

L'enfant X est né à dans la ville A le 18 octobre 2020.

Ses parents se sont connus au cours d'un long parcours migratoire passant par la Libye. Ils sont arrivés en France le 10 août 2020. Après avoir rejoint la ville A, ils ont déposé une demande d'asile avec le soutien de France terre d'asile (FTDA).

En l'absence d'hébergement dans le dispositif d'accueil de l'office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), ils ont été logés via le 115 dans une chambre d'hôtel à compter du 11 septembre 2020. La famille a été accompagnée par une association de bénévoles.

Le nourrisson a été dès sa naissance régulièrement suivi par la protection maternelle et infantile (PMI) de la ville A.

Il a été hospitalisé aux urgences pédiatriques du centre hospitalier universitaire (CHU) de cette ville le 24 mars 2021, à l'âge de cinq mois, pour une fracture du fémur gauche. Des examens complémentaires pluridisciplinaires ont révélé qu'il souffrait de trois autres fractures d'âges différents : sixième côte droite, tibia gauche et fémur droit.

L'absence d'argument en faveur d'une maladie osseuse et l'incompatibilité des lésions constatées avec les explications données par les parents de X, selon lesquelles le nourrisson aurait chuté du lit ou été heurté alors qu'il dormait entre eux, ont conduit la pédiatre coordinatrice de l'unité d'accueil pédiatriques des enfants en danger (UAPED) à saisir le parquet, le 30 mars 2021, d'un signalement concluant à une suspicion de violences physiques répétées et à une situation de danger.

Dès le lendemain, ce signalement a donné lieu à une ordonnance de placement provisoire (OPP) du parquet confiant l'enfant à l'aide sociale à l'enfance (ASE) et à une demande d'enquête pénale qui n'est toutefois jamais parvenue au service enquêteur.

L'OPP a été transformée en hospitalisation mère-enfant sur décision conjointe de l'ASE et de l'UAPED, afin d'observer les interactions mère-enfant et de permettre la poursuite de l'allaitement. Le père a été invité à quitter l'hôpital. Durant ces trois semaines de placement provisoire, le comportement maternel est apparu adapté.

Dans un rapport du 16 avril 2021, l'ASE a proposé que l'enfant soit remis à ses parents, sans mesure de protection judiciaire, avec poursuite du suivi PMI et accompagnement de la famille par FTDA et l'association de bénévoles.

Le 22 avril 2021, à l'issue d'une audience marquée par une très longue audition des parents de X, le juge des enfants a donné main levée de son placement et ordonné une mesure d'assistance éducative en milieu ouvert (AEMO) confiée au service éducatif de la ville A. Malgré une demande de prise en charge prioritaire du magistrat, l'attribution de cette AEMO à un éducateur n'a été effectuée que le 26 mai 2021.

Le 9 mai 2021, l'enfant souffrant d'une hémoptysie a été pour la seconde fois hospitalisé au CHU. Aucune nouvelle situation de danger n'ayant été caractérisée, il est sorti de l'hôpital le 12 mai 2021 et la famille a, dans la foulée, déménagé dans la ville B où elle venait d'obtenir une place dans un centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA).

L'accompagnement social de la famille par le CADA a été immédiat et s'est inscrit dans une culture de coopération.

Suite à un lien effectué par le CHU de la ville A, la PMI du département et le centre hospitalier (CH) de la ville B ont pris immédiatement le relais dans la surveillance médicale de l'enfant. Toutefois, en l'absence de transmission du signalement initial et en raison de la main levée du placement, les suspicions de maltraitance n'ont pas été intégrées dans les modalités d'intervention des professionnels.

Suite au dessaisissement du juge des enfants de la ville A au profit du tribunal pour enfants (TPE) de la ville B, la mesure d'AEMO a été confiée au service éducatif en milieu ouvert du département de la ville B (SEMO) le 10 juin 2021. Malgré son caractère prioritaire, elle a été durablement positionnée sur liste d'attente.

Le 14 juillet 2021, l'enfant a été admis au CH de la ville B pour une fracture de l'épaule droite. Ses parents ont expliqué qu'il avait fait une chute dans son lit. Des radios complémentaires ont mis en évidence une fracture plus ancienne du coude gauche. Son absence de prise de poids a également été constatée par le corps médical et qualifiée d'inquiétante.

La question d'une possible maltraitance a immédiatement été envisagée. Néanmoins le CH de la ville B, qui ne disposait pas du signalement initial de l'UAPED, a temporisé, attendant les résultats d'examens génétiques qui, selon les parents, auraient été en cours au CHU de la ville A.

Le SEMO a été informé de cette hospitalisation par le CADA le 21 juillet 2021, ce dernier sollicitant une attribution immédiate de la mesure et invitant le service à effectuer une visite domiciliaire. Celle-ci aura lieu deux jours plus tard, en présence des parents de l'enfant, ce dernier étant quant à lui toujours hospitalisé.

Le 13 août 2021, soit 13 jours après qu'il ait été mis fin à l'hospitalisation de l'enfant, le SEMO a rédigé une note d'information à l'attention du juge des enfants de la ville B et a attribué la mesure d'AEMO à un travailleur social du service.

Malgré une demande expresse du magistrat, la prise en charge de l'enfant n'a reçu un début d'exécution effectif qu'à compter du 13 septembre 2021.

A cette date, les parents, qui avaient changé de lieu d'hébergement depuis le 6 août 2021, ont été reçus, avec l'enfant, dans les locaux du SEMO. Une autre rencontre a eu lieu le 4 octobre 2021. Les parents ont été perçus comme attentifs et coopérants. L'enfant a été décrit comme calme et serein. Si les fractures constatées sur lui ont été évoquées, c'est uniquement sous l'angle de la thèse accidentelle.

L'enfant est décédé dans l'après-midi du 16 novembre 2021 alors qu'il était gardé par son père, après avoir passé la matinée avec ses deux parents. Les constatations médico-légales ont mis en évidence que ce bébé de 13 mois présentait de nombreuses lésions traumatiques et que sa mort résultait d'une action physique extérieure violente.

L'analyse du parcours du nourrisson montre qu'il a fait l'objet dès sa naissance d'une prise en charge médicale intensive. Il a ainsi été suivi continûment et attentivement par les PMI de des départements des villes A et B, ainsi que par un médecin traitant de la ville B . Plus d'une dizaine de médecins hospitaliers aux spécialités diverses l'ont examiné et soigné à l'occasion de trois hospitalisations et de nombreuses consultations. A compter de ses cinq mois, la situation de ce bébé a donné lieu à une intervention judiciaire au titre de la protection de l'enfance. La famille a par ailleurs été soutenue activement par des bénévoles de la société civile de la ville A puis par le CADA de la ville B.

Pourtant, ces différentes interventions combinées n'ont pas permis d'assurer à l'enfant une protection suffisante. Parmi les défaillances mises en évidence, certaines ont eu une influence prépondérante et méritent d'être soulignées.

Les conditions d'habitat précaire de la famille, mise à l'abri dans un hôtel social dans la ville A, ont pu contribuer à alimenter l'hypothèse, soutenue par les parents, de fractures accidentelles liées au couchage du nourrisson dans le lit parental. Faute de prise en charge initiale dans un CADA, aucun travailleur social professionnel n'a accompagné les parents et pu porter un regard sur les conditions de vie de l'enfant. L'absence de bilan médical des parents à leur arrivée en France, alors qu'ils avaient connu un parcours d'exil traumatique, n'a pas permis d'investiguer d'éventuels troubles psychiques en lien avec leur histoire respective.

Dans un contexte d'épidémie de covid 19, l'évaluation de la situation de l'enfant avant l'audience d'assistance éducative a comporté plusieurs insuffisances : absences de vision pluridisciplinaire au sein de l'ASE, de visite du lieu de vie de la famille et d'entretien avec le père de X. La pratique professionnelle du juge des enfants saisi du dossier, peu enclin au placement des très jeunes enfants, a conduit l'ASE à anticiper une décision de justice de main levée et à proposer un non-lieu en assistance éducative.

L'anamnèse et les suspicions de maltraitance ont été perdues de vue suite à des relais défaillants lors de l'itinérance géographique de la famille conduisant à une érosion progressive de la gravité du diagnostic initial insuffisamment diffusé. De surcroît, dans l'esprit des différents acteurs, la posture considérée comme ajustée de la mère de X et la décision de main levée de placement au profit d'une AEMO sont venues renforcer l'idée d'une absence de maltraitance.

Cette possibilité de maltraitance, bien qu'évoquée lors de la dernière hospitalisation de l'enfant au CH de la ville B, est une nouvelle fois passée au second plan face aux allégations parentales de recherches génétiques en cours au CHU de la ville A et l'absence de vérification par le CH de la ville B.

La mise en attente de la mesure d'AEMO prioritaire par le SEMO, sans consultation au TPE du dossier d'assistance éducative de l'enfant par le service désigné, et sans mise en lien ni avec l'UAPED de la ville A, ni avec la PMI du département de la ville B, a constitué une perte de chance supplémentaire dans le maillage partenarial qui aurait été nécessaire à la totale appréhension de la situation de danger dans laquelle il se trouvait. Le fait que la demande d'enquête pénale du parquet de la ville A ne soit jamais parvenue au service enquêteur a également joué en défaveur de la protection du bébé.

L'isolement du CADA de la ville A qui était dans l'impossibilité d'accéder aux éléments de parcours de l'enfant a atteint son paroxysme au moment du décès de l'enfant. Cette association a appris sa mort par voie de presse et n'a reçu aucun soutien pour organiser la sépulture.

Un alignement défavorable de ces défaillances¹ successives a fait obstacle au déploiement d'une protection suffisante de l'enfant et a rendu possible cet évènement dramatique.

Il aurait pourtant suffi qu'un seul acteur de la ville B dispose du signalement de l'UAPED, le lise et en tire les conséquences, pour que les interventions autour de l'enfant soient réorganisées autour d'un objectif de prévention active de la maltraitance.

Le décès d'un nourrisson faisant l'objet d'une mesure d'assistance éducative aurait dû susciter l'organisation par les départements et les hôpitaux d'une démarche de retour d'expérience (RETEX) avec tous les partenaires impliqués. Cela n'avait toujours pas été fait lorsque la mission a effectué ses investigations.

Le parcours du nourrisson a également mis en exergue des risques structurels dont certains ont déjà été relevés lors de précédents rapports², notamment celui du défenseur des droits du 30 juin 2014 relatif au décès de l'enfant Marina³, en août 2009, alors qu'elle était suivie en protection de l'enfance.

¹ La théorie des plaques de Reason illustre la complexité de l'enchaînement des évènements pouvant amener à un accident. Chaque maillon de la chaîne de sécurité est modélisé par une plaque. Ces plaques comportent des trous symbolisant des failles de sécurité. S'il n'y a pas d'alignement des trous, une des plaques de sécurité suffit pour jouer son rôle de protection et stopper la trajectoire vers l'accident. Mais si les trous successifs sont alignés, un passage s'ouvre, traversant chaque niveau de protection jusqu'à la concrétisation de l'accident.

² Rapport IGAS/IGJ/IGESR sur les morts violentes d'enfants au sein des familles de mai 2018 et rapport IGAS/IGJ <http://www.justice.gouv.fr/publications-10047/rapports-thematiques-10049/mission-sur-les-morts-violentes-denfants-au-sein-des-familles-32336.html> et sur les délais d'exécution des décisions de justice en matière de protection de l'enfance de septembre 2019 <http://www.justice.gouv.fr/publications-10047/rapports-thematiques-10049/delais-dexecution-des-decisions-de-justice-32920.html>.

³https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_r_20140630_grevot_marin_a.pdf

Le cloisonnement entre acteurs, les déficits de communication, l'hypothèse d'une origine génétique des fractures, l'insuffisante prise en compte des diagnostics médicaux, le flou dans les modalités des interventions à domicile, la négation de faits de violences par les parents et l'itinérance géographique des familles sont autant de similitudes entre les deux situations.

La persistance de ces risques laisse craindre la répétition de telles situations.

Malgré les différentes réformes législatives, le pilotage et la gouvernance de la protection de l'enfance restent fragiles. Le développement local de lieux d'échanges intermédiaires entre professionnels est indispensable pour désamorcer les tensions entre institutions et renforcer l'interconnaissance mutuelle.

L'ensemble des acteurs en protection de l'enfance travaille aujourd'hui en mode dégradé, dans un secteur touché par des difficultés de recrutement et marqué par une recrudescence des signalements après les confinements. Dans un contexte où le fossé s'accroît entre la demande de protection et l'offre disponible, les interventions à domicile requièrent des modalités mieux définies et des moyens renforcés. Elles représentent en effet une part prépondérante des enfants suivis en protection de l'enfance mais leurs modalités pédagogiques sont peu lisibles, notamment en direction des 0-3 ans, et leur pilotage stratégique et technique demande à être davantage investi au lieu d'être laissé à l'appréciation des associations en lien direct avec les magistrats.

La désignation par les conseils départementaux de référents ASE pour les interventions à domicile en protection de l'enfance, et la mise en œuvre du projet pour l'enfant en cas d'AEMO, doivent être mis à l'agenda.

Liste des recommandations

- Recommandation n° 1.** *A l'attention des conseils départementaux : informer les structures prenant en charge les demandeurs d'asile des procédures de détection et de signalement des mineurs en danger.24*
- Recommandation n° 2.** *A l'attention du CD de la ville A: intégrer les demandeurs d'asile dans l'accompagnement de droit commun de la polyvalence de secteur.....26*
- Recommandation n° 3.** *A l'attention des juridictions : solliciter a minima l'avis du parquet dans toute procédure d'assistance éducative ouverte après une OPP, et inviter le parquet à rendre un avis motivé.....32*
- Recommandation n° 4.** *A l'attention des conseils départementaux : réaliser une fiche mémo spécifique sur le repérage des signes cliniques de maltraitance en s'appuyant sur les travaux de la Haute Autorité de Santé et sur les situations connues au sein des départements.37*
- Recommandation n° 5.** *A l'attention du conseil départemental de la ville A : revoir le positionnement du médecin référent en protection de l'enfance dans l'organisation et renforcer son rôle dans les situations à risque en particulier s'agissant d'enfants hospitalisés et/ou vus par l'UAPED.....37*
- Recommandation n° 6.** *A l'attention du conseil départemental de la ville A: systématiser les synthèses de concertation avec l'UAPED avant audience en associant systématiquement le médecin référent en protection de l'enfance ou le médecin chef de service de la PMI de la direction enfance famille.....37*
- Recommandation n° 7.** *A l'attention du conseil départemental de la ville A: veiller à la formalisation et à la validation hiérarchique des rapports d'évaluation préalables à une audience, suite à un placement décidé par le parquet pour suspicion de maltraitance.38*
- Recommandation n° 8.** *A l'attention du conseil départemental de la ville A: repositionner la place et le rôle des acteurs de la protection de l'enfance vis-à-vis des associations de bénévoles qui ne sauraient être mises en position de se substituer à ces derniers en termes d'accompagnement des familles.....38*
- Recommandation n° 9.** *A l'attention des conseils départementaux : conformément à la loi, assurer l'information systématique du département d'accueil en cas de déménagement d'une famille dont un enfant bénéficie d'une mesure judiciaire d'assistance éducative en milieu ouvert, d'une AED ou relève d'une IP.....43*
- Recommandation n° 10.** *A l'attention de l'unité d'accueil des enfants en danger : s'assurer que les signalements adressés au parquet sont intégrés dans le dossier médical et suivent le patient en cas d'orientation vers un autre établissement.44*
- Recommandation n° 11.** *A l'attention du conseil départemental de la ville B et du SEMO : redéfinir un dispositif de gestion de la liste d'attente des AEMO en garantissant a minima une consultation du dossier judiciaire au greffe du tribunal, une visite*

<i>domiciliaire, un contact avec les autres intervenants auprès de la famille ; mettre en place un suivi des délais de démarrage effectif des mesures d'AEMO.</i>	50
<i>Recommandation n° 12. A l'attention du conseil départemental de la ville B: augmenter l'offre de mesures éducatives à domicile.</i>	50
<i>Recommandation n° 13. A l'attention du centre hospitalier de la ville B et du centre hospitalier universitaire de la ville A : procéder à une revue de morbidité et de mortalité sur la situation de X.</i>	53
<i>Recommandation n° 14. A l'attention du conseil départemental de la ville B : évaluer le circuit des informations préoccupantes et des signalements avec les partenaires concernés, en s'appuyant sur le cadre national de référence de l'HAS, afin de le sécuriser.</i>	55
<i>Recommandation n° 15. A l'attention du SEMO : rédiger un référentiel d'intervention en AEMO, spécifique à chaque tranche d'âge et intégrant un travail partenarial adapté.</i>	58
<i>Recommandation n° 16. A l'attention du conseil départemental de la ville B et du SEMO: procéder à l'évaluation du dispositif expérimental de l'AEMO modulée et permettre son exercice dès le début d'une prise en charge.</i>	58
<i>Recommandation n° 17. A l'attention du SEMO: développer la capacité du service à repérer les urgences et à y répondre avec une plus grande réactivité.....</i>	58
<i>Recommandation n° 18. A l'attention du conseil départemental de la ville B et de la PJJ : effectuer un contrôle conjoint de fonctionnement du SEMO.....</i>	58
<i>Recommandation n° 19. A l'attention de l'ensemble des acteurs : systématiser un retour d'expérience partenarial dans les trois mois suivant un évènement traumatique.</i>	60
<i>Recommandation n° 20. A l'attention de l'ensemble des acteurs : proposer un appui psychologique individuel et un débriefing collectif au sein de chaque institution impactée par un évènement traumatique, y compris pour les magistrats.</i>	60
<i>Recommandation n° 21. A l'attention du ministère de la justice et du ministère des solidarités de l'autonomie et des personnes handicapées : actualiser l'enquête conduite en 2019 sur les délais d'exécution des décisions de justice en protection de l'enfance.</i>	65
<i>Recommandation n° 22. A l'attention de la DGCS et du GIPED : suivre le déploiement de la mesure unique pour les interventions à domicile initiées par le département de la ville A.</i>	65
<i>Recommandation n° 23. A l'attention des conseils départementaux : mettre en œuvre en lien avec les magistrats et la PJJ un pilotage de la gestion des mesures en attente des services d'assistance éducative en milieu ouvert.</i>	65
<i>Recommandation n° 24. A l'attention des conseils départementaux : assurer un contrôle régulier des services mettant en œuvre des mesures d'AEMO.....</i>	68

Recommandation n° 25. A l'attention des conseils départementaux : désigner un référent ASE pour les interventions à domicile en protection de l'enfance et mettre en œuvre un projet pour l'enfant, en commençant prioritairement par les 0-3 ans. 68

Recommandation n° 26. A l'attention des conseils départementaux et des services d'AEMO : définir des modalités d'accompagnement spécifiques pour les interventions à domicile en protection de l'enfance pour les enfants de moins de trois ans : interventions de professionnels de la petite enfance, prises en charge plus intensives, temps d'accueil de l'enfant en journée. 70

Recommandation n° 27. A l'attention des conseils départementaux et des services d'AEMO : systématiser des mesures d'intervention à domicile renforcées ou intensives à l'issue d'un placement pour des enfants en bas âge. 70

Sommaire

SYNTHESE	3
LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	9
INTRODUCTION	17
1. L'ACCOMPAGNEMENT DE X ET DE SES PARENTS DANS LA VILLE A	21
1.1 Un soutien matériel et social insuffisant apporté à une famille en demande d'asile.....	21
1.1.1 Une absence de prise en charge dans le dispositif national d'accueil de l'office français de l'immigration et de l'intégration conduisant à un hébergement dans un hôtel social via le 115	21
1.1.2 Un appui administratif diligent assuré par l'association France terre d'asile dans la limite de son mandat.....	22
1.1.3 Une absence d'accompagnement social de droit commun	24
1.1.4 Une suppléance de la société civile par l'intervention de bénévoles pour répondre aux besoins primaires de la famille.....	25
1.2 Un suivi immédiat et soutenu par la protection maternelle et infantile	26
1.2.1 Une prise en charge rapide de X après sa naissance avec des rendez-vous réguliers	26
1.2.2 Une attention portée à la santé de X avec des alertes de la mère sans que la situation n'apparaisse préoccupante.....	27
1.2.3 Un comportement maternel perçu comme ajusté	27
1.3 Une hospitalisation aboutissant à un diagnostic de maltraitance et à un signalement au parquet par l'unité d'accueil des enfants en danger	28
1.3.1 Une hospitalisation le 24 mars 2021 à l'initiative des parents.....	28
1.3.2 Un diagnostic clinique pluridisciplinaire concluant à des fractures multiples d'âges différents sans argument en faveur d'une maladie osseuse.....	28
1.3.3 Une suspicion de maltraitance donnant lieu à un signalement au parquet avec demande de protection en urgence	30
1.4 Un traitement judiciaire en urgence actant un danger pour l'enfant....	30
1.4.1 Une réactivité incontestable mais inaboutie du substitut de permanence.....	30
1.4.2 Une ordonnance de placement provisoire transformée en hospitalisation mère-enfant.....	32
1.5 Une intervention du responsable territorial de l'aide sociale à l'enfance dans un contexte complexe conduisant à un glissement de posture	33

