



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

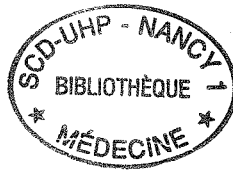
LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



THESE
Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE
Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Gabriela MAUREIRA

Le 4 mars 2003

**L'ACCUEIL DES MINEURS VICTIMES D'ABUS SEXUELS
AUX URGENCES : ETUDE SUR 26 CHU**

Examineurs de la thèse :

Mme C. VIDAILHET	Professeur	Présidente
M H. COUDANE	Professeur	Juge
M D. SIBERTIN-BLANC	Professeur	Juge
Mme V. SIBIRIL	Docteur en Médecine	Juge
Mme V. GEOFFROY	Substitut du Procureur chargée des mineurs	

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Henry COUDANE

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Pierre ARNOULD – Roger BENICHOUX – Marcel RIBON
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT
Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Pierre BERNADAC – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Jean-Claude HOEFFEL – Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT

Professeur Michel CLAUDON – Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM

Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (Biologie cellulaire)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Philippe CANTON – Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur Bernard LEGRAS – Professeur François KOHLER

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Michel WEBER – Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Henri HEPNER – Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET

Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU de CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Gérard FIEVE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Francis PENIN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Pierre MONIN – Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Antoine RASPILLER – Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

27^{ème} section : INFORMATIQUE

Professeur Jean-Pierre MUSSE

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeur Tan XIAODONG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK
Docteur Sophie FREMONT – Docteur Isabelle GASTIN – Dr Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Christian BEYAERT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION
Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Alain LOZNIEWSKI – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Mickaël KRAMER – Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication type biologique)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur Jean-Claude HUMBERT – Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Alain AUBREGE
Docteur Louis FRANCO

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel DUC
Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE – Professeur Claude HURIET
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur René-Jean ROYER
Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Adrien DUPREZ

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIENSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENTE DE THESE,

Madame le Professeur C. VIDAILHET

Professeur de pédopsychiatrie

Vous nous faites l'honneur d'accepter de présider notre jury de thèse.

Nous avons apprécié votre disponibilité et votre accueil au cours de nos rencontres.

Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre déférence.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

Monsieur le Professeur H. COUDANE

Professeur de médecine légale (option clinique)

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir accepté de faire partie du jury de notre travail.

Nous avons pu apprécier au cours de nos études la qualité de votre enseignement.

Nous vous prions de trouver l'expression de notre respect et de notre gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

Monsieur le professeur SIBERTIN-BLANC

Professeur de pédopsychiatrie

Nous avons apprécié l'honneur que vous nous faites en acceptant de faire partie de notre jury.

Nous avons apprécié la qualité de votre enseignement au cours de nos études universitaires.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre grand respect et de notre gratitude.

A NOTRE JUGE,

Mademoiselle le docteur Véronique SIBIRIL

Praticien hospitalier du service de pédopsychiatrie de l'hôpital d'enfants
du CHU de Nancy

Je te remercie d'avoir accepté de juger cette thèse.

Tu es à l'origine de ce travail, grâce à ton expérience, j'ai pu
comprendre les difficultés de la prise en charge des enfants victimes
d'abus sexuels.

Je te remercie pour ta grande disponibilité, tes précieux conseils, et tes
corrections.

Sois assurée de ma sincère amitié.

A Madame V. Geffroy, Substitut du Procureur chargée des mineurs

Je vous remercie d'avoir accepté de corriger les données judiciaires de ce travail, et de m'avoir expliqué avec patience les mécanismes du système judiciaire, dans le cadre de la maltraitance.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A l'Abuelita, éternelle modèle de vie, absente mais tellement présente chaque jour...

A David, celui que j'aime avec tout mon amour.

A ma mère, pour son amour, sa tendresse et son soutien inconditionnel.

A mon père, pour sa curiosité intellectuelle et la force qu'il me transmet.

A mon petit frère Pablito, unique et irremplaçable dans mon cœur

A ma petite sœur Tatiana, si précieuse, pour son originalité et sa foi sans limites.

A Carole, irremplaçable amie.

A Stéphane, mon ami parti trop tôt.

A Yvette, pour son chaleureux accueil en France, l'année 1974.

A mes amis Ayumi, Elke, Manu, Sabine, Yannick, Sylvie, Catherine D,

Catherine G, Michel, Sonia, Marie-Pierre, Céline, Caro et tous les autres.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque».

TABLE DES MATIERES

<u>Introduction</u>	<i>page 20</i>
<u>I Les Abus Sexuels :définitions et épidémiologie</u>	24
<u>1. Définitions et épidémiologie</u>	26
1.1 Définitions	26
1.2 Epidémiologie	28
1.2.1 Les limites des études	28
1.2.2 Les chiffres	29
<u>2. Evolution socio-historique et judiciaire de la reconnaissance des violences sexuelles sur les enfants</u>	34
2.1 Données historiques	34
2.2 Données juridiques	38
<u>3. Sémiologie et facteurs de risque des violences sexuelles</u>	40
3.1 Sémiologie	40
3.1.1 L'inceste	40
3.1.2 Violences sexuelles extra-familiales	42
3.2 Les facteurs de risques des violences sexuelles	44
3.2.1 Les facteurs individuels	44
3.2.2 Les facteurs sociaux	47
3.3 Fréquence	49
3.4 Les différents types d'abus sexuels	49
3.5 Age des victimes	50
3.6 Age de l'abuseur	50
3.7 Identité de l'agresseur	50

II Conséquences des violences sexuelles sur les enfants

page 51

<u>1. Incidence des abus sexuel sur le psychisme de l'enfant</u>	53
1.1 Le complexe d'Edipe	53
1.2 L'inceste : interdit social	53
1.3 Conséquences de la prohibition de l'inceste	54
<u>2. Conséquences psychologiques des violences sexuelles</u>	55
2.1 La transgression du tabou	55
2.2 Le traumatisme sexuel	55
<u>3. Mécanismes de défense de l'enfant</u>	56
<u>4 Le silence</u>	58
4.1 Instauration du silence	58
4.2 Effet du silence	58
<u>5. Conséquences cliniques des abus sexuels sur les enfants</u>	59
5.1 Manifestations cliniques à court et à moyen terme	59
5.1.1 Facteurs traumatiques internes	59
5.1.2 Facteurs traumatiques externes	60
5.1.3 <i>Post-traumatic-syndrome-disorder</i> (PTSD)	61
5.1.4 Le syndrome d'adaptation	62
5.2 Manifestation cliniques à long terme	64
<u>6. Quelques facteurs pronostic</u>	66
6.1 Facteurs pronostics positifs	66
6.2 Facteurs pronostics négatifs	67

III Diagnostic des sévices sexuels à enfants

page 68

<u>1. Le dépistage</u>	70
1.1 Le médecin de famille	70
1.1.1 Dépistage et signalement	70
1.1.2 Examen clinique et prélèvements au cabinet	71
1.2 Le médecin hospitalier	72
1.2.1 Les services d'urgences pédiatriques	72
1.2.2 Les services de pédiatrie	72
1.2.3 Les pôles régionaux d'accueil des victimes d'abus sexuels	72
1.2.4 La maternité	73
1.2.5 Les services de pédopsychiatrie	73
1.3 Les médecins acteurs de la certification de la maltraitance	74
1.3.1 Le médecin légiste	74
1.3.2 Le médecin expert	74
1.3.3 Le médecin requis	74
1.4 L'éducation nationale	75
1.5 Les associations	76
1.6 Les services d'accueil téléphoniques	77
1.7 Le défenseur des mineurs	77
<u>2. Examen psychologique</u>	78
<u>3. Examen clinique proprement dit</u>	80
3.1 Examen de la fille	81
3.2 Examen du garçon	83
3.3 Examen des deux sexes	83
<u>4. Examens complémentaires</u>	85
4.1 Recherche de sperme	85
4.2 Prélèvements bactériologiques et mycologiques	85

4.3 Sérologies	page 86
4.4 Dépistage de grossesse	86
4.5 Traitements médicaux	87

IV Le Signalement 88

<u>1. Circonstances d'un signalement d'un enfant en danger</u>	90
<u>2. Aspect juridique du signalement</u>	91
2.1 Secret médical et obligation de signaler	91
2.2 Comment faire un signalement ?	96
<u>3. La procédure judiciaire</u>	99

V Dispositif Nancéen 102

<u>1. La genèse du dispositif</u>	104
<u>2. Le constat</u>	105
<u>3. L'organisation du dispositif</u>	106

VI Tour de France des différents dispositifs d'accueil des mineurs victimes d'abus sexuels 111

<u>1. Objectifs et méthode</u>	112
1.1 Objectifs	112
1.2 Enquête auprès des médecins responsables des urgences pédiatriques	112
1.2.1 Les questions	112
1.2.2 Recueil des réponses	113
1.2.3 Analyse des résultats	114
1.2.4 Les limites de l'étude	114

<u>2. Entretien et examen clinique de l'enfant</u>	<i>page 115</i>
2.1 Entretien avec l'enfant	<i>115</i>
2.1.1 Quand ?	<i>115</i>
2.1.2 Comment ?	<i>115</i>
2.2 Examen clinique	<i>116</i>
 <u>3. Orientation de l'enfant</u>	 <i>117</i>
 <u>4. Groupes organisés par chaque CHU pour l'accueil des mineurs victimes d'agression sexuelles</u>	 <i>118</i>
 <u>5. Le Signalement</u>	 <i>127</i>
 <u>6. Soutient et évaluation psychologique de l'enfant</u>	 <i>127</i>
6.1 Avez vous un pédopsychiatre référent que vous pouvez solliciter lorsque un enfant consulte en urgence pour abus sexuels ?	<i>127</i>
6.2 Quand contactez vous le pédopsychiatre ?	<i>128</i>
6.3 La place du psychologue.	<i>128</i>
 <u>7. Rapports avec les partenaires sociaux et juridiques</u>	 <i>129</i>
7.1 Partenaires sociaux	<i>129</i>
7.2 Partenaires juridiques	<i>129</i>
 <u>VII Discussion</u>	 <i>130</i>
<u>Conclusion</u>	<i>138</i>
<u>Bibliographie</u>	<i>142</i>

INTRODUCTION

Les problèmes des sévices à enfants ne sont pas des phénomènes sociologiques ou historiques nouveaux. En survolant l'histoire de l'humanité, de la Bible à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (1789), en passant par l'époque gréco-romaine, l'Ancien régime, toutes les guerres et les révolutions, nous pouvons constater que l'enfant a toujours été victime de sévices sous des formes les plus diverses.