1.5.1	<i>Des relations difficiles avec le magistrat en charge du dossier de X....</i>	33
1.5.2	<i>Des carences dans la préparation de l'audience en assistance éducative.....</i>	34
1.5.3	<i>Une absence de proposition de protection judiciaire par l'aide sociale à l'enfance du département de la ville A</i>	37
1.6	<i>Une main levée du placement au profit d'une mesure d'assistance éducative en milieu ouvert prioritaire.....</i>	39
1.6.1	<i>Une audience durant laquelle le diagnostic clinique initial est peu évoqué et sans recueil d'information sur l'enquête pénale.....</i>	39
1.6.2	<i>Une main levée du placement non notifiée au parquet</i>	40
1.7	<i>Un départ précipité de la famille de la ville A vers un centre d'accueil de demandeurs d'asile au sortir d'une nouvelle hospitalisation</i>	40
1.7.1	<i>Une hospitalisation de X du 9 au 12 mai 2021 concomitante avec une orientation par l'OFII vers un hébergement dans la ville B.....</i>	40
1.7.2	<i>Une itinérance géographique interrompant immédiatement les étayages engagés ou programmés</i>	41
1.7.3	<i>Des relais absents ou insuffisamment assurés entre les villes A et B : un facteur majeur de perte de chance pour l'enfant.....</i>	42
1.7.4	<i>Une prise en compte de la parole médicale qui s'érode au fil du temps.....</i>	44
2.	LA PRISE EN CHARGE DE X ET DE SES PARENTS DANS LA VILLE B	45
2.1	<i>Une poursuite du suivi effectuée avec diligence mais très incomplète</i>	45
2.1.1	<i>Une intervention efficiente du centre d'accueil de demandeurs d'asile dans une culture de la coopération</i>	45
2.1.2	<i>Une surveillance médicale de l'enfant assurée rapidement par la protection maternelle et infantile ainsi qu'un médecin traitant</i>	46
2.1.3	<i>Une intervention judiciaire dans la continuité du jugement d'assistance éducative en milieu ouvert du 22 avril 2021.....</i>	48
2.1.4	<i>Une décision d'assistance éducative en milieu ouvert mise en attente malgré son caractère prioritaire.....</i>	48
2.2	<i>Une troisième hospitalisation de X dans la ville B du 14 juillet 2021 au 31 juillet 2021.....</i>	51
2.3	<i>Une hospitalisation ne donnant lieu qu'à une note d'information au juge des enfants</i>	54
2.4	<i>Un début d'exécution de la mesure d'action éducative en milieu ouvert tardif et peu efficient à compter du 13 septembre 2021.....</i>	56
2.5	<i>Un décès dont il n'est pas tiré toutes les conséquences.....</i>	58

3. LES RISQUES SYSTEMIQUES FRAGILISANT LA PROTECTION DE L'ENFANCE MIS EN EVIDENCE PAR LE PARCOURS DE X ET DE SES PARENTS	60
3.1 Un exercice professionnel dégradé de toute la chaîne des acteurs	60
3.2 Une inadéquation entre des besoins croissants et une offre insuffisante en protection de l'enfance	61
3.3 Une gouvernance de la protection de l'enfance encore fragile, marquée par des cloisonnements et des tensions	66
3.4 Un pilotage des AEMO perfectible	67
3.5 Des interventions en protection de l'enfance à domicile en direction des 0-3 ans qui restent peu lisibles.....	69

Introduction

Le 16 novembre 2021 à 16 heures 30, les services de police intervenaient sur la voie publique de la ville B où un jeune enfant, en compagnie de son père, était en cours de réanimation par des secours.

Ce nourrisson de 13 mois X, né le 18 octobre 2020 dans la ville A, était transporté CH de la ville B où son décès était constaté peu après son arrivée.

Les constatations médico-légales, notamment les très importantes et nombreuses lésions traumatiques, excluaient totalement qu'une cause accidentelle puisse être à l'origine du décès. Elles permettaient en revanche de conclure que la mort de l'enfant résultait d'une action extérieure contondante violente, sans que la temporalité des violences constatées puisse être précisée⁴.

Une information judiciaire était ouverte au tribunal judiciaire (TJ) de la ville B, le 18 novembre 2021, des chefs d'homicide volontaire d'un mineur de 15 ans et violences habituelles sur mineur de 15 ans.

A l'issue de leur garde à vue, les deux parents étaient mis en examen et placés en détention provisoire.

Au moment de son décès, X faisait l'objet d'une AEMO.

Cette mesure ordonnée le 22 avril 2021 par un juge des enfants de la ville A faisait suite à une main levée d'une OPP du 31 mars 2021. Cette OPP avait été prise alors que X était hospitalisé dans le service de pédiatrie du CHU de cette ville depuis le 24 mars 2021 pour plusieurs fractures d'origine inexplicée.

A la suite du déménagement des parents, tous deux demandeurs d'asile, le dossier de l'enfant était transféré à un magistrat du TPE de la ville B qui désignait le SEMO pour assurer l'exécution de l'AEMO. Celle-ci était mise en attente.

Une nouvelle hospitalisation de X intervenait dans la ville B du 14 au 31 juillet 2021 pour une fracture et un retard de croissance. Elle donnait lieu à une note d'information au juge des enfants sans saisine de la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP), ni signalement au parquet.

⁴ Dans son compte-rendu d'intervention, le médecin du service d'aide médicale urgente a noté *notion de chute du deuxième étage*.

Objectifs de la mission

Par note du garde des sceaux, ministre de la justice, du ministre des solidarités et de la santé et de son secrétaire d'état en charge de l'enfance et des familles en date du 20 décembre 2021⁵, l'inspection générale de la justice (IGJ) et l'inspection générale des affaires sociales⁶ (IGAS) ont été saisies d'une mission de contrôle ayant pour objet :

- d'analyser le circuit et le traitement du signalement d'enfant en danger au sein des deux départements (saisine de la cellule des informations préoccupantes, fonctionnement et organisation de la cellule, existence d'un protocole et signalement à l'autorité judiciaire) ;
- d'évaluer les circuits d'échange et de partage d'information entre tous les acteurs de la protection de l'enfance intervenus dans la situation, en particulier au moment du dessaisissement d'exposer le traitement du signalement et de la procédure en assistance éducative par le procureur de la République, le juge des enfants et les services saisis des mesures ordonnées ;
- d'analyser l'intervention des services sociaux, médicaux, éducatifs et judiciaires dans les mois précédents le décès de l'enfant ;
- de formuler toutes préconisations utiles de nature à améliorer les pratiques professionnelles dans l'évaluation et le traitement d'enfants en danger, de l'information au signalement et à favoriser le repérage précoce des situations à plus haut risque, notamment au regard des préconisations du rapport de la mission sur *les morts violentes d'enfants au sein des familles* de mai 2018.

⁵ Annexe lettre de mission.

⁶ Mission composée de Brigitte Ernoult-Cabot, inspectrice générale de la justice, Delphine Luu, inspectrice de la justice et Bénédicte Jacquy, inspectrice générale des affaires sociales, avec la participation du professeur Bertrand Fenoll, inspecteur général en service extraordinaire à l'IGAS.

Périmètre de la mission et méthodologie

Conformément aux termes de la lettre de mission les interventions des différents acteurs ont été analysées, à la lumière des principes fondateurs des lois de protection de l'enfance⁷, de la doctrine médicale et éducative relative au repérage et au suivi des mineurs en danger⁸ et des préconisations de différents rapports⁹.

La mission s'est attachée à déterminer le parcours de la prise en charge de l'enfant dans l'ensemble de ses composantes : judiciaire, médicale et éducative et à en dresser un chronogramme détaillé.

Dans le respect de la procédure d'information judiciaire en cours¹⁰ et des décisions juridictionnelles, ses investigations ont porté sur l'accompagnement des parents et de l'enfant, sur les circuits de traitement de l'information et sa transmission entre les différents professionnels ainsi que sur l'organisation des relais entre les acteurs de la protection de l'enfance. Les délais d'exécution de la mesure d'AEMO de même que la nature et l'intensité du suivi de sa mise en œuvre ont fait l'objet d'une attention spécifique.

Afin de déterminer au plus près les causes des dysfonctionnements ayant contribué au décès du nourrisson, ces analyses ont été contextualisées en tenant compte du fonctionnement dégradé des services lié à la pandémie de Covid 19 ou d'organisations à effectifs réduits durant les périodes estivales.

Les autorités judiciaires, les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) des conseils départementaux (CD) des deux départements, le CHU de la ville A et le CH de la ville B ainsi que les opérateurs du secteur associatif ont été sollicités aux fins de transmission d'une base documentaire destinée à objectiver les constats de la mission.

L'ensemble du dossier d'assistance éducative de X a été consulté. Il en va de même des échanges, y compris par courriels, intervenus entre les différents partenaires, notamment lors des hospitalisations de l'enfant ou au moment du déménagement de sa famille. Enfin les documents relatifs au fonctionnement des instances partenariales et des différents services ont été mis à la disposition de la mission.

⁷ Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, loi 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant et loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants.

⁸ Cadre national de référence de la Haute autorité de santé sur l'évaluation globale des enfants en danger ou risque de danger du 12 janvier 2021. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance, direction générale de la cohésion sociale février 2017. Démarche de consensus sur les interventions de protection de l'enfance à domicile, IGAS décembre 2019.

⁹ Notamment le rapport du défenseur des droits du 30 juin 2014 faisant suite au décès de l'enfant Marina, le rapport IGAS/IGJ/IGESR sur les morts violentes d'enfants au sein des familles de mai 2018 et le rapport IGAS/IGJ sur les délais d'exécution des décisions de justice en matière de protection de l'enfance de septembre 2019.

¹⁰ Cette procédure d'instruction étant couverte par le secret, la mission n'a pas eu accès aux pièces qui la composent, notamment au rapport d'autopsie.

Après examen de ceux-ci, il a été procédé à l'audition des magistrats du siège et du parquet ayant eu à connaître de la procédure d'assistance éducative ainsi qu'à celle des chefs de juridiction et des juges coordinateurs des TPE. Les chefs des cours d'appel des ressorts ainsi que les magistrats référents spécialisés en protection de l'enfance ont également été entendus, afin notamment d'évaluer l'efficacité de l'animation et de la coordination qu'ils sont chargés de mettre en place.

Les élus en charge de la protection de l'enfance, les directions générales de la solidarité, les directions enfance famille (DEF), les services de la PMI ainsi que les services d'AEMO ont été rencontrés. Les équipes médicales des deux CH ont également été entendues. Les entretiens ont été individuels ou collectifs¹¹.

La mission a rencontré 56 personnes¹². En arrêt maladie, la gestionnaire de la liste d'attente du SEMO n'a pu être entendue, pas plus que l'éducatrice référente qui avait quitté ses fonctions.

Un médecin, chirurgien pédiatre, intervenant à titre d'expert, a été mis à disposition de la mission par la direction de l'IGAS. Ce dernier a consulté et analysé les dossiers médicaux de l'enfant¹³ et échangé avec les équipes médicales de deux hôpitaux ayant suivi X ainsi qu'avec son médecin traitant.

Au début de chaque entretien, il a été rappelé que cette mission interministérielle n'avait pas pour finalité la recherche de responsabilités individuelles mais qu'elle s'inscrivait dans une démarche d'analyse des causes et de RETEX.

Les auditions auxquelles il a été procédé ont donné lieu à la rédaction de comptes rendus d'entretien.

A plusieurs reprises, le comportement individuel d'un magistrat a été rapporté à la mission, s'agissant de sa pratique professionnelle, ses méthodes de travail ou ses relations avec les différents services. Les griefs allégués ayant déjà été portés à la connaissance du garde des sceaux, et la présente mission ne constituant pas une enquête administrative, aucun signalement complémentaire n'a été adressé par note séparée aux autorités compétentes.

La mission a fait le choix d'une rédaction anonymisée de son rapport, afin d'en permettre une large diffusion. Les comptes rendus internes ou courriels qui lui ont été communiqués n'ont donc pas été joints dans les documents annexés. Ceux-ci qui comportent les pièces de justice et les principales notes ont été regroupés dans un tome séparé à diffusion restreinte.

Au terme de ses travaux, et pour répondre de façon exhaustive aux demandes qui lui sont faites, la mission retracera de façon analytique le parcours de X et de ses parents dans la ville A(I) puis dans la ville B(II) avant d'exposer dans un plus large spectre les risques systémiques mis en évidence par ses investigations (III).

¹¹ Dans un contexte marqué par un sentiment de culpabilité encore très prégnant, ces entretiens collectifs ont eu pour objectif d'éviter de stigmatiser des responsabilités individuelles.

¹² Liste des personnes rencontrées.

¹³ Le carnet de santé de l'enfant n'a pu être consulté.

Pour une lecture plus aisée de l'ensemble de la prise en charge de la famille de X, une synthèse chronologique des principaux événements survenus depuis l'arrivée en France de ses parents jusqu'au décès du nourrisson a été jointe en annexe.

1. L'ACCOMPAGNEMENT DE X ET DE SES PARENTS DANS LA VILLE A

1.1 Un soutien matériel et social insuffisant apporté à une famille en demande d'asile

1.1.1 Une absence de prise en charge dans le dispositif national d'accueil de l'office français de l'immigration et de l'intégration conduisant à un hébergement dans un hôtel social via le 115

Les parents de X sont arrivés dans la ville A le 10 août 2020. Madame âgée de 25 ans et originaire de Somalie avait quitté son pays en 2018¹⁴. Monsieur soudanais, âgé de 26 ans a connu de même un parcours migratoire depuis 2017¹⁵.

Le couple s'est rencontré et marié en 2019 dans un camp en Libye où ils ont été retenus respectivement un an pour Madame et trois ans pour Monsieur.

C'est donc un couple particulièrement vulnérable qui est arrivé dans la ville A. Ni l'un ni l'autre ne parlait le français, ils n'avaient pas de ressources, pas de logement, et Madame était alors au septième mois de sa grossesse.

Enregistrés en qualité de demandeurs d'asile à la préfecture de la ville A le 11 septembre 2020, ils ont été placés en procédure « Dublin »¹⁶ et à compter d'octobre 2020 ont perçu l'allocation pour demandeur d'asile¹⁷ (ADA) soit 17 € 60 par jour.

En dépit de la naissance imminente d'un bébé, ils n'ont pas été pris en charge par le dispositif national d'accueil (DNA) de l'OFII¹⁸ et sont donc demeurés dans une totale précarité avant d'être mis à l'abri par le 115 dans un hôtel social accueillant d'autres demandeurs d'asile.

X est né à la maternité du CHU de la ville A le 18 octobre 2020. Du fait de la prise en charge hôtelière de la famille, son ADA a été ramenée à 13 € 60 par jour par l'OFII.

¹⁴ Il est indiqué dans son dossier OFPRA qu'elle a transité par l'Ethiopie, le Soudan, la Libye, Malte et l'Italie.

¹⁵ Son dossier OFPRA mentionne un passage par la Libye, Malte et l'Italie.

¹⁶ Règlement UE n° 604/2013 du 26 juin 2013 dit Dublin. Le règlement Dublin prévoit que l'instruction de la demande d'asile est faite par le premier pays d'entrée du demandeur.

¹⁷ Depuis le 1^{er} novembre 2015, le montant de l'ADA pour une personne seule est de 6,80 €/jour, plus 3,40 € par personne supplémentaire. En cas d'absence d'hébergement, une majoration de 7,40 €/jour et par adulte est prévue. Le montant pour un couple sans enfants est donc de 10,20 €/jour (couple hébergé) ou 17,60 € (sans hébergement). Le montant pour un couple avec un enfant est de 13,60 €/jour (avec hébergement) ou 21 €/jour (sans hébergement). Articles D553-8 à D553-17 du code de l'entrée et du séjour des étrangers en France.

¹⁸ L'OFII est l'opérateur de l'Etat chargé notamment d'héberger les demandeurs d'asile durant l'instruction de leur dossier et de leur verser l'ADA.

Ce non-respect de l'obligation légale d'hébergement des demandeurs d'asile dans des structures dédiées est représentatif de la situation qui prévalait à l'époque au sein du département¹⁹. Il a eu pour conséquences majeures l'absence de suivi de la famille par des travailleurs sociaux et des conditions de logement inadaptées à la composition familiale.

L'exiguïté de cette chambre d'hôtel va contribuer à alimenter différentes hypothèses pouvant expliquer les fractures de l'enfant : cosleeping entre les deux parents, chute du lit parental, jambe coincée entre les barreaux du lit.

L'orientation de la famille par l'OFII vers un CADA va provoquer un départ précipité dans la ville B²⁰, préjudiciable à la continuité du suivi de X.

1.1.2 Un appui administratif diligent assuré par l'association France terre d'asile dans la limite de son mandat

A compter du 14 septembre 2020, les parents de X ont été domiciliés administrativement par FTDA, qui exerce pour le compte de l'OFII la mission de structure de premier accueil des demandeurs d'asile (SPADA).

Trois rendez-vous ont eu lieu dans les locaux de FTDA²¹ :

- un entretien de pré-accueil en amont du guichet unique des demandeurs d'asile (GUDA), le 03 septembre 2020
- le rendez-vous du 14 septembre 2020 pour mettre en place la domiciliation administrative du couple et les orienter en vue d'une carte de transport
- un dernier entretien, le 26 janvier 2021, d'aide à la constitution d'un dossier office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA).

En parallèle, FTDA a planifié deux rencontres auprès du GUDA de la ville A, d'abord en septembre 2020 pour l'enregistrement initial comme demandeurs d'asile, puis en janvier 2021 pour la requalification de la demande d'asile en procédure normale à l'échéance du délai de six mois de la procédure « Dublin ».

¹⁹ En avril 2021, 60% des 2199 ménages allocataires de l'ADA n'étaient pas hébergés soit 1 332 ménages.

²⁰ Cf. 1.7.1.

²¹ Source dossier usager des parents de l'enfant.

L'accompagnement social de FTDA, conforme au cahier des charges du marché public conclu avec l'OFII²² a permis à la famille, après les trois mois de délai de carence²³, d'accéder à une couverture maladie et de réaliser auprès de l'OFII un signalement pour l'obtention d'un hébergement.

Les moyens techniques et humains dont dispose FTDA pour réaliser l'ensemble de ses missions sont limités. L'équipe locale de FTDA dispose de 16 intervenants sociaux²⁴ pour une file active de 3 500 demandeurs d'asile²⁵.

Il n'y a pas d'infirmière ni de médecin ou de psychologue et aucune permanence de travailleur social n'est assurée. Le cahier des charges ne prévoit pas de bilan de santé. En outre FTDA, dont le seul interlocuteur est l'OFII, connaît peu l'organisation de la protection de l'enfance et particulièrement de la CRIP. Une présentation des différentes instances et une information sur la conduite à tenir en cas de suspicion de maltraitance mériterait d'être assurées par les CD.

La SPADA de la ville A ne gère aucun lit d'hébergement, ne dispose pas d'un vestiaire, n'organise pas de distributions alimentaires, et ne verse aucune aide financière d'urgence. Pour tous ces besoins, les demandeurs d'asile sont renvoyés vers la PASS, le 115, et les réseaux de solidarité.

Pour les familles en grande difficulté, FTDA peut renseigner un formulaire de demande d'aide financière, qui est ensuite instruite par les services du département. L'association peut enfin effectuer des signalements à l'OFII pour vulnérabilité, ou pour demander qu'une ADA ne soit pas coupée.

Il est apparu clairement que l'association ne se considérait pas comme mandatée pour assurer l'accompagnement social au long cours de la famille de l'enfant. Avec lucidité, les représentants de FTDA ont indiqué que leur accompagnement social restait *basique*.

Cette réalité est à relier au budget contraint des SPADA. En 2019, l'accompagnement juridique et social des 136 000 demandeurs d'asile accueillis en SPADA a mobilisé 27,8 M€²⁶ soit un équivalent prix de journée de l'ordre de 0,56 € par demandeur d'asile, contre 19,5 € en CADA.

²² Au terme de ce cahier des charges FTDA assure les prestations suivantes :

- A. Prestation de pré-accueil des demandeurs d'asile en amont de leur enregistrement en GUDA.
- B. Prestation d'accompagnement social et administratif des demandeurs d'asile non hébergés après leur passage au GUDA.
- C. Prestation d'accompagnement individualisé à l'accès aux droits sociaux des réfugiés et des bénéficiaires de la protection subsidiaire lorsqu'ils ne bénéficient d'aucune prise en charge dédiée ou de droit commun.

²³ Depuis la loi n° 2018-778 du 10 septembre 2018, les demandeurs d'asile ne peuvent accéder à une couverture d'assurance maladie qu'à l'issue d'un délai de carence de trois mois.

²⁴ Ceux-ci ont des profils de juristes et n'ont pas de diplôme de travailleur social.

²⁵ Soit un intervenant pour 220 demandeurs d'asile.

²⁶ Cf. Analyse du projet annuel de performance 2021 de la Mission asile et intégration, Fédération des acteurs de la solidarité.

L'absence de bilan de santé des parents à leur arrivée, et notamment le fait que le père n'ait, selon les informations recueillies par la mission, bénéficié d'aucun soutien médico-psychologique, apparaît particulièrement regrettable compte tenu des incertitudes qui entourent son parcours antérieur²⁷.

Recommandation n° 1. A l'attention des conseils départementaux : informer les structures prenant en charge les demandeurs d'asile des procédures de détection et de signalement des mineurs en danger.

1.1.3 Une absence d'accompagnement social de droit commun

Lors d'une audition collective avec des cadres départementaux, il a été indiqué que les demandeurs d'asile se situaient hors champ de compétence des espaces départementaux de la solidarité²⁸ (EDS). Le département n'avait d'ailleurs pas de trace de la famille de X dans son applicatif métier dédié à l'action sociale²⁹. Le CD réoriente de façon systématique vers FTDA, considérée comme la structure pivot en charge des demandeurs d'asile sans hébergement, ces derniers pouvant toutefois solliciter les aides financières enfance-famille du département³⁰.

Cette mise à distance des demandeurs d'asile du champ d'intervention du service social départemental contredit le principe d'universalité de la polyvalence de secteur, qui est à la disposition de l'ensemble de la population d'un secteur géographique donné. Elle s'écarte également significativement des recommandations en faveur de *l'aller vers* et du premier accueil social inconditionnel, portées notamment par le Haut-conseil du travail social et le plan d'action interministériel en faveur du travail social.³¹

La réorientation par le département des demandeurs d'asile vers l'opérateur de l'OFII, alors que FTDA ne dispose pas des moyens - ni du mandat - lui permettant d'exercer leur suivi social effectif, conduit de fait à la non prise en charge d'un public pourtant en situation légale sur le territoire. Ce positionnement est d'autant plus dommageable qu'il s'agit d'un public vulnérable ne bénéficiant pas d'un hébergement par le DNA et n'étant pas autorisé à travailler durant les six premiers mois d'examen de la demande d'asile.

L'accompagnement social des migrants se trouve ainsi renvoyé à la société civile. Tel a été le cas pour les parents du jeune X.

²⁷ Cf. 1.1.4.

²⁸ La délégation territoriale de la ville A comporte 15 EDS qui sont l'échelon social d'intervention de proximité du département.

²⁹ Le département utilise le logiciel Solis (hors PMI).

³⁰ Les demandes doivent être visées et introduites par un professionnel de FTDA auprès du département, qui les instruit dans le cadre d'une commission hebdomadaire (aide d'un montant de 75 € maximum dans la limite de 3 fois par an).

³¹ [Plan d'action interministériel en faveur du Travail Social et du développement social - Ministère des Solidarités et de la Santé \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/plan-action-interministriel-en-faveur-du-travail-social-et-du-developpement-social).

1.1.4 Une suppléance de la société civile par l'intervention de bénévoles pour répondre aux besoins primaires de la famille

A l'exception notable du suivi effectué par la PMI³², l'accompagnement social de la famille de X a reposé essentiellement sur le tissu associatif de la ville A, en particulier un collectif³³ et une association .

Des bénévoles de ce collectif sont entrés en contact avec les parents de X au moment de la naissance du bébé et ont apporté une aide régulière à la famille entre le mois d'octobre 2020 et le mois de mai 2021 pour répondre à ses besoins primaires que l'ADA seule ne permettait pas de couvrir³⁴.

Le collectif a décrit des contacts réguliers avec la famille, à une fréquence d'environ deux fois par semaine³⁵, la communication se faisant essentiellement par gestes en raison de la barrière de la langue. Une bénévole, très liée à la famille, et qui a assisté régulièrement à des changes et des repas, a décrit un couple calme, une mère attentive, un père plus en retrait, et un bébé qui ne mangeait pas beaucoup.

Très actifs lors de la première hospitalisation de X en mars-avril 2021³⁶, ils se sont montrés soucieux de connaître la cause de l'origine des fractures dont ils ne pouvaient pas imaginer qu'elles puissent résulter d'un acte volontaire des parents.

Afin d'éviter que l'enfant ne se cogne ou ne se coince entre des barreaux, un lit parapluie a été fourni aux parents par l'association de bénévoles de la ville A. Ces derniers ont mené une enquête auprès des résidents et du personnel de l'hôtel afin de savoir si des signes de maltraitance avaient été perçus. L'association de bénévoles est également intervenue en renfort juridique, trouvant des avocats pour les parents en vue de leur audience devant le juge des enfants en avril 2021, et sollicitant pour eux le bénéfice de l'aide juridictionnelle. L'audience a été préparée en visioconférence, avec l'intermédiaire d'un traducteur bénévole.

L'association de bénévoles et le collectif se sont efforcés de mettre en place un étayage de la famille assorti d'une *vigilance bienveillante*. Ils ont durant cette période été uniquement en lien avec le responsable ASE de secteur lors d'un appel téléphonique. Ils regrettent que le lieu de vie de l'enfant n'ait pas été visité par un professionnel d'autant que ne pouvant avoir accès au dossier médical il leur était difficile d'apprécier l'origine des fractures.

³² Cf. infra 1.2.

³³ Ce collectif, compte environ 1 800 membres sur sa page Facebook. Son action est centrée sur l'aide de première urgence face à des situations de grande précarité, notamment des familles avec des enfants en bas âge.

³⁴Le carnet d'une des bénévoles mentionne la fourniture de matériel de puériculture, de vêtements pour adultes et de couches. Il précise que les parents achètent eux aussi des couches et du lait pour leur enfant avec l'ADA.

³⁵ Visite à l'hôtel ou échanges téléphoniques lors des hospitalisations de l'enfant.

³⁶ Cf. 1.3.1, 1.5.2, 1.5.3 et 1.6.1.

L'hypothèse d'une maltraitance maternelle est, encore aujourd'hui, clairement écartée par ces bénévoles, qui restent dans une alliance forte avec la mère, et continuent d'évoquer d'autres explications possibles aux fractures à répétition de X: chutes du lit, compression accidentelle du bébé liée au cosleeping, fragilité osseuse consécutive à des carences en calcium de la mère, syndrome de stress post-traumatique et instabilité psychique du père qui aurait pu être un enfant soldat au Soudan³⁷.

Le soutien apporté par ces associations à la famille de X est incontestable. De fait, il s'est substitué à un accompagnement social de droit commun qui aurait dû être mis en place par la polyvalence de secteur et a reporté sur les bénévoles la mise en œuvre de démarches qui ne relevaient de leur domaine naturel d'intervention. Le département aurait dû coordonner les interventions autour de la famille, effectuer une visite domiciliaire, investiguer la question de la santé mentale du père, organiser la synthèse des informations disponibles, et prendre contact le cas échéant avec l'OFII.

Au-delà du cas particulier de la famille de X, la pratique combinée de l'OFII et du département conduit à déléguer de fait à des bénévoles l'accompagnement social des demandeurs d'asile non hébergés, y compris lorsqu'il s'agit de familles avec des enfants en bas âge. Ce déport n'est pas à la hauteur des enjeux. Une coordination renforcée entre l'OFII, le département et le service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO) est indispensable.

Recommandation n° 2. A l'attention du CD de la ville A: intégrer les demandeurs d'asile dans l'accompagnement de droit commun de la polyvalence de secteur.

1.2 Un suivi immédiat et soutenu par la protection maternelle et infantile

1.2.1 Une prise en charge rapide de X après sa naissance avec des rendez-vous réguliers

Contrastant avec l'absence d'intervention de la polyvalence de secteur, le suivi PMI s'est mis en place très vite, suite à une orientation du CHU en sortie de maternité. La liaison ville-hôpital a bien fonctionné.

La PMI a rencontré l'enfant 11 jours après sa naissance puis chaque semaine pendant le premier mois pour un suivi régulier de son poids.

Quatre consultations ont eu lieu les 4 janvier, 19 janvier, 16 mars et 22 mars 2021. La famille a été absente à un rendez-vous le 9 mars 2021.

³⁷ Cette information a été recueillie par l'association de bénévoles postérieurement au décès de X, auprès d'une des familles hébergées à l'hôtel. Cet élément n'est pas mentionné dans le récit de vie du père transmis à l'OFPRA. L'ASE et la PMI n'en avaient pas connaissance.

Un interprétariat par téléphone a parfois été mobilisé, pour gérer la barrière de la langue. Les parents se sont également faits accompagner une fois par un tiers qui parlait Français. La PMI a eu connaissance très tôt des conditions d'habitat précaire de la famille et du fait que X dormait avec ses parents. Des conseils en lien avec le couchage, les mesures de prévention des syndromes du bébé secoué et de la mort subite du nourrisson ont été donnés à la famille. Lors des deux dernières consultations, des recommandations relatives à la diversification alimentaire ont également été formulées.

1.2.2 Une attention portée à la santé de X avec des alertes de la mère sans que la situation n'apparaisse préoccupante

Selon la PMI, les parents indiquaient que l'enfant pleurait beaucoup et mangeait peu. A l'occasion de presque toutes les consultations, la mère de X a fait part d'éléments d'inquiétude.

Le 4 janvier 2021, la famille a rapporté un épisode de vomissement avec présence de sang, en sortie de bain, X présentant également une rhinite associée à de la toux. Une liaison faite par un médecin de PMI avec le CHU, a conclu à une origine mécanique.

Le 19 janvier 2021, la mère a indiqué que la jambe gauche de X ne bougeait plus depuis 48h et qu'elle était douloureuse. Elle a attribué cette impotence fonctionnelle à la vaccination du 4 janvier 2021. A l'examen clinique par un médecin, X bougeait ses deux membres inférieurs et n'était pas douloureux.

Les pesées des 16 et 22 mars 2021 ont révélé une prise de poids insuffisante du nourrisson suscitant des inquiétudes.

X a néanmoins été décrit comme *un bébé avec un bon éveil, tonique, très souriant et dans le contact avec les autres*. Le suivi mis en œuvre par la PMI correspond donc à un suivi à la fois attentif et classique, vaccinations, suivi de la courbe de croissance, surveillance générale, conseils aux parents, sans signe clinique majeur d'alerte. La PMI a indiqué ignorer si la mère avait bénéficié d'un suivi médical pré ou post natal. La vulnérabilité de la famille aurait dû pourtant conduire la PMI à s'en assurer.

1.2.3 Un comportement maternel perçu comme ajusté

La PMI a indiqué que les deux parents adhéraient à son suivi.

Si le père restait en retrait, les parents ont été décrits comme demandeurs de conseils et compliants. Le comportement maternel relaté par écrit par une puéricultrice est décrit comme ajusté : *nous avons pu observer des beaux moments d'échanges entre X et sa mère. Lors des moments de pleurs, madame reconfortait X par le portage ou en lui parlant en arabe.*

1.3 Une hospitalisation aboutissant à un diagnostic de maltraitance et à un signalement au parquet par l'unité d'accueil des enfants en danger

1.3.1 Une hospitalisation le 24 mars 2021 à l'initiative des parents

Le 24 mars 2021, les parents de X sont venus aux urgences pédiatriques du CHU de la ville A car leur fils présentait une douleur à la cuisse et de la fièvre. X ne bougeait plus sa jambe gauche, dont le volume avait augmenté. L'hypothèse d'une réaction à une double injection vaccinale dans les cuisses, pratiquée le 16 mars 2021, a été évoquée par les parents.

La radiographie a révélé une fracture du fémur gauche, à laquelle les parents n'ont pas apporté d'explication. Un plâtre a été confectionné et l'enfant a reçu un traitement antalgique. S'agissant d'un nourrisson de cinq mois non déambulant, le médecin a décidé d'hospitaliser X pour effectuer des examens complémentaires.

Le protocole en vigueur aux urgences pédiatriques prévoit en effet d'hospitaliser systématiquement les nourrissons en cas de fractures inexplicables, afin d'explorer leurs causes et d'examiner s'il existe d'autres lésions.

1.3.2 Un diagnostic clinique pluridisciplinaire concluant à des fractures multiples d'âges différents sans argument en faveur d'une maladie osseuse

X a été pris en charge au sein de l'UAPED du CHU qui réalise des évaluations à la demande de la famille, d'un professionnel ou sur réquisition de l'autorité judiciaire³⁸. Elle est constituée d'une équipe pluridisciplinaire formée à la clinique de la maltraitance et réunissant pédiatre, psychologue, pédopsychiatre, puéricultrice, assistante sociale, chirurgien pédiatre, et pédiatre légiste. L'UAPED est référente pour le repérage et le diagnostic des situations de violences faites aux enfants et aux adolescents.

³⁸ Dans le cadre d'une convention avec le TJ de la ville A, l'UAPED est amenée à donner des avis spécialisés dans le cadre de procédures en cours et à coordonner le parcours judiciaire des mineurs victimes. L'unité dispose d'une salle dédiée pour pratiquer des auditions filmées.

L'UAPED est un acteur local actif et reconnu, dont la coordinatrice entretient des relations étroites avec le parquet, la CRIP, le médecin référent protection de l'enfance et le médecin chef du service de PMI. Son équipe participe régulièrement à la formation des professionnels de la DEF du département ainsi qu'à des actions partenariales avec le TJ. L'UAPED a également impulsé l'expérimentation dans le dispositif de la ville A du dispositif « Santé protégée » dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018³⁹.

L'hospitalisation de X a donné lieu à une série d'examens complémentaires : des radiographies du squelette entier, une scintigraphie osseuse, une imagerie par résonance magnétique du cerveau et du corps, un examen ophtalmologique ainsi qu'à une consultation de génétique. **Outre la fracture du fémur gauche, ce bilan a mis en évidence une fracture d'une côte avec un cal osseux caractéristique d'une antériorité de plus de huit jours, et deux autres fractures du fémur droit et du tibia gauche.**

L'enfant ne présentait pas de carence en calcium ni de déficit en vitamine D. Les radiographies ne faisant pas apparaître d'anomalie de la minéralisation ni de la morphologie osseuse qui ferait suspecter une maladie constitutionnelle osseuse et en particulier une ostéogenèse imparfaite, et les examens biologiques étant normaux, il n'a pas été pratiqué d'examen génétique complémentaire.

A l'issue d'une discussion collégiale interdisciplinaire⁴⁰, il a été décidé d'adresser un signalement au parquet pour suspicion de maltraitance.

La pédiatre coordonnatrice de l'UAPED et la cheffe du service de pédiatrie générale et des urgences pédiatriques ont apporté plusieurs précisions.

La présence de fractures multiples d'âges différents chez un enfant non marcheur constitue un argument en faveur de traumatismes externes. La fracture d'une côte est en particulier un élément d'alerte car elle résulte habituellement d'une pression excessive exercée en tenant le bébé. Il s'agit d'une lésion qui peut être notamment observée dans les situations de bébé secoué.

Néanmoins, dans le cas de X, le tableau clinique ne correspondait pas au syndrome du bébé secoué en raison de l'absence d'autres signes tels un saignement intracrânien ou intraoculaire.

³⁹ « Santé protégée » est une structure de coordination portée par le CHU en partenariat avec le CD et l'agence régionale de santé qui accompagne les enfants et les adolescents concernés par une mesure de protection de l'enfance administrative ou judiciaire à travers un parcours de soin intégrant un bilan de santé et de prévention à l'entrée dans la mesure, puis son actualisation annuelle, et la structuration d'un suivi médical et médico-psychologique personnalisé permettant une prise en charge précoce de toute pathologie ou situation de handicap.

⁴⁰ Non formalisée par un compte-rendu.

Les médecins ont clairement exclu que les fractures constatées sur X aient pu être causées par de simples chutes du lit ou par le cosleeping avec les parents. En cas de chute du lit, les lésions se situent en effet habituellement au niveau du crâne, en raison du poids de la tête, et au niveau des membres supérieurs. Sans pouvoir écarter à 100% l'hypothèse d'une maladie génétique, il n'existait, à l'issue des examens pratiqués, aucun argument en faveur d'une maladie osseuse constitutionnelle de X. En terme de probabilité, il y avait donc d'un côté **un faisceau d'indices en faveur de la maltraitance et de l'autre une absence d'indices en faveur d'une cause génétique**⁴¹. Pour l'équipe médicale, cette situation n'était pas une situation *grise*, il s'agissait d'un enfant ayant subi des agressions multiples et graves.

1.3.3 Une suspicion de maltraitance donnant lieu à un signalement au parquet avec demande de protection en urgence

Le signalement de l'UAPED a été adressé au parquet des mineurs du TJ de la ville A le 30 mars 2021.

Après un récapitulatif détaillé du dossier médical, il concluait : *ce petit nourrisson qui ne se déplace pas présente donc plusieurs fractures d'âges différents sans signe de maladie osseuse constitutionnelle, faisant suspecter qu'il a subi des violences physiques à plusieurs reprises. Ce nourrisson nous paraît donc en danger s'il rentre à son domicile dans les conditions actuelles. Une enquête nous paraît nécessaire avec mesure de protection en urgence et saisine d'un juge des enfants.*

Conformément à la pratique de l'UAPED, la CRIP, le médecin référent protection de l'enfance et le médecin chef du service de PMI ont été en copie du signalement.

L'ensemble du traitement de la situation par l'UAPED fait donc apparaître une prise en charge rapide, adaptée et interdisciplinaire, ainsi qu'une articulation fluide avec le parquet et les services du département.

1.4 Un traitement judiciaire en urgence actant un danger pour l'enfant

1.4.1 Une réactivité incontestable mais inaboutie du substitut de permanence

Transmis le 31 mars 2021 par le CHU sur la boîte structurelle de la permanence du parquet des mineurs du TJ de la ville A, ce signalement a parallèlement été adressé en copie à la CRIP et la PMI. Il a été reçu peu après 17 heures par le substitut de permanence et a fait l'objet d'un traitement immédiat.

⁴¹Le tableau clinique apparaissant clair, l'UAPED n'a pas fait procéder à des investigations génétiques complémentaires.

Il a tout d'abord donné lieu, en raison de l'urgence à prendre une mesure de protection, à une OPP du magistrat du parquet⁴².

Il a été suivi le jour même de la rédaction d'un soit-transmis saisissant la brigade de protection de la famille de la sûreté départementale du département d'une enquête des chefs de violences sur mineur de 15 ans, document précisant expressément la nécessité de faire procéder à un examen médical de l'enfant, une audition des deux parents et une enquête de voisinage.

Enfin, conformément aux dispositions légales⁴³, le procureur de la République a, par requête en date du 7 avril 2021, saisi un juge des enfants.

Dans le même temps la CRIP, informée des mesures prises en urgence, a été sollicitée pour recueillir des informations auprès des professionnels en charge du suivi PMI. Celles-ci ont été transmises au parquet par courriel de la CRIP du 6 avril 2021 mentionnant que les éléments recueillis étaient destinés à être joints à l'enquête pénale en cours.

Cette enquête n'a toutefois jamais connu de commencement d'exécution. S'il a été établi que ce soit-transmis a bien été édité le 31 mars 2021 à 19 heures 03, aucune trace de son envoi aux services de police ni par courriel, ni par courrier n'a en revanche pu être retrouvée, malgré la rédaction d'un projet de message électronique de transmission⁴⁴.

Les magistrats du parquet ont expliqué que l'envoi d'une demande d'enquête par messagerie électronique constituait un mode de transmission suffisant pour caractériser une situation d'urgence et qu'au regard de l'heure à laquelle cette demande a été formalisée, un appel téléphonique au groupe d'enquêteurs spécialisés dans le contentieux des mineurs de la brigade de la famille de la sûreté départementale aurait été inopérant en raison du basculement des services vers la permanence de nuit.

Le commissariat de la ville A a, de son côté affirmé, n'avoir jamais été saisi. Cette hypothèse a été confirmée par le fait qu'aucune mention de diligence n'a été portée dans l'appli Cassiopée permettant l'enregistrement et le suivi des procédures.

De plus, aucune alerte permettant au parquet de s'interroger sur le suivi de l'enquête pénale qu'il pensait avoir ordonnée n'a été mise en place. Il a pourtant été expressément fait mention de cette enquête dans l'OPP du 31 mars 2021 avec la précision que la mesure de placement de X était prise en urgence, dans l'attente de l'établissement de la responsabilité de chacun dans les faits ayant fait l'objet du signalement.