La prise de conscience de ce phénomène, grâce aux écrivains, aux sociologues, aux éducateurs, aux médecins et particulièrement grâce aux victimes elles-mêmes, surtout à la fin des années quatre vingt a entraîné la mise en place d'une multitude d'études. Ces études ont permis l'analyse et le repérage des situations à risque, ainsi que la description clinique des différents types de sévices. Ces investigations, qu'elles soient médicales, sociologiques ou judiciaires ont rendu possible, de ce fait la mise en œuvre de conduites thérapeutiques et préventives.

Il est important de noter aussi, que le phénomène de la maltraitance des enfants a pu se faire connaître également grâce à une forte médiatisation suite à la célèbre affaire Dutroux.

L'augmentation actuelle du nombre de signalements d'enfant en danger traduit, une aggravation du phénomène de maltraitance. Cette aggravation semble être liée à la fragilisation des familles : chômage, précarité, divorces. Mais, cette augmentation met en évidence également une amélioration du système de repérage. Le repérage de ces situations a pu être réalisé grâce à une meilleure collaboration entre les services médico-psycho-sociaux et le système judiciaire.

L'enfance maltraitée est ainsi devenue, pour ces diverses raisons, depuis quelques années une des préoccupations majeures des pouvoirs publics en France. C'est pourquoi, les médecins, les travailleurs sociaux et la justice tentent d'organiser au mieux un travail pluridisciplinaire dans la prévention, le diagnostic et la prise en charge des enfants maltraités.

Une meilleure connaissance de la famille maltraitante a montré que les sévices physiques sont associés très fréquemment à des sévices sexuels. Mais cela ne suffit pas à protéger l'enfant, une fois que le diagnostic est posé, il doit être soigné. C'est pourquoi, la prise en charge des mineurs victime d'abus sexuels est un sujet de réflexion permanent..

Comme le rappelle la circulaire du ministère des affaires sociales du 27 mai 1997 : « Tout médecin, qu'il exerce en libéral ou en hospitalier, peut être appelé à accueillir et à prendre en charge physiquement et moralement une victime de violence de quelque nature que ce soit. »

Ainsi, au delà d'une formation spécifique, l'important est de signaler à bon escient afin de ne pas nuire à l'enfant et à sa famille. Pour cela, le médecin doit savoir s'entourer d'avis spécialisés afin de permettre une évaluation pluridisciplinaire de la situation de l'enfant. La prise en charge de l'enfant victime n'en sera que meilleure. Dès lors, des partenaires de différents champs sont ainsi amenés à travailler ensemble: médecins, pédopsychiatres, psychologues, gynécologues, médecins légistes, travailleurs sociaux, magistrats, gendarmes, policiers et juges.

L'hôpital a un rôle capital dans la prise en charge d'un enfant victime de sévices, et il est très souvent le premier contact de l'enfant victime, et sa famille. L'hôpital est représenté généralement par le service des urgences pédiatriques. Chaque service, bien qu'il existe des points communs essentiels, a une organisation interne spécifique. Et, il faut noter que l'accueil des enfants victimes de maltraitance en général et d'abus sexuels en particulier aux urgences pédiatriques soulève parfois des difficultés d'agencement et de communications entre les différents partenaires.

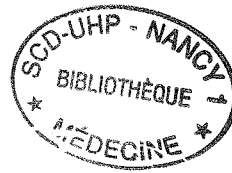
A Nancy, le dispositif de l'Hôpital d'Enfants permet une prise en charge « tripartite » de l'enfant, c'est à dire que la situation de l'enfant est évaluée par un médecin somaticien, un médecin psychiatre (qui continuera à le voir en consultation) et une assistante sociale. L'objectif de cette prise en charge permet de minimiser le nombre d'intervenants auprès de l'enfant qui ne sera pas obligé de relater plusieurs fois son histoire, et de prévenir un syndrome de stress post-

traumatique. Cela permet également de prendre une décision rapide quant à la possibilité de laisser sortir l'enfant, ou de l'hospitaliser en urgence.

Avec le docteur Sibiril, nous nous sommes ainsi interrogées sur les différents systèmes de prise en charges des enfants victimes d'abus sexuels existants aux urgences pédiatriques.

C'est pourquoi, dans ce travail, après avoir exposé quelques rappels essentiels sur la problématique des abus sexuels chez l'enfant : leurs définitions, leur épidémiologie actuelle, leurs conséquences et leur diagnostic, nous présenterons le dispositif nancéen ainsi que les résultats d'une enquête menée auprès de services d'urgences pédiatriques de 26 CHU.

Cette étude nous permettra d'exposer les différentes modalités de prise en charge des mineurs victimes d'abus sexuels aux urgences pédiatriques et d'en analyser leur fonctionnement.



I / L E S

A B U S S E X U E L S

L'ampleur des abus sexuels dont sont victimes les enfants reste un sujet brûlant d'actualité, remettant en question les valeurs de notre époque.

En 1997, la maltraitance à enfant a été choisie Grande Cause Nationale en France.

1. LES ABUS SEXUELS : Définitions et épidémiologie

1.1 Définition

Abus sexuel : de l'anglais *sexual abuse* est la locution employée par la littérature française à ce sujet ; le terme de **sévi**ces est davantage utilisé en matière juridique.

Les abus sexuels sur mineurs sont définis principalement comme (1) :

« toute participation d'un enfant ou d'un adolescent à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées à son développement psychosexuel qu'il subit sous la contrainte, par violence ou séduction ou qui transgresse les tabous sociaux »

(R.Krugman et D.P Jones-1980, University of Chicago)

Il existe diverses définitions, mais on retrouve quelques points fondamentaux (2) :

- la notion « d'ascendant » ou de personne ayant pouvoir ou autorité
- la présence ou absence de violence
- la distinction entre abus et mauvais traitements
- la négation d'un possible consentement du mineur
- la possibilité d'un acte isolé, ou s'inscrivant dans une relation qui dure

Ces quelques éléments rendent compte de la grande difficulté à cerner l'abus sexuel. D'où les difficultés à l'étude de ce phénomène.

Les abus sexuels peuvent être classés en deux catégories : (3)

- en fonction des degrés de relation entre l'abuseur et la victime, on distingue :

- Les abus intra familiaux (inceste).
- Les abus extra familiaux commis par des personnes connues ou inconnues (pédophilie).

- en fonction des actes commis :

- Les actes qui agressent la sphère sensorielle constitués par l'exhibitionnisme, les appels téléphoniques obscènes, le visionnage ou la prise de vue de films pornographiques.
- Les actes qui utilisent le corps, caractérisés par des attouchements, une participation active à des scènes pornographiques, une incitation à la prostitution, une tentative de viol ou un viol.

On peut également élargir la notion d'abus sexuel aux familles où existe ce que les psychiatres appellent « un climat incestueux », caractérisé par le non-respect de la pudeur de l'enfant. Ce non-respect se traduit par une intrusion permanente de l'adulte dans son intimité ou encore par le comportement de certains parents qui exhibent leur vie sexuelle avec insistance devant les enfants. Ces climats incestueux peuvent avoir des effets désastreux sur le développement psycho-sexuel des enfants, mais leur prise en compte pour parvenir à protéger les enfants est encore très difficile, voire impossible (3).

On peut citer pour finir, l'exhaustive définition du Docteur Nathanson (4) qui, si elle est un peu longue, a le mérite de la clarté :

« Constitue un abus sexuel toute activité sexuelle à laquelle une victime est incitée ou contrainte de participer par un agresseur sur lui-même, sur elle-même ou sur une tierce personne ; contre son gré, ou par manipulation affective, physique,

matérielle, ou usage d'autorité, de manière évidente ou non ; que l'abuseur soit connu ou non, qu'il y ait ou non évidence de lésions ou de traumatismes physiques ou émotionnels, et quel soit le sexe des personnes impliquées. Que l'enfant puisse paraître « consentant » ne modifie absolument pas le fait qu'il s'agisse d'un abus.

Constituent un abus sexuel : l'exhibitionnisme, les attouchements, les tentatives de pénétration (vaginale, anale, buccale, par le pénis, le doigt ou un objet quelconque), le fait de faire participer un enfant à des manifestations de pornographie, l'incitation à la prostitution...

On admet généralement qu'il doit y avoir une différence d'âge de quelques années entre l'agresseur et l'agressé, mais il y a des exceptions (viol collectif par un groupe de même âge). Il ne faudra cependant pas prendre pour un abus sexuel les jeux entre jeunes enfants, dus à une curiosité normale sur la sexualité. »

1.2 Epidémiologie

Les chiffres qui découlent des études sur le sujet ne peuvent décrire que des approximations d'un phénomène, dont la nature même bien que cernée n'a pas encore de définition unique et universelle.

1.2.1 Les limites des études, les différentes notions pouvant biaiser les études : (5)

- les biais liés à la définition utilisée : les chiffres sont d'autant plus élevés qu'ils font référence à une définition large.
- les biais liés au recrutement : chiffres obtenus par questionnaires aux médecins, aux tribunaux, aux enfants.
- les biais liés aux diagnostics : le diagnostic somatique certain n'est possible que dans un certain nombre de cas très limités.

- les biais liés à la sensibilisation au phénomène : plus une équipe de travailleurs sociaux et /ou médecins a reçu une formation spécifique à ce sujet, plus le nombre de signalements qu'elle effectue croît sensiblement.

- les biais liés aux réactions personnelles : « on peut penser que certains professionnels sont encore plus traumatisés par les expériences de leurs patients que les patients eux-mêmes » (2).

1.2 .2 Les chiffres

Ce sont les définitions de l'**ODAS (Observatoire National de l'Enfance en Danger)** qui servent de références à l'épidémiologie en France.