⁴² Articles 375 à 375-9 du code civil.

⁴³ Article 375-5 du code civil.

⁴⁴ Concernant cette absence de transmission, l'hypothèse la plus probable est que ce message soit resté à l'état de brouillon. L'original du soit transmis qui devait être envoyé par courrier n'a pas été retrouvé. Le parquet a depuis modifié les procédures internes pour assurer une meilleure traçabilité des demandes d'enquête.

Plus généralement, les dispositions du dernier alinéa de l'article 425 du code de procédure civile prévoient que le ministère public doit avoir communication de toutes les affaires dans lesquelles la loi dispose qu'il doit faire connaître son avis. Tel est le cas des procédures d'assistance éducatives qui doivent être transmises au procureur de la République pour avis⁴⁵.

Toutefois, dans un contexte d'exercice professionnel dégradé⁴⁶, ces dispositions légales sont appliquées de façon très inégales au sein des juridictions. Si l'absence totale de communication⁴⁷ constitue une situation fréquente, les avis dès lors qu'ils sont rendus présentent le plus souvent un caractère purement formel⁴⁸.

En l'absence d'outil informatique adapté au suivi des enquêtes, cette communication constitue pourtant, par l'alerte qu'elle génère, un moyen efficace de s'interroger sur le contenu et le devenir d'une procédure pénale concomitante au dossier d'assistance éducative et souvent déterminante pour la suite de celui-ci.

Recommandation n° 3. A l'attention des juridictions : solliciter *a minima* l'avis du parquet dans toute procédure d'assistance éducative ouverte après une OPP, et inviter le parquet à rendre un avis motivé.

1.4.2 Une ordonnance de placement provisoire transformée en hospitalisation mère-enfant

L'OPP a été notifiée aux parents de X le 1^{er} avril 2021 au CHU de la ville A par le responsable d'unité de l'ASE en présence de la coordonnatrice de l'UAPED.

Cette ordonnance qui confiait l'enfant à l'ASE, ses parents disposant d'un droit de visite en présence d'un tiers, a en réalité fait l'objet d'une interprétation dans ses modalités d'application.

En effet dès sa notification, le père de X a été invité à quitter l'hôpital, tout en conservant possibilité de rester en contact téléphonique avec sa famille. L'enfant est resté hospitalisé même si au plan strictement médical, il pouvait sortir. Sa mère a quant à elle été autorisée à demeurer auprès de lui.

Cette décision, qualifiée d'exceptionnelle par les médecins du service de pédiatrie, a été prise de manière concertée par l'ASE et par l'UAPED. Elle a été motivée auprès de la mission par plusieurs raisons.

⁴⁵ Articles 1187 et 1189 du code de procédure civile.

⁴⁶ Cf. infra 3.3.

⁴⁷ les dossiers d'assistance éducative ne font pas l'objet d'une communication avant audience. Les magistrats du parquet indiquent en outre que compte tenu de leur charge de travail, ils ne seraient pas en mesure si les dossiers leur étaient communiqués de procéder à leur étude afin de rendre un avis motivé.

⁴⁸ Les formulations les plus fréquemment employées sont : *vu et sans observation* ou *vu et s'en rapporte*.

Le fait que la mère de X allaitait son enfant a contribué à ce choix, de même que sa particulière vulnérabilité liée à son parcours migratoire.

Garder la mère hospitalisée avec X permettait aussi au CHU d'observer les interactions mère-enfant dans la perspective de l'audience en assistance éducative à venir, et d'en informer l'ASE.

L'éviction du père a été justifiée par la nécessité de pouvoir libérer la parole de sa femme dans l'hypothèse d'une situation de violences intrafamiliales, ce qui apparaissait possible compte tenu d'éclats de voix remarqués par le personnel hospitalier.

Enfin, **les responsables de l'ASE ont reconnu que la saturation de l'offre d'accueil en pouponnière dans le département avait également influé sur ce choix** d'une hospitalisation mère-enfant. La mère ne souhaitait pas aller en centre maternel sans son mari, et l'accueil en centre parental n'était pas non plus envisageable car un reste à charge de 180 € aurait été exigible. Il a été souligné que le maintien d'enfants sous OPP en milieu hospitalier est aujourd'hui régulièrement mis en œuvre⁴⁹ en raison d'un dispositif de placement à l'ASE saturé⁵⁰.

De façon plus générale, il est apparu qu'entre le placement de X et l'audience au fond devant le juge des enfants, aucune recherche de lieu d'accueil n'a été effectuée par l'ASE. Les responsables de l'ASE et de l'UAPED ont indiqué qu'ils étaient persuadés que le juge des enfants ordonnerait de toute façon une mainlevée⁵¹.

In fine, les trois semaines de placement provisoire ont été pour l'essentiel mises à profit pour observer les interactions mère-enfant.

1.5 Une intervention du responsable territorial de l'aide sociale à l'enfance dans un contexte complexe conduisant à un glissement de posture

1.5.1 Des relations difficiles avec le magistrat en charge du dossier de X

De manière unanime, les relations entre le juge des enfants ayant eu en charge le dossier d'assistance éducative de X⁵², ses collègues et les différents partenaires du conseil départemental, du réseau associatif ou du CHU ont été qualifiées de mauvaises.

⁴⁹ Lorsque la mission a rencontré la responsable de l'UAPED le 6 avril 2022, il lui a été indiqué que cinq enfants en attente de placement étaient hospitalisés depuis 15 jours dans son service.

⁵⁰ Cette saturation de l'accueil d'urgence et plus généralement du dispositif d'hébergement est relevée depuis 2018 dans les rapports annuels d'activité du TPE de la ville A.

⁵¹ Cf.1.5.1.

⁵² L'attribution des dossiers est effectuée par secteurs géographiques. Dans le cas d'un placement du mineur à l'ASE l'adresse prise en compte est celle du parent chez lequel il résidait avant son placement.

Ont été évoquées une posture quasi dogmatique de ce magistrat en faveur des parents, son opposition de principe à tout placement et ses remises en cause fréquentes des analyses des professionnels du secteur associatif et de l'ASE⁵³ ainsi que des diagnostics médicaux de l'UAPED.

Ces griefs, dont il a été pris acte, n'ont toutefois pas vocation à être analysés dans le cadre d'une mission interministérielle de contrôle et ce d'autant plus que le ministre de la justice en avait été saisi antérieurement.

Ces pratiques professionnelles ne peuvent néanmoins être totalement passées sous silence dès lors qu'il a été indiqué qu'elles ont été ressenties comme un facteur déstabilisant dans le dossier de X.

L'absence de proposition du maintien du placement de X par l'ASE⁵⁴ a en effet été présentée comme un positionnement adopté en anticipation de ce que serait la décision du magistrat. L'ASE aurait intériorisé que l'enfant serait de toute façon remis à ses parents, et se serait dès lors concentrée sur des propositions visant à assurer un étayage à domicile. De manière troublante, même l'UAPED, pourtant à l'origine du signalement, n'a pas émis de contre-proposition lorsque l'ASE l'a informée par mail qu'elle ne demanderait pas de placement.

Sans méconnaître la difficulté à gérer des relations difficiles et à travailler dans un climat empreint de défiance, l'autocensure de l'ASE ne peut recevoir l'adhésion. Elle reflète en effet une confusion des rôles assignés à chacun des acteurs au détriment de l'intérêt de l'enfant.

A cet égard et sans qu'aucune appréciation ne soit portée sur la décision de ce magistrat, il y a lieu d'observer que la mesure d'AEMO prioritaire qu'il a ordonnée va au-delà des propositions qui avaient été faites par l'ASE.

1.5.2 Des carences dans la préparation de l'audience en assistance éducative

Durant le placement provisoire de X, le responsable de secteur de l'ASE s'est appuyé principalement sur l'assistante sociale du CHU pour réaliser une évaluation sociale de la famille.

En effet, **l'hospitalisation est intervenue en même temps que la mesure sanitaire de confinement mise en place entre le 3 avril et le 3 mai 2021, durant laquelle les visites au CHU étaient interdites.** De plus, plus d'un tiers des personnels de l'antenne ASE de secteur, dont la référente de X, se trouvait en autorisation spéciale d'absence ou en congés maladie.

Tout en tenant compte de ce contexte particulièrement difficile, la manière dont l'audience en assistance éducative a été préparée par l'ASE révèle des faiblesses.

⁵³ De manière très inhabituelle, le président du conseil départemental de la ville A avait adressé en 2021 au garde des sceaux un courrier d'alerte concernant les pratiques professionnelles de ce magistrat.

⁵⁴ Cf. infra 1.5.3.

Alors que les parents de X avaient justifié les fractures dont souffrait leur fils par leurs conditions d'hébergement, **leur lieu de vie à l'hôtel n'a pas fait l'objet d'une visite**. Cette négligence contrevient aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) qui préconisent la vérification des conditions de vie de l'enfant tant dans l'évaluation du danger que dans l'accompagnement des retours à domicile suite à un placement⁵⁵.

Aucune rencontre individuelle n'a eu lieu avec le père, éloigné de l'hôpital dès le premier jour, suite à une décision concertée entre la pédiatre, coordonnatrice de l'UAPED et le responsable de l'ASE.

Le médecin référent protection de l'enfance⁵⁶ n'a pas été sollicité pour préparer l'audience alors même qu'il doit contribuer à l'analyse du repérage de situations de danger et a un rôle de coordination avec la PMI ainsi qu'avec l'ensemble des professionnels hospitaliers.

Le responsable de secteur de l'ASE a régulièrement été en contact téléphonique ou par courriels avec le CHU, la PMI et l'association de bénévoles mais **aucune synthèse globale reprenant le positionnement de chacun des acteurs n'a été réalisée**.

L'élaboration d'une décision concertée, aurait pourtant permis de tenir davantage compte du diagnostic clinique de l'UAPED et du caractère non équivoque des lésions constatées⁵⁷.

Des tensions ont existé entre le responsable de secteur et le médecin de PMI⁵⁸ qui suivait X, sur la proposition à formuler au magistrat. Dans ce contexte **il est regrettable que la PMI n'ait pas établi d'écrit en vue de l'audience** et qu'aucun tiers n'ait été sollicité pour remédier à ce différend. Pourtant le conseil départemental dispose d'un poste de médecin chef de la PMI, qui n'a pas été sollicité.

L'absence de saisine du médecin référent en protection de l'enfance et du médecin chef de service thématique de la PMI interroge.

En effet, l'organisation du conseil départemental de la ville A prévoit leur information par mail de tous les signalements ou informations préoccupantes pour les mineurs de moins de six ans. Leur intervention n'est toutefois effective que sur sollicitation des professionnels. Dans le cas présent, cette modalité de saisine a démontré sa limite puisque ces deux ressources médicales ne sont jamais intervenues dans la situation de l'enfant.

⁵⁵ Cadre de référence national HAS : évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger du 12 janvier 2021. Livret 3. Recommandations HAS du 22 juin 2021 : Améliorer l'accompagnement des enfants en sortie des dispositifs de protection de l'enfance.

⁵⁶ Article D. 221-25 du code de l'aide sociale et des familles.

⁵⁷ Il existe des réunions trimestrielles entre l'UAPED, la PMI et le médecin référent protection de l'enfance pour travailler sur des dossiers relatifs à la santé. Une fiche projet fixe le cadre et l'évaluation à venir de cette instance.

⁵⁸ Il a été rapporté à la mission que le médecin de PMI souhaitait le maintien du placement.

Les réflexions du médecin chef de la PMI, mettent en exergue trois voies d'amélioration :

- la nécessité pour les médecins de la PMI de ne jamais considérer qu'un diagnostic clinique puisse être évident au point de rendre inutile un avis écrit de leur part ;
- la nécessité, dans le cadre d'évaluations pluridisciplinaires, que la contribution des professionnels qui sont en lien avec la famille soit relue et validée par un médecin ou un cadre de santé ; en effet, dans le cas de X, l'écrit de la puéricultrice de PMI a été remonté tel quel et sans interprétation ou mise en perspective par sa ligne hiérarchique⁵⁹, qui n'était pas un professionnel de santé ;
- la nécessité d'associer aux évaluations des professionnels qui ne sont pas en lien direct avec la famille, pour contrer les phénomènes de sidération et de déni de la maltraitance qui peuvent apparaître lorsque le comportement des parents semble ajusté. La relecture du suivi PMI par un médecin tiers aurait peut-être permis une analyse différente de certains signes cliniques, non perçus comme alertants sur le moment, mais qui, mis bout à bout, étaient compatibles avec un tableau clinique de maltraitance⁶⁰.

La HAS recommande d'ailleurs explicitement de mobiliser l'expertise de personnes qui ne sont pas en lien direct avec la famille et l'enfant⁶¹.

Il est donc regrettable que le responsable de secteur de l'ASE ait porté seul l'évaluation de la situation de X, alors même que diverses ressources étaient à sa disposition.

Si la période de crise sanitaire a complexifié la réalisation d'une évaluation pluridisciplinaire, elle ne peut en revanche totalement justifier l'absence de réunion de synthèse dédiée et d'écrit formalisé, après une OPP, alors même que ses process sont très clairement définis par le CD dans le cadre des informations préoccupantes (IP).

Depuis septembre 2021, l'expérimentation d'une unité d'évaluation spécifique, a été initiée, rattachée à la délégation de la ville A, pour procéder à des évaluations avant l'audience, en particulier dans le cadre d'OPP du parquet. Les évaluatrices viennent aux audiences. Cette nouvelle organisation est appréciée par les magistrats du TJ du ressort.

⁵⁹ Le CD de la ville A a fait le choix d'une organisation déconcentrée. La DEF est une direction thématique positionnée dans une dimension stratégique et les délégations territoriales, avec en leur sein les espaces départementaux des solidarités, sont dans une dimension opérationnelle, sans lien hiérarchique avec la DEF. Ces dernières s'appuient sur les ressources des services composant la DEF.

⁶⁰ Cf. 1.2.

⁶¹ Fiche memo HAS maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir mise à jour juillet 2017.

Recommandation n° 4. A l'attention des conseils départementaux : réaliser une fiche mémo spécifique sur le repérage des signes cliniques de maltraitance en s'appuyant sur les travaux de la Haute Autorité de Santé et sur les situations connues au sein des départements.

Recommandation n° 5. A l'attention du conseil départemental de la ville A : revoir le positionnement du médecin référent en protection de l'enfance dans l'organisation et renforcer son rôle dans les situations à risque en particulier s'agissant d'enfants hospitalisés et/ou vus par l'UAPED.

Recommandation n° 6. A l'attention du conseil départemental de la ville A : systématiser les synthèses de concertation avec l'UAPED avant audience en associant systématiquement le médecin référent en protection de l'enfance ou le médecin chef de service de la PMI de la direction enfance famille.

1.5.3 Une absence de proposition de protection judiciaire par l'aide sociale à l'enfance du département de la ville A

Le rapport d'évaluation du responsable territorial de l'ASE adressé au juge des enfants le 16 avril 2021 n'est pas revenu sur le diagnostic médical initial et ne comportait pas d'analyse des critères de danger ayant conduit au placement de X . Les éléments communiqués au magistrat, qui n'intègrent pas les informations données par la PMI ou l'assistante sociale de l'hôpital, peuvent être qualifiés de succincts.

Les constats posés sur l'attitude de la mère envers son fils, le rejet parental de toute forme de maltraitance, les explications d'une chute du lit conjugal données pour justifier les fractures et la démarche volontaire des parents de conduire X à l'hôpital sont les principaux points développés.

S'appuyant sur les interventions des bénévoles de l'association, l'ASE a décrit un couple de parents attentionnés en précisant qu'aucun comportement inquiétant ou attitude de maltraitance n'avait été constaté. Insistant sur le rôle essentiel de cette association auprès de la famille, il a été indiqué qu'elle était intervenue auprès de l'OFII pour empêcher un départ en CADA dans un autre département, décidé avant l'audience.

En conclusion, le rapport proposait de faire une remise de l'enfant à ses parents dans l'attente des résultats de l'enquête pénale, avec un suivi régulier de la PMI. Aucune mesure éducative n'étant suggérée, il induisait un non-lieu en assistance éducative.

Le soutien de l'association de bénévoles et de FTDA proposé en terme d'accompagnement de l'enfant et de la famille suscite des interrogations compte tenu de l'absence de qualifications spécifiques de ces deux associations dans le champ éducatif ou du soutien à la parentalité.

Le 21 avril 2021, veille de l'audience, le responsable de l'ASE a adressé au magistrat une note complémentaire relayant des informations de l'UAPED et renforçant sa proposition de remise aux parents. S'il est indiqué que les radios de contrôle réalisées ont confirmé les fractures décrites dans le signalement de l'UAPED, ce document rappelle surtout la posture ajustée de la mère dans les soins de maternage et dans le suivi des conseils donnés par les professionnels. Il précise enfin que l'interdiction préventive de visite du père a été respectée. X est décrit par la pédiatre coordonnatrice comme un enfant ayant un bon développement et une bonne relation avec sa mère et son entourage.

Dans ces deux rapports, l'effacement de la gravité des éléments contenus dans le signalement du 30 mars 2021 est source de questionnement, ceux-ci étant produits dans le cadre d'une audience au fond faisant suite à une OPP du parquet.

Les soins adaptés de la mère, allaitant son enfant, son écoute attentive des professionnels et la grande situation de vulnérabilité parentale ont été des facteurs prépondérants conduisant à penser que X n'était pas maltraité.

Recommandation n° 7. A l'attention du conseil départemental de la ville A: veiller à la formalisation et à la validation hiérarchique des rapports d'évaluation préalables à une audience, suite à un placement décidé par le parquet pour suspicion de maltraitance.

Recommandation n° 8. A l'attention du conseil départemental de la ville A: repositionner la place et le rôle des acteurs de la protection de l'enfance vis-à-vis des associations de bénévoles qui ne sauraient être mises en position de se substituer à ces derniers en termes d'accompagnement des familles.

1.6 Une main levée du placement au profit d'une mesure d'assistance éducative en milieu ouvert prioritaire

1.6.1 Une audience durant laquelle le diagnostic clinique initial est peu évoqué et sans recueil d'information sur l'enquête pénale

Les notes et comptes rendus de l'audience du 22 avril 2021 ont permis d'en établir le déroulement.

Reçus d'abord séparément puis ensemble les parents de X ont donné des versions identiques pour expliquer les fractures constatées sur leur enfant. Selon eux, les traumatismes du nourrisson étaient dus au fait qu'il dormait entre eux deux la nuit, faute de place pour installer un lit parapluie dans la chambre d'hôtel.

Tous deux ont déclaré que X n'était jamais tombé du lit et que l'évocation de cette hypothèse devant le médecin les ayant reçus à l'hôpital résultait d'une erreur de traduction de l'interprète.

Cinq attestations de résidents de l'hôtel, de la femme de ménage et d'une bénévole de l'association ont été produites au soutien d'une thèse de parents aimants au comportement adapté envers leur enfant.

Si l'enquête pénale a bien été évoquée, c'est sans référence à la gravité du signalement initial, étant précisé que les conseils des parties, l'ASE ou le juge des enfants ne se sont pas au préalable rapprochés du parquet pour en connaître l'état d'avancement.

Le responsable de l'ASE⁶² a exposé que le suivi PMI de X avait été régulier depuis sa naissance et que ses parents s'étaient toujours montrés soucieux de son bien-être, allant spontanément consulter dès lors qu'ils avaient eu un doute sur son état de santé.

Dans le prolongement des termes de ses rapports des 16 et 21 avril 2021, le représentant de l'ASE a préconisé un suivi administratif de la famille en maintenant un accompagnement de la PMI et éventuellement l'appui d'une technicienne de l'intervention sociale et familiale (TISF). Tout en indiquant au magistrat qu'il lui laissait l'opportunité d'ordonner ou pas une AEMO, il a précisé que l'association de bénévoles suivraient attentivement la situation.

A aucun moment l'évidence clinique posée par l'UAPED n'a été évoquée lors des débats.

A l'issue de ceux-ci, dans un jugement assorti de l'exécution provisoire, le juge des enfants a donné main levée du placement de X et ordonné, en demandant une prise en charge prioritaire, une mesure d'AEMO confiée à un service éducatif.

⁶² Il a le même jour établi une attestation destinée à être produite dans le cadre d'un référé introduit devant le tribunal administratif de la ville A par les conseils de la famille aux fins d'obtention d'un logement. Cette attestation fait état des fractures de l'enfant en expliquant que la cause pouvait être due au fait qu'il dormait entre ses deux parents.

1.6.2 Une main levée du placement non notifiée au parquet

Bien que les dispositions de l'article 1190 du code civil prévoient qu'un avis de notification des décisions du juge des enfants soit adressé au procureur de la République, cette disposition légale est très diversement appliquée au sein des TPE, l'absence d'avis de notification étant le plus souvent justifié par une surcharge de travail tant du greffe que des magistrats du parquet.

Cet avis qui constitue le point de départ du délai d'appel du parquet⁶³ permet au procureur de la République de prendre connaissance du jugement rendu par le juge des enfants pour apprécier l'opportunité d'un appel. En cas d'enquête pénale subséquente à une OPP il provoque une alerte devant conduire le magistrat à s'interroger sur l'état d'avancement de celle-ci.

Au TJ de la ville A, il a été rappelé à trois reprises, lors de réunions⁶⁴ entre le siège et le parquet que cette obligation légale doit a minima recevoir application dès lors que la décision du juge des enfants intervient à la suite d'une OPP du parquet.

Aucun avis de notification du jugement du 22 avril 2021 donnant main levée du placement de X et ordonnant une mesure d'AEMO n'a été donné au parquet.

Si l'efficacité d'un appel peut en l'espèce être interrogée compte tenu du départ de la famille vers la ville B le 12 mai 2021⁶⁵ et des délais d'examen des dossiers par la cour d'appel du ressort⁶⁶, cette carence, pour laquelle il n'a pas été recherché de responsabilité individuelle⁶⁷, a constitué une perte de chance de voir diligenter de façon effective une enquête pénale.

1.7 Un départ précipité de la famille de la ville A vers un centre d'accueil de demandeurs d'asile au sortir d'une nouvelle hospitalisation

1.7.1 Une hospitalisation de X du 9 au 12 mai 2021 concomitante avec une orientation par l'OFII vers un hébergement dans la ville B

Sorti le 22 avril 2021 du CHU de la ville A, X a été revu le 7 mai 2021 en consultation de chirurgie orthopédique pédiatrique pour le suivi de la fracture du fémur, puis le 9 mai 2021, à l'initiative de ses parents, qui se sont présentés aux urgences pédiatriques en raison d'une toux sanguinolente hémoptoïque.

⁶³ Délai d'appel de 15 jours. Article 1191 du code de procédure civile.

⁶⁴ Ces réunions auxquelles le greffe n'était pas associé se sont tenues le 5 février 2018, le 3 février 2020 et le 7 mars 2022. Les comptes rendus de ces réunions ont été consultés par la mission.

⁶⁵ Cf. infra 1.7.

⁶⁶ Durant l'année 2021, le délai d'audiencement en appel des dossiers d'assistance éducative était de six à huit mois à compter de la date de l'appel.

⁶⁷ Il a été communiqué à la mission un courriel de la greffière du cabinet ayant traité cette procédure d'assistance éducative. Il est indiqué dans ce document qu'elle ignorait l'obligation de délivrer un avis de notification au parquet.

X a été ré-hospitalisé du 9 au 12 mai 2021. Un dépistage négatif de tuberculose a été effectué chez l'enfant et chez sa mère. Un bouclage a été fait avec l'UAPED, qui s'est assurée de l'absence d'hypotonie ou d'impotence fonctionnelle. Faute de nouveaux facteurs de danger identifiés, le CHU n'a pas adressé d'IP à la CRIP. La PMI, ayant appris l'hospitalisation de X en raison de l'absence des parents à une consultation programmée le 11 mai 2021, a pris immédiatement contact avec le CHU pour s'enquérir des motifs de l'hospitalisation et en a informé le responsable ASE de secteur.

A la sortie de X du CHU le 12 mai 2021, la famille a quitté la ville A pour la ville B suite à une orientation, le 10 mai 2021, vers un CADA géré par l'association F. Les billets de train ont été adressés directement au CHU qui les a remis à la famille.

Conformément aux conditions matérielles d'accueil prévues par l'office, les demandeurs d'asile doivent se présenter rapidement dans l'hébergement vers lequel ils sont orientés, sous peine de voir leur ADA suspendue et de perdre le droit à toute proposition d'hébergement ultérieure.

La notification adressée le 10 mai au père de X mentionnait ainsi : *L'OFII a décidé de vous orienter vers la structure d'hébergement suivante [...] vous êtes tenus de vous y présenter le 12/5/2021 à 15H22 [...] La non présentation au centre d'hébergement dans un délai de 5 jours peut entraîner la cessation du bénéfice des conditions matérielles d'accueil.*

Il s'agissait en réalité d'une deuxième orientation de la famille vers un CADA⁶⁸ par l'OFII. Elle résultait d'un référé-liberté enregistré le 10 mai 2021 au tribunal administratif de la ville A, avec une audience prévue le 12 mai 2021. Afin d'éviter que l'OFII ne soit condamné au paiement d'une astreinte quotidienne de 150 € pour défaut de prise en charge, la direction juridique nationale de l'office a demandé à la délégation territoriale d'orienter la famille vers un hébergement avant l'audience.

C'est donc sous la pression de la société civile et du fait de la menace d'une astreinte financière que la famille a finalement obtenu de l'OFII le 10 mai 2021 une orientation en CADA⁶⁹.

1.7.2 Une itinérance géographique interrompant immédiatement les étayages engagés ou programmés

A la suite du déménagement de la famille, les suivis programmés ou engagés dans la ville A se sont interrompus.

⁶⁸ Une première orientation avait déjà eu lieu fin mars 2021 vers un CADA également situé dans le département de la ville B. Elle avait été annulée par l'OFII suite à l'intervention de l'association de bénévoles, X étant à l'époque hospitalisé.

⁶⁹ Le mémoire devant le tribunal administratif a été rédigé par l'avocat précédemment contacté par l'association de bénévoles et qui a déjà assisté la famille lors de l'audience devant le juge des enfants le 22 avril 2021. Les deux procédures ont été financées via l'aide juridictionnelle.

Le service mandaté par le juge des enfants de la ville A pour exercer la mesure d'AEMO n'a de fait jamais pu en débiter l'exécution, la décision d'attribution lui ayant été notifiée le 27 avril 2021, soit 15 jours avant le déménagement de X.

Malgré le caractère prioritaire de cette AEMO, il n'y a pas eu d'intervention en urgence par le pôle première intervention (PPI) de l'association compétente pour les mesures en attente d'attribution à un éducateur⁷⁰. L'intervention du PPI est réputée avoir lieu sans délai pour les 0-3 ans⁷¹.

Le service d'AEMO n'a pas eu connaissance de l'hospitalisation de X du 9 au 12 mai 2021. Elle l'a apprise à l'occasion de la venue de la mission IGAS-IGJ.

S'agissant de l'appui d'une technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF), la PMI et l'ASE s'étaient rapidement concertées après l'audience pour définir le volume horaire hebdomadaire et mettre en place cette intervention à raison de huit heures par semaine avec l'assistance d'un interprète en arabe. Là encore, l'étayage envisagé s'est interrompu avant d'avoir été engagé.

1.7.3 Des relais absents ou insuffisamment assurés entre les villes A et B : un facteur majeur de perte de chance pour l'enfant

Autant les relations inter-institutionnelles au sein du département de la ville A sont organisées et articulées par des circuits et des processus d'information établis et fluides entre le CHU, la CRIP, le parquet, les responsables ASE de secteur et la PMI. Autant les relais d'information depuis la ville A vers la ville B ont été faibles.

Aucune transmission par écrit ou par téléphone n'est intervenue entre l'ASE de la ville A et l'ASE de la ville B, alors que plusieurs professionnels auraient pu être mandatés pour établir un contact ou en prendre l'initiative⁷².

Cette absence de transmission d'information vers l'ASE de la ville B contrevient à l'article L.221-3 du code de l'action sociale et des familles⁷³ (CASF) issu de la loi du 14 mars 2016.

⁷⁰ Le service d'AEMO a créé un pôle de première intervention disposant de 7,9 ETP de travailleurs sociaux, un poste de cadre et un poste de psychologue à temps plein. Ses missions recouvrent la consultation du dossier au greffe, un contact avec les professionnels à l'origine du signalement et les partenaires de droit commun et une première rencontre avec la famille. En avril 2022, le ce pôle suivait 316 situations.

⁷¹ L'attribution de la mesure à un éducateur est intervenue le 26 mai 2021.

⁷² Notamment, responsable de secteur, médecin référent, cheffe du service ASE, direction enfance-famille.

⁷³ *Lorsqu'une famille bénéficiaire d'une prestation d'aide sociale à l'enfance, hors aide financière, ou d'une mesure judiciaire de protection de l'enfance change de département à l'occasion d'un changement de domicile, le président du conseil départemental du département d'origine en informe le président du conseil départemental du département d'accueil et lui transmet, pour l'accomplissement de ses missions, les informations relatives au mineur et à la famille concernée. Il en va de même lorsque la famille est concernée par une information préoccupante en cours de traitement ou d'évaluation.*

Le département de la ville A a indiqué qu'en cas de déménagement d'une famille la transmission d'information vers le nouveau département est aujourd'hui prévue mais qu'elle ne concerne que les enfants placés et non ceux bénéficiant d'une AEMO. Il convient de remédier à cette carence, les mesures d'AEMO constituant des mesures d'assistance éducative dont la continuité doit pouvoir être assurée.

Recommandation n° 9. A l'attention des conseils départementaux : conformément à la loi, assurer l'information systématique du département d'accueil en cas de déménagement d'une famille dont un enfant bénéficie d'une mesure judiciaire d'assistance éducative en milieu ouvert, d'une AED ou relève d'une IP.

De la même façon, l'ASE de la ville B aurait pu contacter ses homologues de la ville A ⁷⁴, ce qui n'a pas été fait.

Cependant, le fond de dossier dont a disposé l'ASE de la ville B durant toute la durée de la présence de la famille s'est limité à trois décisions de justice⁷⁵ qui lui ont été transmises par le juge des enfants de la ville B. Il ne comprenait pas des pièces essentielles comme le signalement de l'UAPED ou l'OPP⁷⁶.

Il n'y a eu aucun relai d'information de la PMI de la ville A vers la PMI de la ville B. Il n'existe aucune obligation légale en la matière. Toutefois, compte tenu de la fragilité de la famille de X, du jeune âge de l'enfant, des vaccinations obligatoires à prévoir, et du contexte médical particulier qui était le sien avec deux hospitalisations successives et un signalement de l'UAPED, on aurait pu imaginer qu'un professionnel de la PMI de la ville A prenne contact avec son homologue de la ville B. Cette démarche aurait été d'autant plus nécessaire qu'un des médecins de la PMI de la ville A s'était inquiété de la mainlevée de l'OPP, et que le service avait fait l'effort de récupérer l'adresse de la famille à la ville B. Une telle prise de contact aurait également pu permettre de rappeler le besoin d'une TISF.

De la même manière l'absence de contact entre l'ASE de la ville A et la PMI de la ville B n'a pu être que préjudiciable au suivi de X, faute d'éléments communiqués sur son parcours antérieur. Cette omission est d'autant moins compréhensible que le suivi PMI apparaissait comme prépondérant dans les propositions formulées par l'ASE de la ville A.

⁷⁴ Article L221-3 du CASF.

⁷⁵ Jugement en assistance éducative du 22 avril 2021 ordonnant la mainlevée de l'OPP et une AEMO, ordonnance de dessaisissement du 2 juin 2021, et ordonnance du juge des enfants de la ville B du 10 juin 2021 désignant le SEMO pour exercer l'AEMO. Ces pièces sont les seules qui ont été transmises en urgence par courriel. Le dossier papier, consultable au greffe a été reçu le 29 juin 2021.

⁷⁶ Seule la consultation du dossier au greffe aurait permis à l'ASE de prendre connaissance de ces pièces.

Aucun lien n'a été établi par les acteurs de la ville A avec le CADA F qui a accueilli la famille dans la ville A ⁷⁷.

Les magistrats n'ont pas plus établi de contact au moment du dessaisissement⁷⁸.

Enfin, la mesure d'AEMO n'ayant pas démarré dans la ville A, aucun lien utile n'était possible entre le service éducatif précédent et l'association G désignée dans la ville B.

Ces carences dans la transmission d'information entre les deux départements ont été d'autant plus préjudiciables à la continuité de la prise en charge de X que la mesure d'AEMO a été mise en attente dans la ville B.

Seul le CHU de la ville A a assuré spontanément deux transmissions détaillées d'information vers la PMI d'une part et le CH de la ville B d'autre part. Néanmoins, cette communication ayant été assurée par le service de pédiatrie où X était hospitalisé en mai et non par l'UAPED, **le signalement qui constituait pourtant une pièce essentielle n'a pas été joint.**

1.7.4 Une prise en compte de la parole médicale qui s'érode au fil du temps

Pour les médecins de l'UAPED, le signalement parlait de lui-même, or dans la chaîne aval de prise en charge de X cette évidence clinique n'a pas été perçue comme telle par les autres acteurs. **Le signalement adressé au parquet aurait sans doute pu formaliser davantage l'ensemble des diagnostics et concertations réalisés en amont, afin de mieux mettre en visibilité la dimension collégiale et interdisciplinaire du bilan et de ses conclusions.** Il aurait également été éclairant d'indiquer explicitement dans quelle mesure les lésions constatées étaient ou non susceptibles, sur le plan médical, de pouvoir résulter de chutes et de la pratique du cosleeping.

En outre, la posture des professionnels et des bénévoles ayant eu à connaître de la situation de X après sa première hospitalisation s'est progressivement organisée autour de l'hypothèse dominante de fractures accidentelles liées au cosleeping, hypothèse qui est devenue au fil du temps le scénario communément admis. **Les échanges avec les acteurs locaux des villes A et B ont clairement montré que la compréhension des signes cliniques et de leurs implications n'était pas la même selon les interlocuteurs.**

Par ailleurs, ce signalement a peu circulé, si bien que les diagnostics cliniques qui le fondaient sont progressivement passés à l'arrière-plan.

Recommandation n° 10. A l'attention de l'unité d'accueil des enfants en danger : s'assurer que les signalements adressés au parquet sont intégrés dans le dossier médical et suivent le patient en cas d'orientation vers un autre établissement.

⁷⁷ Cf. 2.1.1.

⁷⁸ Cf. 2.1.3.

2. LA PRISE EN CHARGE DE X ET DE SES PARENTS DANS LA VILLE B

2.1 Une poursuite du suivi effectuée avec diligence mais très incomplète

2.1.1 *Une intervention efficace du centre d'accueil de demandeurs d'asile dans une culture de la coopération*

Dès son arrivée dans la ville B la famille de X a été prise en charge par le CADA de l'association F⁷⁹. Ils ont été installés dans un logement provisoire partagé avec une autre famille.

Une référente a été immédiatement désignée pour garantir l'accès aux soins de la famille, soutenir les parents dans leurs démarches administratives liées à leur statut de demandeurs d'asile et préparer leurs entretiens devant l'OFPPA.

La famille a également été orientée vers les dispositifs d'aide alimentaire, suite à de nombreuses interruptions de l'allocation de demandeur d'asile par l'OFII.

C'est un véritable accompagnement global qui s'est mis en place, au niveau juridique, administratif que social.

Très implantée dans le département, l'association connaît l'ensemble des partenaires du champ médico-social. Elle mène son action dans une culture du partage et de collaboration interinstitutionnelle. L'association dispose de personnels qualifiés pour conduire un accompagnement de qualité. Si l'interlocuteur principal du CADA reste l'OFII, les professionnels ont une parfaite connaissance du fonctionnement de l'ASE, avec laquelle ils collaborent régulièrement.

S'agissant de la famille de X, le CADA a disposé uniquement des informations administratives figurant dans le logiciel de l'OFII. Le cloisonnement avec les acteurs médico-sociaux de la ville A ayant été totalement étanche, F a dû reconstituer l'histoire et la situation médicale de X par ses propres moyens.

Avertie de la sortie d'hospitalisation de X par FTDA, l'intervenante sociale désignée par l'association a soutenu ses parents dans la compréhension des divers rendez-vous médicaux programmés pour l'enfant. Avec leur accord, elle a eu accès à l'ensemble des courriers adressés à la famille. C'est ainsi que le CADA a eu connaissance de la mesure d'AEMO et qu'il a pris contact avec le SEMO afin de disposer d'une information sur le démarrage de la mesure.

La situation de mise en attente de celle-ci a conduit le CADA à renforcer son accompagnement de la famille⁸⁰ et, à alerter SEMO, lors de l'hospitalisation de X au mois de juillet 2021 et à le solliciter pour une mise en œuvre urgente de la mesure. C'est suite à cette intervention du CADA qu'une première rencontre a eu lieu entre les parents de X et le SEMO, à leur domicile, le 23 juillet 2021.

⁷⁹ L'association F inscrit son action sur le territoire de la ville B depuis plus de 30 ans dans le secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion des demandeurs d'asile., des familles ou personnes isolées et vulnérables.

⁸⁰ L'intervenante sociale a volontairement participé à des changes de X pour s'assurer de l'absence d'hématomes.

A compter du 6 août 2021, la famille a bénéficié d'un logement autonome mis à disposition par le CADA.

2.1.2 Une surveillance médicale de l'enfant assurée rapidement par la protection maternelle et infantile ainsi qu'un médecin traitant

Au moment du départ de X le 12 mai 2021, un médecin du CHU de la ville A a contacté téléphoniquement et par écrit la PMI de la ville B pour assurer la continuité du suivi médical de l'enfant.

Préoccupée par cette situation, l'infirmière puéricultrice ayant eu ce contact a transmis par courriel aux équipes de la PMI de la ville B les informations reçues sur l'historique médical de l'enfant, **à l'exception du signalement initial de l'UAPED de la ville A dont elle n'a pas disposé puisqu'il ne figurait pas dans le dossier médical communiqué par le CHU de la ville A.**

Conformément aux informations transmises par le médecin, elle a retranscrit qu'aucune mise en danger n'avait été repérée lors de l'hospitalisation de X au mois de mai 2021. Le père a été décrit comme étant en retrait et la mère coopérante pour le suivi des soins de son enfant. Aucune mention n'a été faite du suivi PMI de la ville A, ce qui a conduit à une perte d'information et explique que la PMI de la ville B n'ait pas pris contact avec ses homologues. La PMI de la ville B a bien été informée qu'une aide éducative devait se mettre en place, mais elle n'a eu connaissance qu'au mois d'août 2021 de l'existence d'une mesure d'AEMO en attente de prise en charge.

Une première visite de la PMI au domicile familial est intervenue le 28 mai 2021, soit deux semaines après l'arrivée de X et de ses parents. Une orientation vers un lieu d'accueil parents-enfants⁸¹ leur a été faite mais n'a pas abouti en raison de la fermeture de la structure durant les périodes scolaires. L'enfant pleurant beaucoup, il a également été proposé à la famille d'être dirigée vers un dispositif de halte-garderie.

Un suivi mensuel de la PMI a été organisé et l'équipe a décrit une très bonne interaction avec la maman. Des conseils lui ont été prodigués sur le sommeil et l'alimentation, sujets constituant pour elle une préoccupation.

Selon les professionnels, l'enfant a montré un bon éveil et une bonne tonicité. Les rendez-vous hospitaliers ont été honorés⁸². La famille a été orientée rapidement vers un médecin traitant pour assurer le suivi médical de X. La liaison ville-hôpital a bien fonctionné entre ce médecin, la PMI et le centre hospitalier de la ville B, avec des échanges d'information réguliers. Que ce soit à la PMI, avec le médecin traitant ou à l'hôpital, un interprétariat téléphonique a pu être ponctuellement mobilisé.

⁸¹ Les lieux d'accueil parents-enfants participent à l'éveil de l'enfant et a pour objectif d'apporter un appui aux parents dans leur rôle parental.

⁸² A une exception car la famille n'avait pas compris où était le rendez-vous.

La transmission d'information initiée par le CHU de la ville A lors du départ de la famille de X a donc permis d'assurer un relais immédiat et efficace par la PMI de la ville B. Néanmoins, ainsi que les équipes de PMI de la ville B l'ont indiqué à la mission, il s'agissait dans leur esprit d'un suivi post-hospitalisation. Le service de PMI ignorait notamment que la famille était précédemment suivie par la PMI de la ville A, et n'a jamais eu en sa possession le signalement initial de l'UAPED. Ce dernier, qui reliait sans équivoque les fractures de X à des violences physiques graves, a donc été méconnu.

Le CHU de la ville A avait également et à juste titre adressé le dossier médical du bébé au médecin référent de l'ASE de la ville B, mais ce poste était vacant à l'époque, et l'est toujours, ce qui a constitué un nouveau facteur de perte de chance pour X. En effet, si un contact avait pu être établi entre les médecins référents de l'ASE des deux départements, la teneur du signalement de l'UAPED aurait pu être portée à la connaissance de la PMI, du médecin traitant et du centre hospitalier de la ville B.