On distingue ainsi (6) :

- l'enfant maltraité

« celui qui est victime de violences physiques, d'abus sexuels, de cruauté mentale, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique »

- l'enfant à risque

« celui qui connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité »

- les enfants en danger

« ceux - ci regroupent les deux catégories »

Le 7 novembre 2000 : l'ODAS a présenté son enquête annuelle (6).

On remarque ainsi, qu'en 2000, 83 800 enfants ont été repérés et signalés à l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance), alors qu'en 1999, il y en a eu 83 500 repérés et signalés. (tableau I)

On observe également que le nombre d'enfants maltraités a légèrement diminué : 18 300 en 2000 contre 18 500 en 1999, celui des enfants en situation de risque est passé de 65 000 à 65 500 (tableau I)

Tableau I :Evolution des signalements suivant les chiffres de l'ODAS :

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Enfants maltraités	17000	20000	21000	21000	19000	18500	18300
Enfants à risque	41000	45000	53000	61000	64000	65000	65500
Total enfants en danger	58000	65000	74000	82000	83000	83500	83800

Une augmentation du nombre d'enfants à risque est en partie compensée par la diminution d'enfants maltraités, même si celle-ci ne doit pas trop rassurer, car le nombre de signalements pour abus sexuels augmente fortement.(tableau II)

Cette augmentation des signalements pour abus sexuels se traduit par 5 500 signalements en 2000 contre 4 800 signalements en 1999 (tableau II).

On peut en déduire l'impact de la forte médiatisation de ce type de maltraitance et l'évolution des pratiques de milieux jusqu'à là restés trop fermés : école, église, les établissements accueillants des enfants.

Si l'on regarde le département de Meurthe et Moselle, les chiffres concernant la maltraitance sexuelle sont révélateurs de cette augmentation.

Si l'on regarde le département de Meurthe et Moselle, les chiffres concernant la maltraitance sexuelle sont révélateurs de cette augmentation.

-en 1999 : 227 cas

Données contenues dans le rapport d'activité

-en 2000 : 240 cas

de la CEMA (cellule enfance maltraitée accueil)

A contrario, les signalements pour négligences lourdes et violences psychologiques ont sensiblement diminué. Deux éléments d'explication peuvent être avancés : le développement d'une politique de soutien à la parentalité, ainsi qu'une politique d'action de prévention précoce qui a probablement permis d'atténuer la gravité de certaines situations d'enfants en danger.

Tableau II : Les différents types de maltraitance

Type de mauvais traitements	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Violences physiques	7000	7500	7000	7000	6500	6600
Abus sexuels	<u>5500</u>	<u>6500</u>	<u>5800</u>	<u>5000</u>	<u>4800</u>	<u>5500</u>
Négligences lourdes	7500	7500	5400	5300	5400	4800
Violences psychologiques			1800	1700	1800	1400
Total des enfants en danger	20000	21000	21000	19000	18000	18300

Dans l'enquête de 1997, on peut également observer la répartition des mauvais traitements, plusieurs mauvais traitements peuvent être cités par un enfant, ainsi pour 100 enfants 121 mauvais traitements peuvent être mentionnés. (tableau III)

Tableau III : Répartition des mauvais traitements (chiffres de l'ODAS, 1997)

	Types de mauvais traitements	Enfants concernés
Violences physiques	38%	46%
Abus sexuels	31%	37%
Négligences lourdes	22%	27%
Cruauté mentale	9%	11%
Total	100%	121%

Selon les délégués de l'ODAS il existe une amélioration de la situation de l'emploi et des progrès de la législation sociale (instauration de la Couverture Médicale Universelle -CMU-, application de la loi contre les exclusions), cela a aidé les familles à sortir de la grande précarité économique.

Mais ces progrès n'ont pas entraîné de diminution d'enfants en risque . L'augmentation des enfants en situation de risque (tableau I), en 2000 est due majoritairement aux carences éducatives, qui concernent 77% des signalements (contre 59 % en 1999).

Selon les représentants de l'ODAS : les effets bénéfiques de l'économie ont été gommés par l'amplification de la crise identitaire que connaît la France : crise des valeurs, absence de repères collectifs et de perspectives.

L'ODAS note que les principaux dangers repérés viennent des carences relationnelles : conflits de couples et problèmes psychologiques des parents.

L'enquête insiste : les problématiques relationnelles dépassent très largement celles de type socio-économiques.

C'est pourquoi les débats ont souligné qu'il fallait s'occuper prioritairement de la fragilité relationnelle des familles, le développement des réseaux de parentalité étant un bon exemple de mesure à accentuer.

Les 83 800 enfants en danger ne font pas tous l'objet de mesures judiciaires. (tableau IV).

Tableau IV : Evolution des transmissions à la justice

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Transmission judiciaire	31000	36000	42000	49500	49000	47500	47500
Mesures administratives	27000	29000	32000	32500	34000	36000	36300
Total des signalement d'enfants en danger	58000	65000	74000	82000	83000	83500	83800
Judiciarisation des signalements	53%	55%	57%	60%	59%	57%	57%

Le nombre de transmission de signalements de l'ASE à la Justice se maintient au même niveau qu'en 1999.

Selon, l'ODAS, on aurait pu espérer une poursuite de la décrue amorcée en 1998, conformément aux grandes orientations du système français de protection de l'enfance, qui privilégie l'intervention administrative afin de mieux impliquer la famille dans les mesures d'accompagnement social.

Le maintien d'une forte judiciarisation des signalements pourrait donc refléter une crise de confiance de la protection administrative, ce qui pourrait à terme menacer la crédibilité du processus de décentralisation en matière de protection de l'enfance.

Quoi qu'il en soit, 36 300 (tableau IV) enfants en danger signalés à l'ASE font l'objet de mesures administratives, négociées et acceptées par les familles, avec ou sans signature d'un contrat et sans recours au juge.

2. EVOLUTION socio-historique et judiciaire de la reconnaissance des violences sexuelles sur les enfants

2.1 Quelques données historiques

Au fil des temps, les enfants ont toujours été impliqués dans la sexualité des adultes. Ainsi, notons sans s'y attarder l'origine biblique de notre population humaine qui tait pudiquement ce qui a bien pu se passer depuis Adam et Eve « couple unique pour que nous croissions et nous nous multiplions ». L'inceste et la pédérastie sont loin d'être dissimulés dans les mythes grecs ou latins (2).

Ce n'est qu'au XIXème siècle, que débute une lente reconnaissance des violences sexuelles sur les enfants : période où les écrivains tels que C.Dickens (Angleterre) ou V.Hugo (France) décrivent la misère et les mauvais traitements infligés à des enfants, participant ainsi aux débuts des campagnes de dénonciation.

En 1860, c'est le docteur **Ambroise Tardieu** (7) qui évoque le premier la notion de « sévices à enfants ». Il publie en 1857 et 1879, des études médico-légales sur les sévices et attentats aux mœurs, et met en évidence la réalité des mauvais traitements et des abus sexuels envers les enfants. Ces publications sont imposées à la communauté médicale, non sans difficultés, donnant lieu ainsi à de vives polémiques.

En effet, ses confrères avaient plutôt tendance à considérer « les enfants battus » comme de futurs mythomanes...

En 1904, le Parlement fait même voter une loi concernant « l'éducation des enfants difficiles et vicieux de l'Assistance Publique », ceux qui précisément avaient subi des sévices sexuels...

Pendant trop longtemps, le corps médical français a nié la réalité des sévices, en particulier sexuels.

A partir de la seconde guerre mondiale, une étape décisive sur la prise de conscience de la détresse des enfants se fait, grâce à l'école pédiatrique américaine.

En 1953, c'est un radiologue américain le **docteur Silvermann** (8), qui réhabilita le docteur Tardieu en décrivant les lésions osseuses observées sur les clichés radiologiques des enfants victimes de maltraitance. Son nom a été donné à son travail de description en laissant le « syndrome de Silvermann ».

En 1961, Silvermann décrit avec **Kempe**, et **Caffey** (9), pédiatres tous deux : « le syndrome de l'enfant battu » (10). Syndrome qui évoque la fréquence des cas, les démarches diagnostiques (en montrant les difficultés des médecins à envisager la possibilité des sévices exercés par les parents).

Dés lors, la prise de conscience est manifeste, et les travaux et publications se multiplient. Les victimes sont évoquées dans les précis de pathologies pédiatriques.

En 1965, aux Etats Unis, le docteur **Pollock**, qui étudie la psychopathologie des parents maltraitants, associe ses travaux à ceux de Kempe. Ils mettent l'accent sur les facteurs environnementaux qui favorisent l'émergence des sévices.

C'est à partir de 1965, qu'en France, l'opinion médicale prend conscience du problème de la maltraitance des enfants, grâce au **Professeur Neimann** et à **l'école pédiatrique de Nancy**.

Dans son article « considérations sur l'étiologie et le pronostic de l'hématome sous-dural du nourrisson », l'auteur s'appuyant sur les travaux de Silvermann, démystifie le caractère idiopathique de ces hématomes et évoque une origine traumatique inavouée ainsi que la présomption de sévices exercés sur les enfants.

Après un intérêt initial pour la description des signes cliniques évocateurs de mauvais traitements, d'autres études pluridisciplinaires vont analyser et rechercher les facteurs économiques et sociaux, ainsi que les facteurs psychologiques favorisant la maltraitance.

Entre 1972 et 1975, en France, la première enquête commanditée par le ministère des affaires sociales a été menée conjointement à Paris et à Nancy, elle a abouti en 1978 à la publication de la première recherche française sur « les jeunes enfants victimes de mauvais traitements » sous la direction du Professeur Strauss.

En 1979, le **Professeur Straus** fonde l'**A.F.I.R.E.M** : Association Française d'Information et de Recherche sur l'Enfance Maltraitée.

Il organise en 1982, à Paris le Congrès Mondial de La Société Internationale pour la Prévention des mauvais traitements à l'égard des enfants, et il publie, à cette occasion, la première édition d'un ouvrage de référence : « L'Enfant Maltraité » et **aborde pour la première fois le problème des sévices sexuels.**

En France, les professeurs Neimann, Straus, et Manciaux, sont les véritables pionniers dans la lutte contre la maltraitance infantile, ils ont mené conjointement de nombreuses études. (11)

Dans les années 1980, les sévices institutionnels sont dénoncés, ce sujet est mis en évidence par le docteur **Tomkiewicz**, pédopsychiatre dans « Violences et négligences envers les enfants et les adolescents dans les institutions » (12).

En 1989, la campagne nationale de prévention des abus sexuels, « si tout le monde bouge, ça bougera », a été suivie d'une augmentation considérable du nombre des signalements judiciaires.

Le développement des mouvements féministes a sensibilisé l'opinion, et les médias ont commencé à diffuser largement les affaires relatives aux attentats sexuels et aux meurtres de mineurs, l'émotion autour de l'affaire Dutroux a produit une forte inflation des chiffres entre 1996 et 1997.

En 1997, l'ouvrage « Enfances en Danger » est édité et vient enrichir les précédentes éditions de « L'Enfant Maltraité » sous la direction du **Professeur Manciaux**.

D'après ce rappel historique, nous pouvons observer que la reconnaissance de la maltraitance de l'enfant a été tardive. D'ailleurs sa prise en compte officielle en tant que personne avec ses propres droits ne date que de ce siècle. La Déclaration des droits de l'enfant a été signée par les Nations Unies en 1924 puis en 1959.

Ce n'est que le **20 novembre 1989** que l'**Assemblée Générale des Nations Unies** adopte « **La Convention Internationale des Droits de l'Enfant** ». Cette convention insiste sur la nécessité d'une protection physique et morale des enfants.

Cette protection ne peut être rendue effective que par la collaboration pluridisciplinaire médicale, sociale et judiciaire.

Cette convention comprend 54 articles dont 2 directement en rapport avec la prévention :

- Art.19 : « concernant le droit d'être protégé contre les mauvais traitements »
- Art.34 : « concernant le droit d'être protégé contre l'exploitation sexuelle »

Ce sont les victimes d'abus sexuels qui ont été prises en compte le plus tard.

A l'aube du XXème siècle, il était trop difficile que la société admette que des enfants puissent réellement être victimes d'abus sexuels, leurs récits ont laissé longtemps perplexes les médecins.

Ce sont surtout les victimes elle-même, devenues adultes qui ont fait progresser les choses. (2)

Elles ont progressivement réussi à modifier la législation, en assurant elles-même leur soutien psychologique et leur défense, en créant des associations influentes, ceci alors que trop souvent encore le corps médico-judiciaire les prenait pour des menteuses.

C'est donc dans un climat d'incompréhension que peu à peu leur cause s'est faite connaître.

Aujourd'hui de nombreux professionnels travaillent à trouver des solutions pour prévenir le phénomène de maltraitance et aider les enfants victimes à reprendre leur développement. Ainsi, le concept de **RESILIENCE** est apparu : **il s'agit de la capacité de résister et de rebondir face à des situations adverses.**

Ce concept a été emprunté à la physique : il traduit la capacité, pour un matériau, de reprendre sa forme initiale à la suite d'un choc. C'est une métaphore : ce bloc solide représente l'homme, qui rebondit et surmonte les drames les plus sordides, et en sort plus fort (13).

2.2 Données juridiques

A ce jour, il existe des campagnes médiatiques de plus en plus fréquentes, ceci suite à la tristement célèbre affaire Marc Dutroux en 1996, pédophile responsable de la mort de plusieurs fillettes en Belgique.

De marquants mouvements de protestations des victimes et de leurs familles se sont organisés et ont su dénoncer les insuffisances du système judiciaires dans les affaires d'abus sexuels. Ainsi, en réponse à ces critiques justifiées, le gouvernement a déclaré 1997, **l'Année de l'Enfance.**

Le 17 juin 1998, marque un moment important relatif aux problèmes de la reconnaissance des abus sexuels sur le plan judiciaire en France. C'est à cette date que **la loi n° 98-468 « relative à la prévention et la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs »** apparaît.

Cette loi a pris ainsi « des dispositions ayant pour objets de prévenir des infractions sexuelles, les atteintes à la dignité de la personnes humaine et de protéger les mineurs victimes »

Néanmoins, l'inceste n'est toujours pas reconnu comme tel dans le Code Pénal. En effet, la loi française ne fait pas de distinction entre les agressions sexuelles familiales, qui s'inscrivent dans le cadre général de la maltraitance, et les violences sexuelles extra-familiales.

Mais, d'une façon générale, le nouveau Code Pénal couvre pratiquement tout le champ des violences sexuelles commises contre les enfants.

Sont ainsi réprimés :

- le fait de favoriser la corruption d'un mineur (art. 227-22)
- l'exploitation de l'image d'un mineur à des fins pornographiques (art.227-23)
- l'exhibition sexuelle imposée en vue d'autrui (art.222-32)

Tous ces actes sont punis selon le nouveau code Pénal :

- art.222-23 : *Tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol.*

Le viol est puni de 15 ans de réclusion criminelle.

- art.222-24 : *Le viol est puni de vingt ans de réclusion criminelle (...) 2° Lorsqu'il est commis sur mineur de 15 ans (...) 4°Lorsqu'il est commis par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou par toute personne ayant autorité sur la victime(...).*

- art.222-29 : *Les agressions sexuelles autres que le viol sont punies de 150 000 francs d'amende.*

Au niveau européen, contrairement à ce que pense l'opinion publique, la France apparaît comme le pays le plus répressif.

Tableau V : Pourcentage des condamnations des viols déclarés en 1990

1990	Nombre de viols déclarés/100000 hab	Condamnations en %	Réclusion>5 ans en %
Angleterre	6,7	94	48
France	8	95	81
Allemagne	8,1	59	12
Italie	1,2	?	5
Pays-Bas	8,9	82	4
Suède	16	95	7
Suisse	6,2	68	15

3. SEMIOLOGIE et FACTEURS DE RISQUES des violences sexuelles sur les enfants

3.1 Sémiologie

3.1.1 l'inceste

Définition : « inceste » dérive *du latin « incestum »* qui veut dire strictement « *sacrilège* ». Incestum, dérive lui-même de « *incestus* » qui signifie « *impur, souillé* ». Lequel incestus est forgé sur le *in* privatif et *castus*, déformation de castus qui signifie « *chaste, pur* » . (14)

L'inceste traduit une relation sexuelle entre un homme et une femme parents ou alliés à un degrés entraînant la prohibition du mariage.

L'inceste est le plus fréquent des abus sexuels, il désigne l'acte sexuel entre proches parents : parent, fratrie, oncle, tantes.

« l'inceste est essentiellement défini comme un interdit social » (Basquin, 1985)

Pour la plupart des auteurs, la notion d'inceste a pris une définition plus extensive et inclue « toute activité à caractère sexuel impliquant un adulte qui a, avec cet enfant, un rôle parental ».

Cela concerne donc également un beau-père, une belle-mère, ou des substituts parentaux stables : concubins ou nourriciers.

L'inceste père-fille est l'abus sexuel le plus souvent porté à la connaissance du médecin et du juge, bien que l'inceste frère-sœur soit plus fréquent (14). L'inceste mère-enfant est la forme la mieux cachée, mais il semble que ce type de relation hautement pathogène se trouve à l'origine des déviations sexuelles de nombreux abuseurs.

L'inceste revêt plusieurs aspects :

- actes violents entraînant des lésions physiques, commis le plus souvent par celui qui n'a pas élevé l'enfant (beau-père, concubin) ou dans un contexte d'alcoolisme.
- Contexte de séduction et de contrainte : mode de relation inadéquate et érotisée qui s'établit très précocement entre l'abuseur et l'enfant, et aboutit à des relations sexuelles en période pré-pubertaire (3).

L'inceste existe dans tous les milieux sociaux. La promiscuité est une constante de la famille incestueuse, quelles que soient les conditions de vie. L'isolement d'un groupe social, notamment en milieu rural, favorise également les relations sexuelles à l'intérieur de la famille (15).

De nombreuses observations montrent que l'inceste survient lorsque le père se retrouve seul avec ses enfants (absence de la mère qui travaille, qui est hospitalisée, ou pour cause de divorce), les tendances incestueuses contenues par la présence du conjoint se révèlent alors. De même, l'inceste mère-enfant est plus fréquent lorsque la présence d'un tiers n'existe pas.

Les séquelles psychologiques de l'inceste sont plus lourdes qu'en cas d'abus extra-familiaux, puisque les identifications parentales de l'enfant sont mises en cause. De plus, le garçon est toujours gravement perturbé dans son identité, et la honte l'empêche de parler (16). L'agression d'autres enfants, l'évolution vers l'homosexualité sont des tentatives d'inverser le traumatisme, en passant d'une position passive à une position active (10). Le signalement à la justice permet à l'enfant victime d'inceste de réintroduire la notion d'interdit et peut l'aider à créer un espace nécessaire à la réparation du traumatisme subi.

Enfin, il semble que les séquelles psychologiques de l'inceste, soient plus graves lorsqu'il débute chez le jeune enfant qu'à l'adolescence (15).

Psychologiquement et physiologiquement, une adolescente est plus structurée, en effet, elle a pu déjà élaborer une relation oedipienne. Le traumatisme infligé est grave car les fantasmes rencontrent la réalité, mais la violence et la fuite restent possibles.

Par contre, chez le jeune enfant, dont le psychisme et le corps sont encore en évolution, le traumatisme provoque une accélération de la maturation au prix d'un clivage de la personnalité. Ce clivage, lui permet de maintenir une apparence de normalité à l'extérieur de la famille. Paradoxalement, c'est au moment du dévoilement que peuvent apparaître des troubles graves du comportement : dépression, tentative de suicide, conduites dangereuses, confusion d'allure psychotique (14).

L'inceste peut être défini qualitativement, mais quantitativement aucun chiffre ne paraît fiable, l'inceste n'étant pas cité dans le Code Pénal, les statistiques ne distinguent pas les abus sexuels intra-familiaux des viols commis par les pédophiles.

Cependant environ 20 % des procès d'Assises concernent des affaires d'inceste.

Tous les âges sont concernés, y compris nourrissons.