2.1.3 Une intervention judiciaire dans la continuité du jugement d'assistance éducative en milieu ouvert du 22 avril 2021

Au moment de son dessaisissement, le 2 juin 2021, le juge des enfants de la ville A a transmis au tribunal pour enfants de la ville B son ordonnance à laquelle il a joint une copie du jugement en assistance éducative du 22 avril 2021.

Cette transmission a été effectuée sans échange préalable, soit téléphonique, soit par courriel entre les magistrats. Cette absence de contact est d'autant plus préjudiciable que l'entier dossier de X n'est parvenu au cabinet du juge des enfants de la ville B que le 29 juin 2021 et que le jugement du 22 avril 2021 reste très laconique sur le signalement initial.

Le 10 juin 2021, le juge des enfants a décidé de confier l'exercice de la mesure d'AEMO au SEMO.

Il a joint à son ordonnance de désignation le jugement de la ville A, demandant dans son dispositif une prise en charge prioritaire de la mesure d'AEMO.

Cette pratique judiciaire qui consiste, lors de dessaisissement, à mettre à exécution les décisions précédemment prises sans nouvel examen de la situation et à ne procéder à une réévaluation qu'à échéance ou en cas de nouveaux éléments doit être questionnée à la lumière du risque que constitue l'itinérance des familles.

Conformément à ses obligations⁸³, le greffe du tribunal pour enfants a communiqué copie à l'ASE du département des pièces adressées au service d'AEMO.

2.1.4 Une décision d'assistance éducative en milieu ouvert mise en attente malgré son caractère prioritaire

Le 10 juin 2021, le SEMO⁸⁴ de l'association, dénommée G⁸⁵, a réceptionné la mesure d'AEMO à laquelle était jointe le jugement du 22 avril 2020 demandant un suivi prioritaire de la situation de X.

Le 14 juin 2021, la famille a été informée par courrier de la désignation de ce service et de son inscription sur une liste d'attente qui au 15 juin 2021 comptait 31 mesures pour 67 mineurs.

Depuis 2017, en lien avec l'augmentation constante de l'activité du TPE de la ville B, le SEMO a connu un niveau de suractivité régulier qui a nécessité une évolution de sa capacité. Fin 2018, celle-ci est passée de 900 à 1 050 mesures autorisées.

⁸³ Article 1181 du code de procédure civile et art L228-4 du CASF.

⁸⁴ Composition de l'équipe du SEMO au 01/01/2021 : un directeur, 4 ETP de chefs de service, 8,5 ETP de personnels administratifs, 38,50 ETP de travailleurs sociaux, 4 ETP personnels paramédicaux + 3 travailleurs sociaux pour les AEMO modulées.

⁸⁵ La fusion de deux associations le 22 décembre 2009 a permis une mise en commun des ressources pour répondre aux attentes et besoins des usagers, progresser dans la construction de réponses appropriées et efficaces et optimiser le fonctionnement général de l'organisation.

Depuis le 1^{er} janvier 2021, il a une habilitation de 1 150 mesures d'AEMO, dont 36 mesures modulables dans leur intensité⁸⁶ au choix du service.

Cet accroissement d'activité a eu pour conséquence une forte augmentation de la liste d'attente.

Constituée de manière pérenne cette liste d'attente a imposé une réflexion entre la direction du SEMO et le CD de la ville B conduisant à repenser l'organisation du service par l'attribution d'un poste d'éducateur spécialisé dédié à sa gestion.

Huit critères de priorisation de ces mesures⁸⁷ ont été définis. Leur application conduit à une triple répartition des mesures en attente : priorités critique, importante ou modérée. La priorité critique comprend elle-même trois niveaux d'intervention⁸⁸.

Une fiche de poste dédiée a clarifié les fonctions de la gestionnaire des mesures en attente. Cette dernière après lecture des décisions qui lui sont communiquées détermine les critères de priorité et les réexamine chaque semaine. Elle accompagne les familles, planifie les interventions à domicile les plus urgentes et évalue les risques pour les situations les plus dégradées. Elle est l'interlocuteur du magistrat pour tout évènement inquiétant et doit au sein du service rendre compte de son action de façon circonstanciée.

Sa fiche de poste n'intègre pas la lecture du dossier en assistance éducative au tribunal. Cette démarche n'est réalisée qu'après l'attribution effective de la mesure et à l'issue de la première rencontre avec la famille⁸⁹.

Sur son secteur géographique, X de même que trois autres enfants a été inscrit en priorité critique de niveau 2, 14 mineurs relevant du niveau 1.

Aucun contact n'a été pris avec les partenaires, la famille ou le juge jusqu'à ce que l'intervenante sociale du CADA F se rapproche du SEMO le 21 juillet 2021.

Il est manifeste que le SEMO n'a pas intégré le caractère prioritaire de la mesure d'AEMO de X et n'a pas perçu, à la seule lecture du jugement, la situation de danger dans laquelle se trouvait l'enfant.

De fait, les critères de priorisation dont aurait dû bénéficier X compte tenu de son âge, de fractures antérieures dont il avait souffert et de la demande du juge de la ville A n'ont pas été pris en compte dans les choix de gestion des mesures en attente.

⁸⁶ Selon le projet de service du SEMO, l'intervention en AEMO modulée permet, sur une période de trois mois, de renforcer une mesure d'AEMO existante par une rencontre hebdomadaire, l'intervention d'une éducatrice scolaire ou d'une TISF. Les critères prévalant à sa mise en œuvre sont l'âge de l'enfant, d'éventuels soins médicaux ou une situation difficile à appréhender. Elle n'est pas décidée par le juge mais par le SEMO.

⁸⁷ Enfants en bas âge, éléments de danger, date du jugement, comportements sexualisés ou sexuels, demande du juge, échéance de la mesure, retour de placement, jugement du territoire.

⁸⁸ Au 31 mars 2022, 118 AEMO étaient en attente pour 209 jeunes dont 153 priorités critiques réparties en 3 niveaux (niveau 1 : 97, niveau 2 : 37 et niveau 3 : 19).

⁸⁹ Les responsables du SEMO ont expliqué qu'il était préférable de rencontrer la famille avant de lire le dossier pour conserver intacte sa capacité d'écoute.

Pendant plus d'un mois, aucun rapprochement n'a été entrepris vers les intervenants de la ville A, notamment le service éducatif, la PMI de la ville B ou l'association F. La mission n'a par ailleurs pas eu connaissance d'échanges relatifs à la situation de X en réunion hebdomadaire.

En n'intégrant pas une prise de connaissance immédiate du dossier au tribunal dans la procédure de gestion des mesures en attente, le SEMO n'a pas pu avoir une vision exhaustive du parcours de l'enfant notamment du fait que l'UAPED de la ville A excluait dans son signalement l'hypothèse d'une maladie osseuse constitutionnelle.

De manière plus générale, dès lors qu'un dispositif de gestion de mesures en attente est établi, il doit être procédé à une évaluation préalable et au recueil de l'ensemble des informations nécessaires à un démarrage effectif de la mesure dès son attribution⁹⁰. La fiche de poste de la gestionnaire de ces mesures était cantonnée à des démarches administratives et à des interventions ponctuelles, uniquement sur sollicitation de la famille ou de tiers.

La pertinence d'un critère de priorité critique composé de trois niveaux et constituant au fil des mois plus de 70% des inscriptions des mesures en attente est également source d'interrogations ce d'autant plus qu'il n'existait pas d'indicateur de délai moyen de prise en charge dans le tableau de suivi des mesures en attente.

Le fonctionnement actuel du SEMO en dotation globale de financement lui permet, en informant le CD, de pouvoir prioriser ses effectifs et ses recrutements sur les besoins du service. La direction aurait dû se saisir de cette opportunité pour définir une politique de gestion des mesures en attente renforcée plutôt que d'y mettre fin par une décision unilatérale⁹¹.

Recommandation n° 11. A l'attention du conseil départemental de la ville B et du SEMO : redéfinir un dispositif de gestion de la liste d'attente des AEMO en garantissant a minima une consultation du dossier judiciaire au greffe du tribunal, une visite domiciliaire, un contact avec les autres intervenants auprès de la famille ; mettre en place un suivi des délais de démarrage effectif des mesures d'AEMO.

Recommandation n° 12. A l'attention du conseil départemental de la ville B : augmenter l'offre de mesures éducatives à domicile.

⁹⁰ Cadre national de référence de la HAS sur l'évaluation globale des enfants en danger ou risque de danger du 12 janvier 2021. Livret 3.

⁹¹ Cf. *infra* 3.2. Le 19 avril 2022, l'association G a décidé de ne plus intervenir au-delà de sa capacité autorisée et de traiter les mesures par ordre chronologique d'arrivée au service. Il a donc de fait été mis fin à la gestion de la liste d'attente.

2.2 Une troisième hospitalisation de X dans la ville B du 14 juillet 2021 au 31 juillet 2021

X a effectué trois passages au centre hospitalier de la ville B.

Ses parents l'ont amené en consultation le 7 juin 2021 dans le cadre du rendez-vous de suivi qui avait été pris par le CHU de la ville A. La consultation a eu lieu avec la présence d'un interprète. L'enfant présentant une rhinite, et son père étant fiévreux, un bilan pneumologique a été effectué dans un contexte de suspicion de COVID 19. Il a été pris note du suivi PMI et d'un enrichissement alimentaire débuté compte tenu de l'infléchissement pondéral de X.

Les investigations réalisées ont été centrées sur les fonctions cardiaque⁹² et pulmonaire de l'enfant suite aux deux épisodes d'hémoptysie dans la ville A. Il n'est pas fait mention dans l'anamnèse des fractures antérieures.

Le 18 juin 2021, X a été vu en consultation de chirurgie pédiatrique pour le suivi de sa fracture du fémur gauche, avec l'aide d'un interprète. L'enfant était décrit comme étant en bon état général, gesticulant bien, et avec une bonne consolidation de la fracture. Le compte-rendu de consultation précise que le médecin consultant ne disposait d'aucun bilan d'hospitalisation pas plus que d'un document radiographique ou autre expliquant l'histoire de la fracture du fémur. Aucune référence n'est faite au signalement de l'UAPED. En revanche, le suivi démarré par le centre hospitalier de la ville A pour le problème d'hémoptysie et de retard staturopondéral est mentionné.

Le 14 juillet 2021, X a de nouveau été hospitalisé en chirurgie pédiatrique au centre hospitalier de la ville B à l'initiative de ses parents, pour une douleur à l'épaule droite et de la fièvre. Les parents ont indiqué que X avait *chuté dans son lit* deux jours auparavant et ne bougeait plus son bras droit depuis lors. Une radiographie a mis en évidence, outre une fracture de l'épaule droite, une fracture plus ancienne au niveau du coude⁹³. X a été transféré en pédiatrie générale le 18 juillet 2021, où il est resté hospitalisé jusqu'au 31 juillet 2021.

Le dossier médical de X montre que l'hôpital de la ville B s'est posé immédiatement la question d'une possible maltraitance.

Ainsi, un examen ophtalmologique a été demandé et réalisé le 16 juillet 2021 pour suspicion du syndrome de Silverman⁹⁴. Le suivi par le service social hospitalier mentionne également le 15 juillet 2021 qu'un signalement sera à faire en fonction des éléments médicaux⁹⁵.

Compte tenu des fractures à répétition de X, l'hôpital de la ville B avait initialement décidé de procéder à un bilan génétique avec l'appui de la Pitié-Salpêtrière afin d'explorer l'hypothèse d'une fragilité osseuse.

⁹² Une échocardiographie transthoracique a été pratiquée.

⁹³ Décollement épiphysaire de l'humérus proximal droite et gauche et fracture de de la palette humérale gauche ancienne.

⁹⁴ Ensemble des lésions évocatrices de maltraitance.

⁹⁵ Le service attend le résultat de tous les examens et le Dr fera un signalement si suspicion avérée.

Il a été indiqué à la mission qu'à la réception d'un bilan génétique négatif, le centre hospitalier aurait déclenché un signalement. Toutefois, ce bilan n'a en réalité pas été engagé. En effet, les parents auraient indiqué que le CHU de la ville A avait déjà initié un bilan génétique. L'hôpital de la ville B a donc gelé les démarches de son côté dans l'attente du résultat des examens du CHU. Or, aucun examen génétique n'était en cours dans la ville A.

En se fondant uniquement sur la parole des parents, non francophones, et en s'abstenant de prendre l'attache du CHU de la ville A, le centre hospitalier de la ville B s'est privé de la possibilité de reconstituer l'histoire médicale complète de X, de comprendre que l'hypothèse d'une maladie osseuse constitutionnelle avait déjà été écartée par l'UAPED, et d'en tirer les conséquences quant à l'origine des nouvelles fractures constatées dans la ville B.

Par ailleurs, le diagnostic secondaire de retard staturo-pondéral a pris le pas sur la problématique des fractures multiples et sur le diagnostic sous-jacent de maltraitance. En effet, le corps médical s'est inquiété de l'absence de prise de poids de X. Des investigations ont été engagées pour comprendre si les difficultés d'alimentation du bébé avaient une cause médicale ou s'ils relevaient d'un trouble de l'oralité. Il a ainsi été décidé de garder X hospitalisé tant qu'il n'aurait pas pris de poids. Un bilan diététique a été effectué, et une prise de repas fractionnée a été mise en place.

Avant la sortie de X, le service social de l'hôpital (SSH) a fait le lien avec la référente sociale du CADA. Un écrit du SSH en date du 23 juillet 2021 mentionne qu'un rendez-vous est prévu en présence de la maman pour la présentation de la mesure d'AEMO. Le centre hospitalier a testé un retour provisoire à domicile de X pendant 24 heures, avec contrôle de sa prise de poids, avant d'autoriser sa sortie définitive.

Le 31 juillet 2021, X, dont le poids s'était amélioré, était sortant. Cinq rendez-vous de suivi étaient programmés en août⁹⁶, ainsi qu'un suivi hebdomadaire par la PMI pour peser régulièrement le bébé. Compte tenu de la période estivale, la consultation de suivi en chirurgie pédiatrique qui a eu lieu le 17 août 2021 a été effectuée par un médecin remplaçant, et non par le praticien qui avait examiné X en juillet, et qui avait eu des doutes quant à une possible maltraitance.

⁹⁶ Consultation ORL programmée le 7 août 2021 pour explorer de possibles troubles de la déglutition (elle aura finalement lieu en octobre), audiométrie le 16 août 2021, consultation d'orthophonie, le 16 août 2021, imagerie et contrôle radio le 17 août 2021, consultation en chirurgie pédiatrique le 17 août 2021.

Le CH de la ville B n'a jamais eu connaissance du signalement de l'UAPED, qui ne faisait pas partie des éléments communiqués par le CHU de la ville A lors de sa transmission initiale effectuée le 12 mai 2021. Il n'y a donc eu aucune anamnèse avec l'UAPED. En réalité, si le centre hospitalier de la ville B avait connaissance d'une hospitalisation antérieure de X au CHU de la ville A pour une fracture du fémur, sa prise en charge antérieure au sein de l'UAPED pour des fractures multiples d'âges différents a été méconnue.

Il a également été indiqué à la mission que l'hypothèse d'une saisine de la plate-forme de coordination ville-hôpital avait été explicitement écartée au motif que l'enfant faisait déjà l'objet d'une mesure éducative et était donc considéré comme connu de l'ASE. Pour la même raison, aucune IP n'a été adressée à la CRIP ni aucun signalement au parquet.

L'absence de liaison avec l'UAPED de la ville A, et le fait que le CH de la ville B ait temporisé au lieu d'écarter ou de confirmer rapidement l'hypothèse d'une maltraitance, font écho de manière troublante aux constats qui avaient été posés suite à l'affaire Marina, décédée en août 2009.

Dans son rapport⁹⁷ réalisé à la demande du défenseur des droits, Alain Grevot indiquait en effet, à propos de l'hospitalisation de la fillette en pédiatrie au centre hospitalier de la ville B pendant un mois en avril-mai 2009 : *les deux pédiatres, qui vont se succéder dans le suivi de l'hospitalisation de Marina, ont rejeté assez rapidement les suspicions de mauvais traitements, mais également celles de négligence, en privilégiant la recherche d'une maladie métabolique ou endocrinienne [...]. Nous nous inquiétons de [...] l'absence d'exploration de l'hypothèse « maltraitance », une hypothèse pourtant évoquée à ce moment de manière explicite par le médecin scolaire à l'origine de l'hospitalisation et par l'Hôpital Necker [...].*

Comme pour X, un service extérieur au CH, en l'occurrence un médecin spécialiste des maladies osseuses de l'Hôpital Necker à Paris, avait à l'époque indiqué que les radiographies de Marina ne montraient pas de maladie osseuse constitutionnelle et qu'il fallait évoquer la possibilité d'une maltraitance.

L'analogie entre les deux situations, à plus de dix ans d'écart, appelle un travail d'analyse et de relecture, sous forme de revue de morbidité et de mortalité⁹⁸ de la part du pôle pédiatrique du CH de la ville B .

Recommandation n° 13. A l'attention du centre hospitalier de la ville B et du centre hospitalier universitaire de la ville A : procéder à une revue de morbidité et de mortalité sur la situation de X.

⁹⁷ Compte rendu de la mission confiée par le Défenseur des droits et son adjointe, la Défenseuse des enfants, à M. Alain Grevot, Délégué thématique, sur l'histoire de Marina, juin 2014, pages 31, 44 et 45.

⁹⁸ Cette revue est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un événement indésirable grave : décès, complication pouvant causer un dommage au patient. Elle a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients.

2.3 Une hospitalisation ne donnant lieu qu'à une note d'information au juge des enfants

Le 21 juillet 2021, le CADA a informé le SEMO de l'hospitalisation de X au CH de la ville B pour une fracture de l'épaule. Malgré cette alerte, le SEMO n'a pas modifié son critère de priorisation. Une visite au domicile a toutefois été programmée qui a conduit au changement de niveau de priorité.

Lors d'un premier échange téléphonique avec l'assistante sociale de l'hôpital intervenu le jour même, la gestionnaire des mesures en attente a été informée de la programmation d'exams complémentaires, l'hypothèse d'une fragilité osseuse devant être explorée. Il lui a été précisé que l'enfant était maintenu à l'hôpital suite à des problèmes d'alimentation inquiétant le corps médical.

Sur proposition de l'intervenante sociale du CADA, une visite du domicile des parents par le SEMO, avec l'assistance d'un interprète, a été organisée le 23 juillet 2021, hors la présence de l'enfant **toujours hospitalisé (jusqu'au 31 juillet)**. Suite à cette visite, la situation de X a été positionnée en critère prioritaire de niveau 1 au titre des situations critiques⁹⁹.

Alors même que l'enfant était suivi par la PMI de la ville B depuis son arrivée en mai 2021, aucun contact n'a été établi par le SEMO pour obtenir des informations complémentaires et aucune rencontre en présence de l'enfant n'a été envisagée.

Un second entretien téléphonique a lieu le 3 août 2021 entre la gestionnaire des mesures en attente et l'assistante sociale du CH. Il a été indiqué au SEMO que X était sorti de l'hôpital le 31 juillet 2021 avec un suivi PMI hebdomadaire et des rendez-vous programmés en milieu hospitalier.

Le 13 août 2021, la gestionnaire des mesures en attente a rédigé un courrier à l'attention du juge des enfants pour l'informer de l'hospitalisation de X et de ses suites et lui communiquer les informations médicales retranscrites oralement par l'assistante sociale. Le 18 août 2021, ce courrier a été signé par la cheffe de service qui a décidé de l'attribution de la mesure sans que cela ne soit précisé au magistrat.

Cette note a été reçue au greffe du TPE le 23 août 2021. L'unique juge des enfants présent pendant cette période estivale, a rédigé immédiatement un soit-transmis au SEMO, exigeant *l'attribution prioritaire de la mesure, la plus grande vigilance des professionnels, des visites domiciliaires, le contrôle de l'effectivité du suivi PMI pour l'enfant ainsi qu'une information régulière du magistrat de l'évolution de la situation*.

⁹⁹ Durant cette période estivale, la liste des mesures en attente du SEMO a plus que doublé. Alors qu'au 15 juin 2021 14 mineurs étaient inscrits en priorité critique de niveau 1 sur ce secteur d'intervention, ils étaient 35 fin juillet 2021.

Suite aux informations obtenues par l'assistante sociale du CH de la ville B, le SEMO n'a une nouvelle fois pas pris conscience de la gravité de la situation, les éléments rapportés tendant vers la recherche d'une maladie osseuse. L'absence de signalement au parquet, le délai de trois semaines pour la rédaction d'une note d'information au juge des enfants, sans préconisation particulière, puis le délai de cinq jours pour la signature de ce courrier, reçu au TPE 10 jours après sa rédaction attestent d'un traitement du dossier de X peu empreint d'inquiétude ou d'un sentiment d'urgence.