3.1.2 Les violences sexuelles extra-familiales

La pédophilie

La pédophilie en tant que telle ne constitue pas une infraction. Il n'existe pas en effet, de délit ou de crime pédophile dans le code pénal. Elle est une catégorie psychologique et non pas juridique. Ce sont les actes, les infractions sexuelles auxquelles elle peut conduire qui sont réprimés (17).

Elle désigne la prédilection d'un adulte majeur (c'est à dire de plus de 16 ans), homme ou femme pour les relations sexuelles avec un enfant pré pubère (c'est à dire moins de 13 ans), fille comme garçon. Il faut que l'agresseur et l'enfant aient cinq ans de différence d'âge pour considérer que cette relation sexuelle est pédophile.

Le pédophile est souvent un individu inhibé sur le plan affectif et sexuel vis à vis des autres adultes. Il justifie ses actes par un culte de l'enfance magnifiée qu'il refuse de quitter.

Le pédophile peut être un voisin, un ami de la famille, ou bien exercer des responsabilités qui le mettent en contact avec des enfants.

Auprès des enfants, le pédophile use de sa position d'autorité, qu'il associe à de la séduction pour abuser d'enfants fragiles en carence affective. Le consentement de l'enfant, allégué par les pédophiles, est un leurre car il survient dans le cadre d'une relation de séduction d'autant plus perversissante que l'adulte a le désir d'être aimé par l'enfant (15).

Le viol

Le viol, agression sexuelle assortie de menaces et de violences physiques, est le plus souvent perpétré par des inconnus, pervers sadiques obéissant à des impulsions incontrôlables sans la moindre considération pour l'enfant. Le crime sexuel est le fait d'un désir de possession totale réalisé par le viol et le meurtre (18).

La prostitution

Selon le Forum de l'UNESCO (novembre 1995), il y aurait trois millions de mineurs prostitués dans le monde. (19)

Ces enfants sont souvent privés de nourriture et torturés.

Selon l'UNICEF : 50 à 90 % des enfants libérés des maisons closes asiatiques sont HIV-seropositifs.

Officiellement en France, la prostitution des mineurs serait un phénomène très marginal. Cependant, il faut souligner que nombreux adolescents « en galère » se prostituent pour survivre.

Les abus sexuels entre mineurs

Les adolescents dans 29 % des cas sont victimes d'abus sexuels de la part de leurs pairs. (17)

Il peut s'agir de rendez-vous qui tournent mal (« *date rape* »), de viols collectifs (« les tournantes »), qui peuvent parfois se terminer par un meurtre.

La pornographie

Il s'agit d'une activité commerciale très lucrative, malheureusement liée au proxénétisme. Ce sont des sociétés économiquement puissantes, qui corrompent les politiques et il est très difficile de pouvoir contrer l'activité de ces multinationales du crime. (19)

Les pédophiles en sont friands.

Parfois ce sont les parents qui y trouvent une bonne opportunité économique.

Les mutilations sexuelles rituelles

C'est le cas des jeunes africaines qui ont été mutilées (excision) en France sous le poids des traditions. (20)

3.2. Les facteurs de risque

Deux points essentiels sont cités par les auteurs sans restriction (2) :

- le sexe de la victime : dans environ **80 % des cas la victime est de sexe féminin**
- le sexe de l'abuseur : il s'agit **d'un homme dans 95% à 100 % des études.**

3.2.1 facteurs individuels

Facteurs parentaux

- Antécédents de maltraitance dans l'enfance

Les mêmes drames se reproduisent souvent sur plusieurs générations. Cette reproduction transgénérationnelle de la maltraitance est-elle inévitable ? Il semble que non, puisque seuls 30% des adultes maltraités pendant leur enfance maltraitent leurs propres enfants (18).

Les sujets abusés pendant leur enfance se répartissent en deux groupes :

- ◆ Un groupe de parents non-abuseurs ayant conscience de leur histoire passée de sévices et de ses conséquences pour la vie.
- ◆ Un groupe d'individus qui n'ont nullement mentalisé les abus subis. Ces individus refoulent leurs traumatismes, ce refoulement se manifeste par la compulsion de répétition les poussant à reproduire avec l'enfant ce qu'ils ont eux-mêmes subis (21).

La relation de couple joue un rôle important dans le survenu de la maltraitance.

Les risques sont majeurs lorsqu'il s'agit de l'union de deux êtres qui ont en commun un passé de violences et de carences (22).

- Parents atteints d'une pathologie psychiatrique

Parmi les troubles psychiatriques, on retrouve essentiellement :

- ◆ La déficience mentale, la schizophrénie (syndrome dissociatif, délires), les personnalités paranoïaques (hypertrophie du moi, méfiance et fausseté du jugement) et les personnalités psychopathiques (impulsivité avec troubles du comportement par intolérance à la frustration) qui présentent un risque important de négligences et de passage à l'acte agressif.
- ◆ Les perversions (comportements sexuels déviants et cachés en général sans culpabilité) avec risque évident d'abus sexuels.

Les parents psychologiquement perturbés de manière épisodique peuvent également être à l'origine du passage à l'acte.

Ces perturbations peuvent être provoquées par : l'alcoolisme, la toxicomanie, la psychose puerpérale, les dépressions type mélancolie, la phobie d'impulsion infanticide (la mère a peur de rester seule avec son enfant de crainte de le tuer ; ce symptôme demeure une obsession sans qu'il y ait de passage à l'acte) (23).

Mais la majorité des parents « abuseurs » apparaissent « normaux » et la pathologie révélatrice des failles narcissiques de la personnalité est surtout évidente dans la relation avec l'enfant (24).

Certains traits de caractères sont souvent retrouvés : rigidité, immaturité affective, faible estime de soi, incapacité à verbaliser les conflits, manque de contrôle de l'agressivité, égocentrisme.

- Interaction inadaptée entre la mère et son enfant

Les interactions entre la mère et son enfant se développent très rapidement au cours de la grossesse avec l'émergence de « l'enfant imaginaire ».

Ces interactions deviennent prépondérantes après l'accouchement, lorsque la mère se consacre quasi exclusivement à son bébé.

La médiation du père et la présence de l'entourage jouent également un rôle important (25).

Avant l'accouchement, certains signes peuvent faire craindre des difficultés relationnelles avec l'enfant, tels que : grossesse non suivie, non déclarée, déniée ou de découverte très tardive, souvent décrits chez les femmes qui ont accouché sous X ou ont commis un infanticide, les plaintes excessives liées à l'état de grossesse, l'absence de préparatifs et de projets concernant la venue de l'enfant, angoisses majeures de handicap chez l'enfant (26).

Après l'accouchement, l'hospitalisation de la mère et de son enfant permet de repérer certains comportements inadaptés qui mettent l'enfant en danger : gestes brusques, sans anticipation pour retenir sa tête, absence d'échange de regard, désignation de l'enfant par « celui-là, le bébé, l'enfant » et non par son prénom, soins donnés à heures fixes sans soucis des rythmes de l'enfant, sont quelques exemples de signaux d'alerte.

- La polygamie : est un risque favorisant des situations d'inceste selon une étude américaine en 2002. (27)

Les facteurs liés à l'enfant

Certaines catégories d'enfant sont à risque élevé de sévices :

- Les enfants « anormaux » nécessitant des soins médicaux ou éducatifs spécifiques : les prématurés et les enfants ayant un faible poids de naissance, gémellités et grossesses multiples, les enfants atteints d'un handicap somatique (congénital ou acquis), les enfants atteints d'un handicap psychique.
- Les enfants « difficiles » : hyperactifs ou au contraire passifs, qui posent plus de problèmes lors de certaines étapes de leur développement et peuvent entraîner des violences chez les sujets à faible seuil de tolérance.
- Les enfants « rejetés » : souvent dans un contexte familial perturbé ; grossesse non désirée, enfant de sexe non désiré ou ne ressemblant aucunement à « l'enfant imaginaire », enfant né d'une première union, contexte de deuil familial.

3.2.2 Les facteurs sociaux

Les sévices à enfants s'observent dans tous les pays qu'ils soient industrialisés ou en voie de développement. Ils s'observent également dans toutes les classes sociales, mais un milieu socio-économique défavorisé est plus fréquemment associé à la maltraitance à enfants.

D'après L.H Pelton, auteur canadien, la gravité des situations de négligence et de sévices augmente avec le degré de pauvreté. Cette observation de la violence à l'égard des enfants semble avoir toujours été plus ou moins corrélée de manière dialectique à l'injustice sociale. Dès 1867, dans *Le Capital*, Karl Marx le dénonce : « Si les pères du prolétariat abusent de leur autorité pour maltraiter leurs enfants, s'ils font travailler comme des bêtes leurs progénitures, c'est d'abord qu'eux-mêmes sont saignés, exploités et doivent se soumettre aux exigences de la production sous peine de mourir de faim... » (28)

Dans une étude poursuivie pendant trente mois, L.D Sternberg constate qu'une augmentation des signalements pour mauvais traitements est précédée d'une hausse du chômage (29).

L'isolement familial et social représente aussi un facteur de vulnérabilité. Les familles ayant peu ou pas de contacts avec le reste de la famille, des voisins ou leurs amis, seraient moins aptes à résister au stress de la vie quotidienne. C'est le cas entre autres, pour les personnes ayant subi un déracinement et notamment pour les familles transplantées, originaires d'un pays de culture différente.

La promiscuité, liée à l'exiguïté du logement, est source de tension et d'absence d'intimité.

La survenue d'un enfant aggrave les contraintes. Celui-ci ne bénéficie pas de calme dont il aurait besoin, par conséquent il pleure plus souvent. L'instabilité de l'enfant et l'énervement des parents engendrent rapidement des interactions violentes qui deviennent ensuite un mode d'échange habituel (11).

Le jeune âge des parents, surtout celui de la mère, constitue un facteur de risque important.

Ainsi, malheureusement : les facteurs se conjuguent souvent pour accroître les probabilités d'inadaptation parents-enfants (30).

En effet, la pauvreté touche en priorité les jeunes parents.

Les filles issues d'un milieu défavorisé commencent précocement leur vie reproductive et ont un taux élevé de fécondité.

Leurs enfants naissent plus souvent prématurés ou de petit poids.

Les accidents, les infections, les handicaps irréversibles sont plus fréquents et le taux de mortalité est plus élevé.