Aucune note circonstanciée n'a été adressée au responsable ASE de secteur contrairement aux obligations légales¹⁰⁰, rappelées pourtant dans le projet de service du SEMO.

Par ailleurs, le SEMO n'a pas non plus saisi la CRIP car dès qu'une décision de justice est mise en œuvre, le département considère que la CRIP n'a plus à être saisie, l'évaluation devant être faite par le service désigné. Cette position singulière n'est pas représentative des choix faits par d'autres départements¹⁰¹. Dans le cas de X, elle est d'autant moins justifiée que la mesure d'AEMO avait été positionnée en liste d'attente.

Le référentiel d'évaluation de la HAS¹⁰² préconise la transmission systématique d'une IP à la CRIP et au parquet, y compris pour les situations déjà suivies par la protection de l'enfance, en plus d'une information systématique du juge des enfants. La mission considère que la position du département de la ville B doit être réinterrogée, en tenant compte des recommandations nationales.

D'autre part, **la HAS¹⁰³ rappelle qu'un médecin ou un autre professionnel de santé n'a pas à être certain de la maltraitance, ni à en apporter la preuve, pour alerter l'autorité compétente. Elle précise que, chez un nourrisson, toute fracture est suspecte en dehors d'un traumatisme à très forte énergie¹⁰⁴.** L'absence de signalement ou d'IP de la part de l'hôpital doit donc être également questionnée au regard des recommandations nationales.

Recommandation n° 14. A l'attention du conseil départemental de la ville B : évaluer le circuit des informations préoccupantes et des signalements avec les partenaires concernés, en s'appuyant sur le cadre national de référence de l'HAS, afin de le sécuriser.

¹⁰⁰ Art L221-4 du CASF.

¹⁰¹ Référentiel de l'observatoire national de la protection de l'enfance 2013 sur les AEMO : *Lorsqu'un service d'AEMO constate un élément de danger nouveau dans la situation, en plus d'informer le juge, il peut être conduit à effectuer une information préoccupante à la CRIP afin qu'une évaluation soit effectuée, laquelle leur sera parfois confiée. Les conditions et les modalités de ces informations préoccupantes en cours de mesure sont précisées dans les protocoles de certains départements.*

¹⁰² Cadre national de référence HAS : évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger du 12 janvier 2021. Livret 1.

¹⁰³ Fiche HAS memo maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir mise à jour juillet 2017.

¹⁰⁴ Accident de la voie publique ou chute d'une très grande hauteur.

2.4 Un début d'exécution de la mesure d'action éducative en milieu ouvert tardif et peu efficient à compter du 13 septembre 2021

Lors d'un contact avec le CADA, après attribution de la mesure, le SEMO a été avisé du changement de lieu de résidence des parents, ceux-ci bénéficiant depuis le 6 août 2021 d'un logement indépendant.

Informée par courrier du 25 août 2021 du nom de l'éducateur référent, la famille s'est vue proposer un premier rendez-vous, dans les locaux du SEMO, le 13 septembre 2021, pour une présentation des modalités d'intervention du service et une définition de leurs priorités.

Ce rendez-vous a eu lieu en présence des partenaires de l'association F et d'une interprète assermentée. Il a été convenu que le SEMO reste en lien avec le CADA pour accompagner au mieux les parents dans leurs démarches. Les fractures constatées dans la ville A ont été évoquées sous l'angle de la cause accidentelle. La cheffe de service a constaté une bonne interaction entre la mère et l'enfant.

Un contact téléphonique a été pris le jour même avec l'assistante sociale du CH de la ville B, afin de convenir d'une information sur les résultats médicaux en cours et de maintenir le lien avec les parents sur les besoins éventuels de l'enfant.

Un second entretien, toujours dans les locaux du SEMO, a eu lieu le 4 octobre 2021. Son objectif principal a été de faire un premier bilan des habitudes de vie de l'enfant.

X a été décrit par sa mère comme un nourrisson ne dormant pas la journée, peinant à s'endormir seul dans son lit. L'éducatrice a noté que ce manque de sommeil ne semblait pas perturber les parents. Constatant que X déambulait en trotteur, elle a appelé leur attention sur ce moyen de locomotion dans un contexte de multiples fractures et leur a conseillé d'en échanger avec l'équipe médicale.

Enfin, lorsqu'ont été abordées les difficultés alimentaires du nourrisson, les parents ont évoqué la possibilité d'une ablation de la glotte pour faciliter la prise d'alimentation de leur fils.

L'éducatrice a décrit des parents attentifs et coopérants ainsi qu'un enfant calme et serein. Elle a exprimé son intention de se rapprocher de la circonscription de solidarité départementale afin de déterminer l'intervention éventuelle de services sociaux de proximité.

Le 8 novembre 2021, dans le prolongement d'une rencontre partenariale entre le SEMO et l'association F le 25 octobre 2021, une visite à domicile a été programmée afin d'évaluer le milieu de vie de l'enfant et les stimulations d'éveil qui lui étaient proposées. Cette visite qui devait aboutir à la formalisation du document individuel de prise en charge n'a pu avoir lieu, les parents s'étant rendus au service social de circonscription. Un nouveau rendez-vous à domicile a donc été envisagé pour le 29 novembre 2021.

Alors que les entretiens du 13 septembre et du 4 octobre 2021 ont abordé des problématiques médicales, le SEMO n'a pris attache avec aucun des professionnels de santé concernés par le suivi de l'enfant : CH de la ville B, PMI ou médecin traitant. Aucune synthèse n'a été programmée.

Aucune note d'information n'a été adressée au juge des enfants à la suite de sa demande pourtant explicite du 23 août 2021 alors même que le cabinet a connu un changement de magistrat au 1^{er} septembre 2021.

Malgré le démarrage effectif de la mesure, le dossier de X n'a pas été consulté au TPE. Sur la base des déclarations des parents, le premier entretien s'est orienté vers une cause accidentelle de la fracture de l'enfant. L'absence de prise de connaissance de l'entier dossier de X au TJ n'a pas permis au SEMO d'intégrer dans ses analyses le diagnostic clinique initial suspectant une maltraitance.

Cette pratique qui a été justifiée au nom du principe de neutralité ne peut avoir de sens dans le cadre de la mise en œuvre d'une décision judiciaire de protection de l'enfance, et à fortiori lors d'un parcours de prise en charge antérieure avec de multiples acteurs.

Le projet de service du SEMO réactualisé en 2019, affirme que *chaque mesure éducative fait l'objet d'un travail de repérage de la situation familiale dans le but de prendre en compte l'environnement familial et social du mineur, en engageant un travail partenarial avec l'ensemble des acteurs*. Il soutient que *la pluralité des modalités de rencontres et des interlocuteurs et leur régularité constituent les ingrédients essentiels pour avoir un aperçu de la situation dans toute sa globalité*. Ces affirmations n'ont pas trouvé écho dans la pratique du service concernant la situation de X.

Alors que ses modalités pédagogiques doivent s'inscrire dans un parcours, s'appuyer sur les expertises des partenaires afin d'assurer une continuité cohérente de prise en charge¹⁰⁵, le SEMO n'a pas, malgré les demandes des magistrats, mis en place une procédure permettant de prioriser la situation de X et d'assurer une efficacité de son suivi. Les rendez-vous intervenus ont été conformes à une prise en charge traditionnelle, à savoir un rendez-vous mensuel.

Au regard des 36 mesures d'AEMO modulées¹⁰⁶, base de référence financée sur les excédents budgétaires du service, et des critères d'activation de ce dispositif conformes à la situation de X, le SEMO pouvait mettre en œuvre une intervention hebdomadaire avec l'appui d'une auxiliaire de puériculture. Cette modalité d'intervention¹⁰⁷ aurait été plus adaptée en terme de prise en charge et de réactivité à la situation de l'enfant.

¹⁰⁵ Loi du 5 mars 2007, loi du 14 mars 2016, loi du 7 février 2022. Orientations de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022.

¹⁰⁶ Ce dispositif expérimental n'a pas fait l'objet d'évaluation. Il ne peut être mis en place qu'après le premier entretien avec la famille, sur demande écrite de l'éducateur référent examinée en comité de direction.

¹⁰⁷ Le SEMO est le seul décideur de l'opportunité de déclencher cette modulation.

Dans son projet de service, le SEMO a mis l'accent sur la prise en charge des jeunes enfants¹⁰⁸, par le recrutement de professionnels spécialement formés à cette spécificité. Aucune modalité pédagogique spécifique n'a toutefois été définie. L'absence de référentiel d'intervention du service avait pourtant été déjà pointée dans les rapports d'évaluation interne de janvier 2014, d'évaluation externe de janvier 2015 et constituait un axe de travail du projet de service 2019-2023.

La mission fait le constat que le SEMO n'a pas une culture de prise en charge en urgence, que son dispositif d'AEMO modulées manque de souplesse dans ses critères de lancement et que les axes de travail définis dans le cadre des démarches d'amélioration de la qualité ne sont pas suivis d'effet et suffisamment contrôlés par le conseil départemental dans leur mise en œuvre.

Recommandation n° 15. A l'attention du SEMO : rédiger un référentiel d'intervention en AEMO, spécifique à chaque tranche d'âge et intégrant un travail partenarial adapté.

Recommandation n° 16. A l'attention du conseil départemental de la ville B et du SEMO : procéder à l'évaluation du dispositif expérimental de l'AEMO modulée et permettre son exercice dès le début d'une prise en charge.

Recommandation n° 17. A l'attention du SEMO : développer la capacité du service à repérer les urgences et à y répondre avec une plus grande réactivité.

Recommandation n° 18. A l'attention du conseil départemental de la ville B et de la PJJ : effectuer un contrôle conjoint de fonctionnement du SEMO.

2.5 Un décès dont il n'est pas tiré toutes les conséquences

X est décédé le 16 novembre 2021. Le CD de la ville B et le SEMO en ont été informés le 17 novembre 2021, soit lendemain. Une note d'information a été adressée le jour même au juge des enfants par le SEMO. L'ASE n'en sera destinataire qu'à sa demande le 15 mars 2022.

Le CADA de l'association F, qui avait pourtant assuré un lien régulier avec le SEMO n'a appris ce décès qu'en lisant la presse et a compris qu'il s'agissait de X suite à un appel téléphonique de l'association de bénévoles de la ville A.

¹⁰⁸ En particulier les moins de dix ans, en augmentation constante sur le département de la ville B et représentant 50 % de l'activité du service.

Sans contact avec le CD et le SEMO, l'association F s'est retrouvée seule pour organiser la sépulture de l'enfant. Elle a d'ailleurs dû faire un appel aux dons, l'OFII n'ayant pas donné accès à l'allocation de demandeur d'asile pour la financer. Les parents étant incarcérés, l'association n'a pas pu disposer des fonds familiaux, malgré une intervention auprès du service pénitentiaire d'insertion et de probation.

Le CADA, unique acteur institutionnel présent lors de l'inhumation de X, s'est senti particulièrement démuni et seul dans la gestion de cet évènement dramatique, d'autant que ni l'hôpital, ni les services de police ne pouvaient leur diffuser d'information. L'association a proposé une supervision individuelle à chaque salarié touché par cette situation et un échange en analyse des pratiques.

Les personnels du SEMO ont également bénéficié d'un suivi psychologique. La direction a invité l'association F, le 14 janvier 2022, à une réunion de *clôture* en présence d'une psychologue.

Après le décès de X aucun retour d'expérience entre partenaires n'a été organisé dans les deux départements. Le service d'AEMO et la SPADA de la ville A n'ont appris le décès qu'au moment de la prise de contact de la mission. Un RETEX avait été sollicité par les professionnels de la direction enfance famille du CD de la ville A mais ne s'est pas concrétisé. Les 17 et 18 mars 2022, avant la venue de la mission, la directrice enfance famille du CD a organisé un temps de travail avec chaque partenaire séparément. Dans le département de la ville B, aucun RETEX n'a été initié par le CD.

De même, un échange entre le CHU de la ville A et le CH de la ville B a été programmé après la visite de la mission.

Dès lors qu'un évènement vient révéler des failles ou carences dans les méthodes de travail ou les échanges d'information, et quelle que soit la dénomination qui lui est donnée, le partage d'expérience constitue un travail d'analyse indispensable pour prévenir la répétition des faits. Il doit être envisagé de manière systématique dans une dimension collective afin de renforcer l'ensemble des articulations qui ont pu faire défaut¹⁰⁹.

Il est regrettable que le décès de X n'ait pas spontanément donné lieu à une analyse plus globale de sa prise en charge, et ce d'autant plus que la plupart des professionnels entendus se sont montrés atteints par ce décès qui a provoqué des réflexions et des remises en question. Les analyses individuelles dont il a été fait part à la mission constituent autant d'axes d'amélioration qui n'ont pas été collectivement exploités.

Enfin, l'impact émotionnel suscité par le décès d'un enfant, doit faire l'objet d'un accompagnement afin de prévenir les risques psycho-sociaux. Seul le SEMO, l'association F et le CD de la ville A ont immédiatement proposé à leurs équipes, en prise directe avec le suivi de X, une supervision individuelle et/ou collective. Les magistrats n'en ont pas bénéficié.

¹⁰⁹ Rapport IGAS/ IGJ / IGESR sur les morts violentes d'enfants au sein des familles mai 2018.

Recommandation n° 19. A l'attention de l'ensemble des acteurs : systématiser un retour d'expérience partenarial dans les trois mois suivant un évènement traumatique.

Recommandation n° 20. A l'attention de l'ensemble des acteurs : proposer un appui psychologique individuel et un débriefing collectif au sein de chaque institution impactée par un évènement traumatique, y compris pour les magistrats.

3. LES RISQUES SYSTEMIQUES FRAGILISANT LA PROTECTION DE L'ENFANCE MIS EN EVIDENCE PAR LE PARCOURS DE X ET DE SES PARENTS

3.1 Un exercice professionnel dégradé de toute la chaîne des acteurs

Aux TJ des villes A et B, les chefs de juridiction et les magistrats de la section des mineurs du parquet et du TPE ont souligné les difficultés de leurs conditions d'exercice professionnel et le manque d'effectif de greffe. Ils ont indiqué que cette situation les conduisait à ne pas appliquer strictement les dispositions légales relatives à la protection de l'enfance¹¹⁰. Un magistrat a évoqué un délai de six semaines entre la saisine d'un cabinet en urgence par le parquet et l'audience au fond¹¹¹.

Dans ce contexte, le temps consacré au partenariat est impacté par une activité juridictionnelle de plus en plus dense. Tant au sein des cours d'appel que dans les TJ, les magistrats ont regretté que les fonctions de coordonnateur et, plus largement, les temps de coordination fonctionnelle, ne fassent l'objet d'aucune décharge.

Durant de la crise sanitaire, les juges des enfants ont été amenés à prolonger des décisions d'AEMO sans audience. Cette organisation, initialement dérogatoire, s'est maintenue dans le département de la ville B pour les situations considérées comme non conflictuelles. Mettant à mal le principe du contradictoire, elle est très mal perçue par le département. L'ASE a même été sollicitée une fois par un juge des enfants pour faire signer aux parents des accords écrits acceptant le renouvellement du placement de leur enfant sans audience, démarche à laquelle elle n'a pas adhéré.

S'agissant des services départementaux, la capacité à exercer les missions confiées par le législateur est entravée notamment par la difficulté à recruter des médecins. Ainsi, dans le département de la ville B, il n'y a plus de médecin chef du service de PMI ni de médecin référent pour l'ASE depuis octobre 2020. Sur les huit postes médicaux de la PMI, trois sont vacants.

¹¹⁰ Cf.1.4.1.

¹¹¹ L'article 1184 du code de procédure civile prévoit que le juge saisi en urgence par le parquet doit statuer dans les 15 jours de la requête.

Sachant que le département figure par ailleurs au 97^e rang national en terme de démographie médicale, la faiblesse des ressources de la PMI constitue une perte de chance pour les familles et pour les enfants de 0 à 6 ans. A titre d'exemple, le taux de couverture du bilan de santé en école maternelle, réalisé par les équipes de PMI, est inférieur à 20 % dans le département de la ville B, tandis qu'il est supérieur à 70 % au niveau national. Un déport de la PMI du préventif vers le curatif a été relaté – et regretté - lors de l'audition collective avec la mission, le sentiment d'être spectateurs de la dégradation des situations familiales générant de la souffrance professionnelle chez les agents du département.

Le département de la ville A est moins fragilisée au niveau de ses ressources médicales internes, mais, selon plusieurs professionnels auditionnés, l'augmentation de la charge de travail pèse sur les temps de coordination et de concertation. Ainsi, la PMI ne va plus aux staffs de maternité.

Au sein de l'ASE du département de la ville A, il a été mentionné à diverses reprises un glissement des pratiques vers un moindre formalisme des évaluations, du fait de l'urgence fréquente, avec notamment des réunions de synthèse et de concertation moins systématiques que par le passé. Il n'est pas possible pour la mission de déterminer si l'absence de réunion de synthèse avant l'audience de X chez le juge des enfants a constitué une anomalie isolée due au contexte particulier du COVID-19, ou si elle s'inscrit dans une tendance de fond.

Il appartient au conseil départemental d'être vigilant sur ses processus internes et de veiller au dimensionnement adapté de ses équipes afin que l'interdisciplinarité, les articulations interservices, et la coordination avec les partenaires extérieurs, restent la règle et puissent s'exercer dans de bonnes conditions.

3.2 Une inadéquation entre des besoins croissants et une offre insuffisante en protection de l'enfance

L'activité juridictionnelle en protection de l'enfance s'est accrue de 42 % entre 2007 et 2019¹¹².

La protection de l'enfance connaît des difficultés structurelles marquées par de fortes disparités entre les départements et des insuffisances manifestes de capacités d'accueil des mineurs¹¹³. L'existence de mesures en attente d'exécution est un phénomène national et persistant.

Dans une enquête conduite¹¹⁴ en 2019, l'IGAS et l'IGJ estimaient que 8 à 9 % des AEMO ordonnées étaient en attente, avec un délai moyen d'exécution inférieur à trois mois pour les deux-tiers des départements et supérieur à quatre mois pour un tiers. Pour les décisions de placement, 2 % d'entre elles n'étaient pas exécutées immédiatement, avec un délai moyen d'attente inférieur à dix jours.

¹¹² Source rapport ONPE chiffres clés en protection de l'enfance février 2022.

¹¹³ Rapport IGAS n° 2019-019R/IGJ n° 063-19.

¹¹⁴ Rapport IGAS n° 2019-019R/IGJ n° 063-19.

La tendance est aujourd'hui à une dégradation des délais d'exécution¹¹⁵. Une actualisation de l'enquête de 2019 serait pertinente afin d'objectiver et de mesurer ce phénomène.

La situation des deux départements auditionnés est apparue beaucoup plus défavorable que les repères nationaux donnés par l'enquête de 2019. Ces deux départements sont confrontés à une saturation préoccupante de leurs capacités de prise en charge des mineurs en danger.

S'agissant des mesures en attente, le département de la ville A en comptait 800 en début d'année, soit un délai de six à huit mois pour l'attribution d'une AEMO avant attribution à un éducateur. Le délai pour les AEMO renforcées¹¹⁶ s'établissait à 18 mois fin 2021, cette saturation de l'offre conduisant de fait les magistrats à de moins en moins la prescrire.

Dans le département de la ville B, 253 AEMO étaient en attente d'exécution au mois de mars 2022, le délai d'attente pouvant atteindre huit mois. Le nombre de mineurs concerné par des mesures en attente a été récemment multiplié par quatre¹¹⁷. Pour un enfant du département sur six, la protection judiciaire ordonnée n'est pas effective¹¹⁸.

Bien que le législateur ait offert depuis 2007 cette possibilité aux départements, le département de la ville B n'a pas souhaité développer d'AEMO renforcées¹¹⁹, préférant mettre en place des AEMO modulées qui sont décidées par le SEMO et non les magistrats.¹²⁰

Dans le département de la ville B, l'offre de TISF est faible, avec neuf TISF dans les circonscriptions d'action sociale du département. Le SEMO n'a pas de TISF¹²¹. Dans le département de la ville A, l'offre associative existe, avec des délais de prise en charge de quelques semaines.

Le département de la ville A s'est saisi activement de la question de la saturation des interventions en milieu ouvert, en budgétant la création de 150 places d'AEMO supplémentaires en 2021 puis à nouveau 300 en 2022.

¹¹⁵ Source : *Enfants en danger : l'embolie des services chargés de leur protection provoque des situations dramatiques*, Le Monde, 11 mai 2022.

¹¹⁶ Dénommées localement mesures d'assistance éducative intensive en milieu familial.

¹¹⁷ Ces mesures concernaient 67 mineurs en juin 2021 et 253 mineurs en mars 2022.