L'échec scolaire, la délinquance et les placements touchent une plus grande proportion parmi eux.

Il faut toutefois retenir que la pauvreté n'engendre pas fatalement des maltraitances mais constitue un facteur de vulnérabilité.

En 1999, l'ODAS fait le lien entre l'évolution de la maltraitance et le contexte socio-économique actuel, et une enquête auprès des travailleurs sociaux de tous les conseils généraux révèle une grande convergence des réponses.

En effet : 82% des travailleurs sociaux estiment que se sont les carences éducatives des familles qui sont la cause principale de maltraitance et de risque de maltraitance (« parents sans repère, sans cadre dans l'éducation de leurs enfants »).

Pour 65% des travailleurs sociaux, les problèmes psychiatriques viennent en second, au même rang que les effets négatifs des séparations et divorces conflictuels (31).

Enfin, une certaine « culture de la violence », entretenue par les médias, participe à cet état de fait. Un sondage récent a montré que plus de 60% des parents interrogés considèrent la punition corporelle comme nécessaire (23).

3.3 La fréquence des abus

Il existe une grande fréquence d'abus unique, mais la majorité recouvre les agressions renouvelées. (32)

3.4 Différents types d'abus

L'exhibitionnisme ainsi que l'obscénité verbale font rarement l'objet de déposition.

Il existe une prédominance de rapports sexuels (2) :

- Viol, au sens légal.
- Les fellations sont relativement peu décrites.
- La sodomie a lieu souvent sur un garçon de 5 à 7 ans ou pré-pubère.
- Les filles soumises à la sodomie sont en général âgées de moins de 7 ans, et à la pré-puberté, l'abus est beaucoup plus de nature génito-génital.

3.5 L'âge des victimes

Un enfant peut-être victime à tout âge, mais il existe 2 pics d'âge plus particulièrement exposés (2) :

- moins de 7 ans pour les garçons
- moins de 7 ans et pré-puberté pour les filles

3.6 L'âge de l'abuseur

Il est quelconque, avec une prédominance avant 40 ans (2)

3.7 L'identité de l'agresseur

On peut retenir que le père est l'auteur dans la moitié des cas.

Dans l'autre moitié des cas, le beau-père est plus fréquemment incriminé, avant l'oncle, le frère ou autre (personne de la famille ou de passage).

Des études belges (1996, Fonds Houtman) ont retrouvé que sur 200 cas cela correspondait à dans 42% le père, dans 17,5 % le beau-père, et dans 7 % le grand-père.

II / Les Conséquences des violences sexuelles sur les enfants

En 1986, l'OMS indique que « l'exploitation sexuelle d'un enfant, implique que celui-ci est victime d'un adulte, ou d'une personne sensiblement plus âgée que lui, aux fins de la satisfaction sexuelle de celle-ci. Le délit peut prendre plusieurs formes : appels téléphoniques obscènes, outrages à la pudeur, voyeurisme, viols, inceste, prostitution des mineurs... »

KEMPE et HENRY insistent sur le fait que « les enfants ou adolescents dont on a la charge ou développementalement immatures ne peuvent comprendre pleinement et donc sont incapables de consentir aux activités proposées ou imposées ».

WOLFF (1987) souligne le fait que les attouchements ou rapports sexuels incriminés ne correspondent pas au stade développemental de l'enfant.

Son consentement est donc impossible, ce qui n'exclut pas une forme d'adaptation de la victime, visant à maintenir une forme de cohérence comportementale. Elle préserve ainsi son équilibre apparent pour minimiser le traumatisme.

1. LES INCIDENCES des abus sexuels sur le psychisme de l'enfant

1.1 Le complexe d'Œdipe

Le complexe d'Œdipe, représente, pour la psychanalyse, non seulement l'un de ses points les plus fondamentaux, mais l'un des plus déterminants pour la structuration de toute société, par la prohibition de l'inceste qu'il implique.

L'intériorisation de cette Loi et la résolution du complexe sont essentiels pour la constitution du Surmoi (le surmoi, à l'encontre du Moi, juge, censure, et interdit), de l'idéal du Moi (le Moi, est une instance de médiation, il assure l'unité, la cohésion et l'intégrité de la personnalité), et de l'intériorisation ultérieures des lois de la société.

Il se situe entre 4 et 7 ans.

La relation oedipienne, telle que Freud l'a décrite, est une étape primordiale dans le développement de l'enfant, elle est structurante et la résolution de ce « stade » est harmonieuse.

Dans la légende grecque Œdipe a des relations avec Jocaste, et il lui arrive par la suite toutes sortes de malheurs...

1.2 L'inceste : interdit social

Les ethnologues comme Levi-Strauss ont tenté de donner quelques explications à l'interdit de l'inceste. (31)

L'interdiction de l'inceste serait liée à l'idée inquiète des risques de mélanges entre semblables. En effet, la consanguinité serait responsable d'altérations génétiques. Or, les études récentes sur la proximité génétique relativise fortement la tératologie (32). Lorsque le capital génétique initiale ne contient pas de tare, la descendance ne manifeste pas plus de morbidité que la population témoin. On note ainsi, que l'inceste existe dans certaines ethnies « isolats génétiques incestueux ». Ces isolats sont le résultat d'une décision politique, par exemple : on chasse dans le désert un frère et un sœur ; mais leur descendance, les Touaregs, est parfaitement saine.

Cette interdiction pourrait être aussi lié à la nature même de l'être humain car il s'agirait d'une **répugnance naturelle**. Selon Freud, c'est ce point qui caractérise l'homme. Néanmoins, cette répugnance n'est pas constante à notre espèce.

Puis, enfin on peut citer que l'interdiction de l'inceste pourrait être due également aux **impératifs sociaux**. En effet, cet interdit structure les sociétés.

Mais, cette justification a des limites, elle ne peut être une justification, l'interdit de l'inceste a pour conséquence un meilleur fonctionnement social, mais il n'en est pas l'origine...

En fait, il n'y a pas encore d'explication valable à cet interdit communément admis et structurant.

1.3 Conséquences de la prohibition de l'inceste :

Les bénéfices du respect de cette loi sont importants : le père et la mère gardent leur place au sein de la famille. L'enfant intègre à la fois une règle, un respect de la règle, et sa place d'enfant avec ses limites. Ceci lui permettra, au moment opportun, de s'inspirer des images adultes et parentales connues pour se construire lui-même dans ses nouveaux rôles.

2 . CONSEQUENCES PSYCHOLOGIQUES théoriques du non-respect du tabou.

2.1 La transgression du tabou.

« C'est la transgression d'une loi...jamais énoncée » (Dominique Gauthier)

L'enfant, d'après la théorie, n'en prend connaissance que vers l'âge de 6 ans, peut-être même plus tôt. Ce qui est sûr, c'est que l'enfant ne ressentira le sentiment d'avoir transgressé une loi, que s'il a notion que cette loi existe . C'est pourquoi, les effets psychologiques risquent d'être très différents selon l'âge où la relation incestueuse surviendra, et selon la façon dont est vécu le tabou de l'inceste dans le milieu familial.

L'enfant n'a pas les moyens de défense pour s'adapter à cette situation non choisie, mais imposée par l'adulte, de manière plus ou moins insidieuse.

L'angoisse est majorée par le côté tabou d'une loi imprécise et non dite : l'enfant ne peut s'y référer ni se positionner par rapport à elle.

La confusion est augmentée par l'ambiguïté des attitudes du parent, qui, pour arriver à ses fins, tente de normaliser sans vraiment y parvenir les relations incestueuses.

Au total : troubles, absence de repère, culpabilité et angoisse de ne plus se servir du parent, comme d'un référent à la loi, puisqu'il l'enfreint et en abolit les contours selon ses propres besoins entraînent **un sentiment d'insécurité de l'enfant, celle-ci n'est plus assurée ni symboliquement ni physiquement, l'enfant est traumatisé (25).**

2.2 Le traumatisme sexuel

C'est un traumatisme physique avant tout. L'enfant est confronté à une vision concrète d'une sexualité adulte, différente et impressionnante, qui s'impose à la vie de l'enfant sans qu'il puisse en échapper.

La sexualité infantile est interrompue brusquement, et il en résulte un développement dysharmonieux.

3. LES MECANISMES de défense de l'enfant.

Les réactions psychiques de l'enfant ou de l'adolescent victime d'un abus sexuel vont s'exprimer autour de 2 catégories de symptômes : **le déni** et **l'intrusion**.
(26)

- Pendant **la période d'état**, on retrouve quatre mécanismes fréquents :

Lorsque le sévices est récent : les petits enfants font plutôt état de sidération.

Vient ensuite la reviviscence morbide ; irruptions de l'angoisse de plus ou moins grande importance dans le quotidien : épisodes « d'absences », la nuit de cauchemars, terreurs nocturnes.

Le besoin de maîtriser l'angoisse se retrouve dans les répétitions morbides de certains actes.

La sexualisation, tente, par le biais du traumatisme, de maîtriser l'angoisse et d'en tirer un bénéfice, malheureusement, l'enfant « hypersexualisé » n'aura pas les attitudes habituelles pour son âge ; comme : la séduction, et ou les besoins de contact corporel, qui risqueront de le mettre dans des situations de rejet ou dangereuses.

- La **période d'enkystement** correspond à la construction de défenses plus élaborées ; ceci au prix d'un certain affranchissement de la réalité.

Le refoulement nécessite beaucoup d'énergie et peut ne pas résister aux retours de l'angoisse qui risque alors de se décharger dans le passage à l'acte.

Il existe d'autres défenses habituellement utilisées : la phobie, donnant un contenant délimité à l'angoisse, ce contenant étant corporel pour la somatisation si courante. Les attitudes régressives, l'attachement et la dépendance, peuvent être un pas indispensable pour une reprise de confiance et une restructuration.

L'introjection (processus inconscient par lequel l'image d'une personne est incorporée au moi et au surmoi) est quasi constante.

La perte de l'estime de soi et de l'image de son corps en sont quelques révélateurs (27) :

- la culpabilité ressentie
- la honte

Ces sentiments sont intégrés par l'enfant comme étant de son fait.