¹¹⁸ Dans le département de la ville B, au 31 mars 2022, sur les 1502 AEMO ordonnées, 17 % étaient en attente.

¹¹⁹ L'article 13 de la loi 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants a introduit la possibilité pour le juge de subordonner le maintien d'un mineur dans son milieu familial à la mise en œuvre d'une AEMO renforcée ou intensive.

¹²⁰ Cf. 2.4.

¹²¹ Le projet de service 2019-2023 incluait cette possibilité pour les AEMO modulables mais le recrutement ne s'est pas fait faute de candidature et le poste a été transformé en auxiliaire de puériculture.

Après avoir engagé dans un premier temps une diversification de ses modalités d'intervention, avec des taux d'encadrement modulés pour chaque type de mesure¹²², le département s'oriente aujourd'hui, après une expérimentation qu'il a jugée concluante, vers la généralisation d'une mesure unique pour les interventions à domicile.

Cette mesure unique a pour objectif de décloisonner les aides éducatives à domicile (AED) et les AEMO classiques et renforcées. Elle vise à une modulation des modes d'action, en permettant des accueils en journée ou des hébergements ponctuels, et à de nouvelles co-interventions, éducateurs jeunes enfants, TISF, conseillères en économie sociale et familiale.

Dans un cadre judiciaire la mesure unique implique un mandat global donné au département qui, sur la base du projet pour l'enfant deviendrait *le régulateur de l'adéquation de la réponse aux objectifs posés par l'ordonnance*¹²³. Dans ce cadre, chaque éducateur référent interviendra en moyenne pour 21 situations au lieu de 30 aujourd'hui.

La fongibilité de la mesure unique entre l'administratif et le judiciaire peut en faire un levier particulièrement intéressant pour lutter contre les effets de filière, accompagner les fins d'AEMO et déjudiciariser le soutien à domicile, sans rupture du référent éducatif.

La diversification envisagée du plateau technique apparaît également bienvenue pour accompagner les problématiques socio-éducatives des familles dans toute leur complexité.

La direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et le groupement d'intérêt public enfance en danger (GIPED), devront porter une attention particulière au déploiement de cette mesure unique, à des fins d'évaluation, de capitalisation et de diffusion.

Dans le département de la ville B, la réflexion sur le renforcement et la diversification du milieu ouvert apparaît nettement moins aboutie. Face à un opérateur historique en situation de monopole, le département a porté les capacités d'AEMO autorisées de 1050 places en 2018 à 1150 en 2021 et est passé d'un financement au prix de journée à une dotation globale. Néanmoins le dialogue de gestion est faible sur les aspects métiers et qualité.

¹²² Le département de la ville A distingue aujourd'hui :

- les mesures intensives de soutien à domicile, regroupant AEIMF (AEMO renforcées) et SED (AED renforcées), avec un taux d'encadrement d'un éducateur pour 10 mesures, et une fréquence d'intervention cible d'une rencontre tous les 10 jours
- les AEMO et AED classiques, avec un taux d'encadrement d'un éducateur pour 30 mineurs et une fréquence d'intervention cible d'une rencontre toutes les 3 semaines

¹²³ Rapport IGAS n° 2019-036R : la démarche de consensus relative aux interventions de protection de l'enfance à domicile.

Le recours au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) devrait pouvoir répondre à cette carence¹²⁴. Aucune augmentation capacitaire n'est envisagée en 2022 ou en 2023. Le lancement d'un appel à projets, avec une échéance en 2024, est en cours de réflexion, sans arbitrage budgétaire à ce stade. Des alertes régulières sont faites par le TJ. La situation est aujourd'hui particulièrement tendue depuis la décision unilatérale de l'association G de ne plus prendre de mesure au-delà de sa capacité autorisée, insuffisante pour répondre aux besoins de la juridiction¹²⁵.

S'agissant des placements, les deux départements connaissent des mesures inexécutées.

Dans le département de la ville A, début avril 2022, 100 placements étaient en attente d'exécution et 100 placements étaient exécutés sous forme d'accueils en gîtes. La situation est particulièrement tendue pour les tout-petits, ce qui occasionne des tensions avec l'UAPED, régulièrement contrainte de garder hospitalisés plusieurs semaines de très jeunes enfants en placement provisoire, faute de places d'accueil à l'ASE.

Dans le département de la ville B, la situation devient préoccupante, avec une quinzaine d'OPP parquet non exécutées début mars 2021. L'effondrement du nombre de place d'accueil familial soulève en outre de grandes inquiétudes. Le CD dispose aujourd'hui de 260 assistantes familiales, une centaine ont quitté la profession en quelques années ce qui a entraîné une perte de 250 place d'accueil compte tenu des agréments multiples. Parallèlement en un an le nombre d'enfants confiés est passé de 1 000 à 1 500. Si des appels à projets sont en cours pour ouvrir des structures, il faut en moyenne deux à trois ans pour concrétiser leur ouverture.

Ces difficultés font écho aux constats de la mission IGAS-IGJ de 2019 qui en 2017 estimait le déficit de places d'accueil à environ 10 000 au niveau national.

Si les moyens dédiés à la protection de l'enfance sont en augmentation constante depuis une dizaine d'années¹²⁶, la crédibilité des juges et leur légitimité à décider de mesures intrusives dans les familles se trouvent fragilisées par cette inadéquation entre les besoins et l'offre. Certains magistrats adaptent donc leurs décisions aux possibilités de prise en charge les plus rapides.

A l'issue de leurs évaluations, les services eux-mêmes sont conduits à formuler des propositions qui tiennent compte de la saturation des dispositifs de protection de l'enfance.

¹²⁴La loi du 7 février 2022 préconise le déploiement des CPOM. Un décret d'application doit venir en préciser les modalités d'application.

¹²⁵ L'association G a informé le président du conseil départemental le 19 avril 2022 que le service éducatif de la ville B s'en tenait désormais strictement à sa capacité autorisée, qu'il procéderait aux attributions de mesures selon ordre chronologique d'arrivée au service et qu'il n'interviendrait pas pour les mesures positionnées en attente.

¹²⁶ Les dépenses départementales hors masse salariale atteignaient en 2020, 8,9 milliards d'euros soit une augmentation de 30% en 10 ans. Source ONPE chiffres clés en protection de l'enfance février 2022.

Confrontés à la problématique des mesures en attente les deux CD rencontrés ont apporté des réponses différentes s'agissant notamment des moyens dédiés aux associations¹²⁷.

Afin d'éviter tout délai anormalement long entre la décision des magistrats et la mise en œuvre des mesures, il a déjà été préconisé la création d'un dispositif de régulation au sein des CD¹²⁸. L'affirmation de la place du département dans cette régulation est d'autant plus nécessaire lorsqu'un opérateur est en situation de monopole pour l'exercice des mesures d'AEMO.

Si tous les acteurs rencontrés sont touchés par l'augmentation des délais moyens de prise en charge des mesures judiciaires civiles décidées en protection de l'enfance et de fait adaptent leurs pratiques à cette réalité, l'embolie des services provoque des situations dramatiques pour les enfants confiés.

X en a été, en partie, victime.

Recommandation n° 21. A l'attention du ministère de la justice et du ministère des solidarités de l'autonomie et des personnes handicapées : actualiser l'enquête conduite en 2019 sur les délais d'exécution des décisions de justice en protection de l'enfance.

Recommandation n° 22. A l'attention de la DGCS et du GIPED : suivre le déploiement de la mesure unique pour les interventions à domicile initiées par le département de la ville A.

Recommandation n° 23. A l'attention des conseils départementaux : mettre en œuvre en lien avec les magistrats et la PJJ un pilotage de la gestion des mesures en attente des services d'assistance éducative en milieu ouvert.

¹²⁷ S'agissant du service d'AEMO de la ville A, Cf. 1.7.2 et pour celui de la ville B, Cf. 2.1.4.

¹²⁸ Recommandation 22 du rapport IGAS/IGJ/IGESR sur les morts violentes d'enfants au sein des familles mai 2018.

3.3 Une gouvernance de la protection de l'enfance encore fragile, marquée par des cloisonnements et des tensions

Les deux CD auditionnés se sont dotés de schémas départementaux et d'observatoire de la protection de l'enfance (ODPE), de conventions partenariales, ainsi que de protocoles¹²⁹.

Au-delà de la situation particulière de la famille de X, le constat qui ressort des investigations de la mission est celui d'une interconnaissance et d'une coordination fonctionnelle justice-départements insuffisantes.

L'institution judiciaire, mobilisée par l'entrée en vigueur du Code de la Justice Pénale des Mineurs (CJPM), est apparue centrée sur des enjeux de fonctionnement interne. De plus, au sein du champ de la protection de l'enfance, la place prise par la question des mineurs non accompagnés dans le dialogue institutionnel a tendance à s'accroître.

Les relations des parquets avec les CRIP sont fluides. Néanmoins, à l'exception des productions écrites des ODPE, repérées et appréciées, les juridictions disposent de peu d'informations chiffrées sur les politiques publiques en faveur de l'enfance mises en œuvre par les départements. En l'absence d'une transmission officielle commentée de la part des départements vers les TJ, les orientations et points saillants des schémas départementaux de l'enfance font l'objet d'une appropriation insuffisante. Le TJ de la ville A n'avait pas eu connaissance du rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes de 2019 sur la protection de l'enfance de son département.

Tant dans la ville A que dans la ville B, les espaces officiels de dialogue entre la sphère judiciaire et le département sont peu nombreux et les relations fonctionnelles quotidiennes trop dépendantes des relations interpersonnelles entre les acteurs. Dans la ville A, la direction enfance-famille regrette aujourd'hui¹³⁰ la participation jugée trop faible des magistrats aux groupes de travail constitués par le département pour l'actualisation de son schéma départemental.

¹²⁹ Protocole partenarial AED et AEMO du département de la ville A de juillet 2018. Protocole de fonctionnement entre le département de la ville A et les institutions scolaires contribuant au repérage et à l'évaluation des situations d'enfants faisant l'objet d'éléments d'inquiétude, de danger ou de risque de danger du 22 septembre 2021. Convention d'engagement dans le cadre de la plateforme hospitalière de coordination au sein du CH de la ville B, concernant les mineurs suivis du 9 décembre 2019. Protocole départemental de coordination pour la protection de l'enfance du département de la ville B du 31 janvier 2013.

¹³⁰ Cette situation a été pour partie expliquée par le changement de juge coordonnateur au TPE de la ville A en janvier 2021.

En complément des temps institutionnels que sont la réunion du comité stratégique de l'ODPE, et la conférence sur la justice des mineurs, il existe un fort besoin de lieux d'échanges intermédiaires. Les réunions quadripartites¹³¹ initiées par la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) en sortie de confinement, lors de la reprise de l'activité des juridictions, pourraient répondre à ce besoin mais elles sont inégalement perçues et investies par les départements.

Le département de la ville B a d'ailleurs décidé de ne pas y participer, ce qui crée des tensions avec le TJ¹³².

La création à titre expérimental par l'article 37 de la loi du 7 février 2022 d'un comité départemental¹³³ chargé de coordonner les politiques publiques en matière de protection de l'enfance pourrait ouvrir une nouvelle perspective de coopération si les acteurs locaux s'en saisissent.

Au-delà de la comitologie officielle, la mission invite les parties prenantes à renforcer les échanges entre professionnels, et à organiser des parcours de prise de poste permettant notamment aux nouveaux arrivants de visiter des structures et de rencontrer leurs interlocuteurs professionnels au sein du département, de l'hôpital et de la juridiction.

L'objectif partagé doit être de renforcer l'interconnaissance mutuelle, de désamorcer les tensions entre institutions, et de fédérer davantage la communauté professionnelle de la protection de l'enfance.

Il y a d'autant plus urgence pour les partenaires institutionnels à (r)établir un dialogue régulier que la dégradation des délais d'exécution des AEMO sur la période récente est venue tendre la relation de l'ASE avec la justice. Ces tensions sont apparues particulièrement exacerbées dans le département de la ville B où le réinvestissement des échanges partenariaux est indispensable.

3.4 Un pilotage des AEMO perfectible

Au-delà de la question de l'adéquation de l'offre aux besoins, le pilotage du dispositif des AEMO est apparu fragile.

En dehors de dysfonctionnements avérés, les CD contrôlent insuffisamment les services chargés de l'exécution des décisions judiciaires. Il existe de ce fait un déficit de connaissance des pratiques professionnelles des associations mettant en œuvre les mesures d'AEMO¹³⁴.

¹³¹ Dépêche PJJ relative au renforcement des instances de coordination et des dispositifs d'évaluation et des suivis des enfants en danger ou en risque de l'être du 8 juin 2020.

¹³² Ces tensions sont aggravées par la position de la direction enfance famille qui souhaite être l'interlocuteur unique des magistrats et n'autorise pas de dialogue direct avec les cadres des délégations ASE.

¹³³ Cette expérimentation résulte d'une proposition issue des travaux conduits en 2021 conjointement par l'IGAS et l'IGJ.

¹³⁴ Les deux CD auditionnés ont confirmé ne pas avoir contrôlé depuis plus de cinq ans les services d'AEMO de leur département.

Les CD des villes A et B ne sont pas destinataires des rapports circonstanciés relatifs au suivi des mineurs à domicile en assistance éducative établis par les services d'AEMO, sauf dans les cas où une demande de placement est effectuée auprès du juge. De ce fait, ils ne peuvent se positionner sur les demandes de renouvellement de mesures adressées aux magistrats. Ce lien direct et quasi exclusif entre les services d'AEMO et les juridictions constitue une réelle difficulté pour les CD à piloter leurs orientations stratégiques en protection de l'enfance.

Les deux CD ayant eu à connaître de la situation de X ont admis ne pas être acteurs du parcours d'un mineur dans le cadre d'une AEMO. En effet, en l'absence de désignation de référent de l'aide sociale à l'enfance le projet pour l'enfant¹³⁵ n'est pas établi. Cette obligation légale vise pourtant à garantir le développement physique, psychique, affectif, intellectuel et social de l'enfant en cohérence avec les objectifs fixés dans la décision administrative ou judiciaire le concernant. Ce document doit accompagner le mineur tout au long de son parcours au titre de la protection de l'enfance.

Cette situation est d'autant plus dommageable que les interventions judiciaires à domicile représentent une part importante des mesures financées par ces CD¹³⁶.

Le constat déjà posé d'un faible pilotage et contrôle de la cohérence des actions conduites dans le cadre des mesures d'AEMO judiciaires par les CD reste d'actualité ces derniers limitant leur rôle à celui de financeur.

Les mesures d'AEMO demeurent toujours à l'heure actuelle *politiquement, stratégiquement et techniquement*¹³⁷, insuffisamment investies par les décideurs locaux.

Recommandation n° 24. A l'attention des conseils départementaux : assurer un contrôle régulier des services mettant en œuvre des mesures d'AEMO.

Recommandation n° 25. A l'attention des conseils départementaux : désigner un référent ASE pour les interventions à domicile en protection de l'enfance et mettre en œuvre un projet pour l'enfant, en commençant prioritairement par les 0-3 ans.

¹³⁵ Article L223-1-1 du CASF.

¹³⁶ 1150 mesures d'AEMO sont ordonnées au 30 avril 2022 pour le département de la ville B, l'association G étant le prestataire exclusif et 1972 mesures d'AEMO et AED (15% des mesures) pour le service éducatif de la ville A. Dans ce département, l'offre de mesures éducatives (AEMO et AED) s'élève à 3651 mesures réparties entre quatre opérateurs.

¹³⁷ Rapport de l'IGAS de décembre 2019 sur la démarche de consensus relative à l'intervention de protection de l'enfance à domicile.

3.5 Des interventions en protection de l'enfance à domicile en direction des 0-3 ans qui restent peu lisibles

L'analyse de la prise en charge de X pose la question de la lisibilité et de la coordination des interventions à domicile en protection de l'enfance pour les très jeunes enfants, tant de la part des services chargés de sa mise en œuvre que des CD.

Aucune modalité pédagogique ne définit précisément les conditions de prise en charge des enfants de moins de trois ans en situation de danger ou de risque de danger. La parole de l'enfant ne pouvant être entendue à cet âge, l'intervention s'inscrit trop souvent dans l'évaluation des compétences parentales au détriment d'une posture d'accompagnement et de « faire avec ». La faible intensité des rencontres, en moyenne toutes les trois semaines, n'est de plus pas adaptée¹³⁸.

Ce constat a déjà été plus largement posé pour les interventions de protection de l'enfance à domicile¹³⁹, dont les actions dominantes visent à une prise de conscience des dysfonctionnements et à une responsabilisation parentale, trop souvent sans implication de la part du professionnel, positionné en observateur.

Il est nécessaire de rappeler qu'une mesure éducative à domicile est prononcée pour protéger un enfant au sein de son milieu familial, dans lequel ont été identifiés des facteurs de risque ou de danger. Un travail étroit avec les parents et des actions en faveur des besoins propres de l'enfant doivent être conduites. Les modalités pédagogiques et la fréquence limitée des interventions d'AEMO classique sont bien souvent insuffisantes et peuvent conduire à perdre de vue le risque ou le danger initial pour lequel la mesure a été ordonnée.

Le rapport Grevot avait déjà mis en exergue une forme de malaise du travail social face à la maltraitance des enfants¹⁴⁰ pouvant conduire à des pratiques et des attitudes professionnelles trop ancrées dans une culture de l'aide et de l'accompagnement, se révélant inadaptées face à une situation de danger.

La définition de la maltraitance¹⁴¹, récemment introduite par le législateur dans le CASF doit être un levier pour repenser les modalités d'interventions à domicile prononcées dans ce cadre.

La prise en charge d'enfant de moins de trois ans en assistance éducative, a fortiori à l'issue d'un placement¹⁴², implique d'agir à la fois avec les parents et l'enfant.

¹³⁸ Rapport Penser petit des politiques et des pratiques au service des enfants de moins de six ans confiés. Mars 2019.

¹³⁹ Rapport de l'IGAS de décembre 2019 sur la démarche de consensus relative à l'intervention de protection de l'enfance à domicile.

¹⁴⁰ Rapport du défenseur des droits du 30 juin 2014 faisant suite au décès de l'enfant Marina.

¹⁴¹ Loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants. Art L.119-1 du code du CASF.

¹⁴² L'article L.223-3-2 du CASF. La récente stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance (2020–2022) insiste sur la nécessité de systématiser les mesures d'accompagnement au retour à domicile en fin de placement, sans en préciser les modalités opérationnelles.

Les mesures éducatives modulables ou intensives, par la fréquence des visites et l'intervention d'une TISF à domicile, sont donc plus adaptées. En outre, un suivi par la PMI et les structures de soutien à la parentalité devrait systématiquement être intégré dans les supports de travail des services d'AEMO. Des temps d'accueil de l'enfant seul en structure de petite enfance devraient également être considérés comme partie intégrante de l'accompagnement, afin de permettre à la fois une observation de l'enfance, une stimulation complémentaire de ce dernier et parfois un répit nécessaire des parents.

Si le principe d'un soutien éducatif spécifique lors d'un retour de placement¹⁴³ a déjà été affirmé par la HAS, il paraît aujourd'hui indispensable que les modalités d'intervention des services d'AEMO prennent en compte l'ensemble de ces préconisations et proposent en concertation avec les CD une méthodologie adaptée aux besoins des très jeunes enfants. Le développement dans certains départements de réponses d'AEMO ou de placement à domicile spécifiques pour les 0-3 ans, offre un champ de capitalisation à exploiter.

Recommandation n° 26. A l'attention des conseils départementaux et des services d'AEMO : définir des modalités d'accompagnement spécifiques pour les interventions à domicile en protection de l'enfance pour les enfants de moins de trois ans : interventions de professionnels de la petite enfance, prises en charge plus intensives, temps d'accueil de l'enfant en journée.

Recommandation n° 27. A l'attention des conseils départementaux et des services d'AEMO : systématiser des mesures d'intervention à domicile renforcées ou intensives à l'issue d'un placement pour des enfants en bas âge.

¹⁴³ Accompagner les premiers mois du retour en famille. HAS de juin 2021 Améliorer l'accompagnement des enfants à la sortie des dispositifs de protection de l'enfance.

A Paris, le 16 août 2022

Mme Brigitte ERNOULT-CABOT

Inspectrice générale
de la justice



Membre de la mission

Mme Delphine LUU

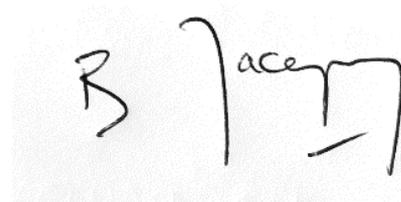
Inspectrice générale
de la justice



Membre de la mission

Mme Bénédicte JACQUEY

Inspectrice générale
des affaires sociales



Membre de la mission

Avec la participation du professeur Bertrand FENOLL de l'IGAS