De là, toutes les conduites dépressives en découlent, allant, du manque d'assurance quant à sa propre image corporelle à la tentative de suicide.

La dissociation est un mécanisme courant dans certaines psychoses.

- La **phase post-traumatique** voit la résurgence du traumatisme chez la victime devenue mature : la confrontation à la sexualité est inévitable.

Devant l'impossibilité d'avoir recours aux modèles parentaux (inceste où le père est abuseur et la mère complice), la réémergence de l'angoisse fera ressurgir les mécanismes de défense déjà utilisés, il en résultera un comportement inapproprié devant des situations de prime abord non dangereuses.

Les conséquences visibles en seront multiples : troubles patents de l'identité sexuelle, comportements pervers, reproduction de sa propre histoire ou fragilité et angoisse devant l'abord sexuel.

4. LE SILENCE

C'est bien souvent la seule source de sécurité de l'enfant, il représente une très grande partie du vécu de l'enfant, le **silence à lui seul induit un traumatisme par renvoi incessant de l'enfant à lui-même.**

4.1 Instauration du silence : mécanismes (27)

- Les menaces enferment l'enfant dans une contrainte puissante au mutisme.
- L'enfant se sent coupable, il se croit responsable de tout ce qui arrive, et craint qu'une révélation induise une sanction.
- L'enfant n'est pas capable de critiquer son vécu, ni l'assise plus ou moins réelle des menaces, il peut tout croire, et ne plus croire quiconque.
- Le silence s'établit par affaiblissement de son Moi : comment dans ces circonstances, une révélation volontaire peut-elle intervenir ?
- Le silence de l'enfant est acheté : par des promesses, ou des offres de certains jouets ou plaisirs de son âge.

4.2 Les effets du silence.

Le silence isole de plus en plus la victime, et aggrave par la durée, l'impact traumatique et ses conséquences.

Il permet aux abus de se reproduire et va déterminer le « **syndrome d'accommodation sexuel** » qui risque d'amener à une non-crédibilité de la révélation, puis à la rétraction des aveux.

Le silence engendre le silence.

Il peut passer pour une complicité, voire une implication séductrice de l'enfant.

Le silence est un cercle vicieux autodestructeur.

5. CONSEQUENCES CLINIQUES des abus sexuels sur les enfants

Tous les auteurs ont décrit trois signes constants chez les enfants sexuellement abusés :

- **Perte de l'estime de soi**
- **Dévalorisation de sa propre image**
- **Anxiété**

5.1 Manifestation à court et moyen terme

5.1.1 Les facteurs traumatiques internes

Les facteurs traumatiques internes sont les facteurs qui altèrent les perceptions et les émotions concernant l'environnement et qui créent un traumatisme par distorsion de l'image propre qu'à l'enfant de lui-même, de sa vision du monde et de ses capacités affectives.

On retrouve ainsi (26) :

- La sexualisation traumatique : certaines sensations et émotions de l'enfant donnent lieu à des comportements inadaptés : attitudes séductrices exagérées, une agressivité sexuelle, une masturbation compulsive, des jeux répétés à tonalité sexuelle.
- Défaillance de l'image parentale : l'enfant victime se sent trahi dans la confiance qu'il porte aux adultes. L'abuseur entraînant, par lui-même, et par ses actes, des sentiments de souillure, de honte et d'anormalité. L'enfant devient méfiant vis à vis des adultes, irritable, agressif, s'instaure un syndrome dépressif et un risque de passage à l'acte.

L'impossibilité de comprendre et de gérer le vécu entraîne toute une série de comportements. Ces comportements ne seront que des tentatives de maîtrise de l'angoisse et de réaménagement psychique qui auront pour but de mieux vivre au quotidien le traumatisme.

On retrouve : le repli, les phobies, les cauchemars, l'hypervigilance, les somatisations (abdominales et digestives), les conduites régressives avec reprise de l'énurésie.

Par ailleurs, l'enfant est soumis à un mode de communication particulier ; souvent le père est double : double langage induisant un double lien avec son enfant.

Dans ce contexte, la mère paraît avoir un rôle sécurisant, alors que souvent elle sait et ne protège pas. Cette ambivalence aboutit à des sentiments paradoxaux que ressent l'enfant sans parvenir à les identifier : les émotions sont floues et structurantes.

La fixation de l'événement, dans le psychisme, est responsable d'une blessure narcissique, mais aussi de dévalorisation de soi.

L'enfant éprouve honte et culpabilité, ainsi qu'un sentiment intense de faute, ravivé par le fait qu'il s'est laissé envahir par ses pulsions incontrôlées, matérialisées par l'acte.

Les signes de la perte d'estime de soi sont d'ordre dépressif, avec entre autre, idées suicidaires et comportements autodestructeurs.

5.1.2 Facteurs traumatiques externes.

Ils sont liés aux répercussions familiales et sociales de l'événement.

- La solitude : conséquence du traumatisme au sein d'une famille

- Le silence :

Le silence est imposé par des menaces : Goldwin (1985) en rapporte cinq types :

Les cinq types de silence selon Goldwin :

- Les menaces sur la vie de l'enfant.
 - Les menaces sur son corps (violences).
 - Les menaces sur la sécurité de ses figures d'attachement : les parents, ou l'autre parent.
 - Les menaces qui dévalorisent l'enfant si fortement que la révélation lui deviendrait insupportable.
 - Les menaces qui exacerbent les craintes et les frayeurs afin de le paralyser dans sa sensation d'anormalité et d'isolement.
- Les interventions sociales au sein de la famille, ont parfois des effets dévastateurs, surtout lorsque les forces de l'ordre interviennent, ainsi que lorsque l'abus est traité au pénal.
- La dislocation du couple parental. Chaque parent, avec ses attitudes d'accusations mutuelles, de charge de l'un contre l'autre, ou d'auto-justification, auront pour effet l'exclusion de l'un et la justification au regard des tiers de l'action de l'autre.

Cet ensemble d'événements aggravera incontestablement le sentiment de solitude, de vécu anormal, et d'insécurité chez l'enfant.

5.1.3 Le PTSD, *post traumatic stress disorder* (27)

Définition selon la DSM III-R, il s'agit d'une triade qui associe :

- la ré expérimentation morbide, cauchemars, flash-back, craintes de lieux, de personnes ou de toutes choses rappelant ou symbolisant le traumatisme
- le comportement d'évitement, englobant les phobies, le mutisme, les amnésies lacunaires, les troubles de l'attention...
- un état d'hyper éveil anxieux : troubles de l'endormissement, troubles de l'humeur, du comportement, anxiété ou perturbations physiologiques

5.1.4 Le syndrome d'adaptation

Il s'agit d'une *compréhension diachronique* des traumatismes vécus par l'enfant abusé (27).

Cinq phases sont identifiées :

- 1. La non-révélation, ou le secret gardé. Le silence imposé par la terreur est aussi source de sécurité pour la victime et sa famille. La victime elle-même se sent investie sur un mode coupable « du pouvoir » qu'elle a sur sa propre survie ou sa propre destruction, ainsi que sur celle de sa famille...
- 2. Le sentiment d'impuissance lié à la dépendance de la victime à l'égard de ses parents.
- 3. La prise au piège. L'enfant parvient à vivre avec son agresseur qu'en tentant de donner une image satisfaisante de lui-même et de son abuseur.

Ceci se réalise, par un déni du vécu traumatique et une idéalisation du parent coupable, parfois au prix d'une introjection de ses aspects négatifs.

On retrouve une distorsion de la réalité qui entraîne des attitudes ambivalentes : attachement paradoxal à l'abuseur (avec cependant, des manifestations anxieuses) affects excessifs, voire dysthymiques.

Le risque est dans la chronicisation de ces mécanismes de défense qui participent à la construction psychique d'un enfant ne faisant plus confiance à ses propres sensations.

Dès lors, remettre en cause ses attitudes, confronterait la victime à une telle angoisse qu'on ne peut quasiment pas l'envisager avant l'âge adulte.

- 4. La révélation tardive n'est pas convaincante. Surtout parce que la consistance sociale d'un adulte, apparemment sans histoire, prévaut largement sur les allégations floues et ambivalentes d'un enfant dont les réactions peuvent sembler déroutantes.

Deux cas de figure particuliers chez les adolescents :

- Les allégations de l'adolescent surviennent de manières impulsives, non réfléchies. Cela est au premier moment bénéfique : la révélation est un choix, un acte de survie. Ceci se passe souvent dans un contexte d'agressivité dans un cadre délinquant ou marginal, la personnalité est désorganisée.
 - Dans le deuxième cas, c'est l'inverse : l'adolescent est trop bien adapté à son rôle de victime « consentante » (sous la menace vitale) ou bien, a pu trouver une source d'équilibre hors de son problème. Son attitude soumise, ou trop bien adaptée, fait là aussi que la révélation a moins de chance d'être prise au sérieux.
- 5. La rétraction des aveux est le risque majeur, celui-ci est d'autant plus important que l'enfant n'est pas immédiatement assisté dès la révélation. La rétraction permet de préserver la quiétude de l'entourage, et du cadre social : les révélations ont déclenché de telles réactions vis-à-vis des tiers que leur rétraction est immédiatement vue, voire interprétée, comme un retour à une attitude normale et responsable. Selon certains auteurs, comme Lampoo et Eychenne « il existe un bien plus grand nombre de fausses retractions que de fausses allégations ».

5.2 Les manifestations à long terme

Toutes les manifestations d'ordre psychiatrique peuvent se rencontrer :

- La décompensation dépressive.
En France, certains auteurs comme Veyrat et Le Fort (1993), placent ce syndrome en tête de tous les autres motifs de consultation chez les patients ayant été abusés dans leur enfance (dans l'ordre suivent : les tentatives de suicide, les troubles alimentaires, sexuels, puis les « crises »).
- Le risque de suicide : significativement plus élevé que dans la population générale.
- La diminution de l'estime sexuelle de soi, phobie, dyspareunie...
On retrouve aussi des signes de séduction sexuelle non appropriée pouvant conduire à une forme de prostitution.
Chez les hommes, l'identité sexuelle peut être perturbée, aboutissant à une homosexualité (étude de Gauthier-Hamon en 1987), quatre fois plus élevée que dans la population générale (Finkelhor, 1984).
- D'autre part, cela s'adresse plus à la population féminine, les fillettes victimes ont plus de risque de l'être à nouveau à l'âge adulte, à cause de la fragilité de leurs défenses vis-à-vis des sévices sexuels.
- Les conduites anti-sociales : notamment la délinquance, l'appartenance à des groupes marginaux.
- Agressivité et comportements criminels.

- La prise de drogue, est considérée avant tout comme une automédication en relation directe avec la résurgence des affects liés au traumatisme lui-même.

Le choix même du toxique n'est pas lié au hasard : drogues stimulantes ou drogues anesthésiantes.

Dans le premier cas, cela permet une reviviscence des émotions avec peut-être un retour fasciné à un épisode morbide ou la souffrance n'était pas encore intégrée ou ressentie comme telle.

Dans le deuxième cas, les drogues anesthésiantes provoquent une censure momentanée.

- Les troubles des conduites alimentaires.

Le nombre de personnes dans la population générale souffrant de troubles psychologiques à expression alimentaire, néanmoins ne peut être comparé à l'incidence supposée des abus sexuels.

Mais il est important de garder à l'esprit cette possibilité étiologique.

- L'anxiété pathologique (angoisse, phobie...)

Ce moment n'est pas déterminé par le temps et peut apparaître par exemple lorsque la victime apprend que le coupable n'a pas été déclaré tel par les juges ; ou à l'occasion de sa propre construction familiale, quand elle se retrouve en tant qu'adulte ou parent, à la place de son « bourreau ».

6. Quelques facteurs pronostics.

6.1 Facteurs pronostics positifs (2)

- Au moment de l'abus, la famille est unie.
- Abus unique.
- Abus s'intégrant dans une famille affective sans violence.
- Enfant ayant une certaine maturité et connaissance sexuelle.
- Abus extra-familial.
- Milieu ayant une capacité d'écoute permettant la révélation.
- Lorsque la révélation reste un secret médiatique absolu.
- Prise en charge rapide.
- Existence d'une équipe spécialisée et d'un milieu adapté.
- Ecoute, examen et prise en charge regroupée dès la révélation, en un temps très court.
- Soutien du milieu familial.
- Maintien dans le cadre de vie en l'absence de l'agresseur désigné dans un premier temps.
- Déposition assistée devant le juge pour enfants.
- Connaissance du devenir de l'accusé s'il est reconnu coupable ou s'il est extérieur à la famille.

6.2 Facteurs pronostics négatifs (2)

- Problèmes familiaux précédant l'abus.
- Abus répétés sur une longue période.
- Abus commis avec l'aide de la force ou de menaces violentes.
- Enfant en bas âge.
- Abus intra-familial, particulièrement abus commis par le père naturel, intensité des menaces vécues par l'enfant.
- Milieu isolé, peu riche en révélation, ne permettant pas la révélation.
- Mesures générales manquant de discrétion, mise au courant de l'entourage voire des médias.
- Révélations, non prises en charge, et non crues entraînant la rétractation.
- Multitude des intervenants, non-coordination de la prise en charge.
- Etalement dans le temps des décisions, aboutissant à un enlèvement et un oubli de la santé psychique de la victime, multiplication des examens physiques de la victime.
- Enfant déconsidéré et non aidé dans sa famille.
- Retrait de l'école, voire du cadre de vie, retour de l'abuseur désigné au domicile de l'enfant dans le moment de la révélation.
- Comparution, comme plaignant, ou témoin à charge, devant la Cours pénale.

III / Diagnostic et prise en charge des sévices sexuels à enfants

Tout médecin au cours de sa vie professionnelle, en particulier pédiatres, médecins généralistes et pédopsychiatres, doit au cours de sa formation apprendre à reconnaître des signes évocateurs de sévices sexuels. Tout professionnel ou toute personne en contact avec des enfants peut-être concernée par une révélation d'abus sexuels.

L'enfant choisit son interlocuteur quand il a décidé de parler. Ce peut-être un jeune de son âge, ou un adulte de confiance dans son milieu de vie familial : école, famille d'accueil, centre de loisirs.

La reconnaissance d'un abus sexuel est beaucoup moins le fait du médecin que dans les cas de mauvais traitements physiques ou de situations de carences et de négligences car les lésions physiques ne sont pas toujours présentes. L'enfant peut-être amené chez le médecin, à l'hôpital à la suite d'un viol ou d'une agression sexuelle ou parce-qu'il a révélé une situation incestueuse.

L'examen de l'enfant nécessite une compétence particulière et une certaine habitude. Il est donc confié de plus en plus souvent à des unités médico-judiciaires.

1. Le dépistage

1.1 Le médecin de famille

1.1.1 Dépistage et signalement

Le médecin de famille joue un rôle primordial pour la détection de la maltraitance à enfant. Il intervient à domicile et peut percevoir rapidement un dysfonctionnement familial. De plus, il présente parfois la seule ouverture de la famille vers l'extérieur, notamment quand l'enfant n'est pas scolarisé. (23)

Le diagnostic de sévices à enfants est d'autant plus difficile à poser que :

- La famille change souvent de médecin traitant ou fait appel au médecin de garde.
- Le médecin connaît bien la famille et n'imagine pas qu'elle puisse être maltraitante.
- La consultation a lieu en présence de l'un des parents, il est donc difficile de s'adresser directement à l'enfant.

Le médecin traitant est parfois le seul à pouvoir reconstituer l'histoire chaotique de la famille : faits répétés, traumatismes dans la fratrie, hospitalisations dans différents hôpitaux.

Bien qu'il soit le plus apte à dépister un enfant maltraité, le pourcentage des cas qu'il signale reste très faible. Les raisons invoquées pour ne pas se porter « dénonciateur » sont diverses :

- Crainte de déclencher un processus judiciaire explosif, difficilement réversible.

- Refus de signaler tant que le diagnostic n'est pas certain, crainte de se tromper et d'être lui-même impliqué dans un procès.
- Tentative de résoudre seul le problème avec la famille.
- Crainte de voir la famille, voire tout le quartier, changer de médecin.
- Mécontentement à l'égard des services sociaux (absence de retour des informations).
- Méconnaissance de procédures de signalements.
- Refus de signaler si l'agresseur n'est pas identifié.
- Le secret médical (mais qui n'a plus cours s'il s'agit d'abus sexuels sur mineurs).

Dans ces situations difficiles, le médecin qui doute doit savoir ne pas rester isolé et faire appel à d'autres confrères (médecins de la PMI, médecins référents pour la maltraitance, pédopsychiatres, médecins légistes) pour confronter leur point de vue et décider de la meilleure stratégie pour l'enfant.

1.1.2 Examen clinique et prélèvements au cabinet

Le médecin traitant peut être sollicité par la famille de la victime ou requis par la police pour délivrer un certificat médical.

La circulaire ministérielle du 27 mai 1997 incite fortement tout médecin à effectuer une formation afin d'être «capable d'accueillir et de prendre en charge une victime de violence de quelque nature que se soit »

Cela correspond à la nécessité d'effectuer des constatations détaillées et des prélèvements en urgence, dans la ville où a eu lieu l'agression ou la ville de domiciliation de la victime, en attendant une éventuelle expertise. Le délai peut être long entre la révélation des faits et la judiciarisation avec désignation d'un expert par le Procureur de la République ou le juge d'instruction.

Cela pose évidemment un problème de formation, mais une des missions imposées au pôle de protection des victimes d'abus sexuels est de former du personnel médical et para médical.

1.2 Le médecin hospitalier

L'hôpital tient une place essentielle dans la prise en charge des enfants victimes d'abus sexuels.

1.2.1 Les services d'urgences pédiatriques

Ces services sont accessibles à tous les enfants 24 heures sur 24 heures. Ils sont souvent un lieu de « passage » quasi obligatoire pour un enfant victime de maltraitance. C'est pourquoi, il est important que le personnel soit sensibilisé à ces problèmes. Un médecin de garde doit savoir évoquer le diagnostic de mauvais traitements et imposer une hospitalisation pour des motifs qui ne la justifie pas toujours.

1.2.2 Les services de pédiatrie

Lorsque l'enfant est hospitalisé, cela permet un temps d'observation puis de diagnostic, aboutissant à une prise de décision après évaluation pluridisciplinaire (pédiatres, psychologues, pédopsychiatres, gynécologues, légistes).

1.2.3 Pôle régional d'accueil et de prise en charge des victimes d'abus sexuels

Dans des situations moins urgentes, des consultations sont possibles dans des pôles régionaux d'accueil et de prise en charge des victimes d'abus sexuels.

Selon la **circulaire ministérielle DGS /DH n° 97/380 du 27/05/1997** relative aux dispositifs d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles, il est demandé à chaque préfet de région ainsi qu'aux directeurs d'agence régionale d'hospitalisation : la création des Centres régionaux d'Accueil et de traitement médico-psychologiques des Victimes d'Abus Sexuels (C.A.V.A.S).

La circulaire DGS/DH n° 2000/399 du 13/07/2000 étend aux mineurs victimes de toute forme de maltraitance les dispositions de la circulaire du 27/05/1997.

Ces centres d'accueil proposent : une information socio-juridique, une préparation psychologique de l'enfant à l'examen, ainsi que la réalisation de prélèvements, un soutien et une évaluation psychologique, ce sont aussi des centres d'expertises.

« les unités médico-judiciaires ne sont pas un simple lieu de constat médico-légal, mais aussi un lieu d'évaluation du traumatisme et d'une prise en charge de l'enfant, de l'adolescent et éventuellement de ses parents au niveau aussi bien psychologique que social et judiciaire ».

1.2.4 La maternité

C'est un endroit d'observation privilégié des situations à haut risque, cela permet ainsi des actions préventives .

1.2.5 Les services de pédopsychiatrie

Ils jouent un rôle important dans un contexte d'abus sexuels :

- Un rôle de **prévention** : prise en charge d'enfants présentant des troubles psychopathologiques et prévention des troubles de l'interaction parents - enfants.
- Un rôle de **dépistage** : c'est souvent au cours d'une hospitalisation pour un autre symptôme (dépression, tentative de suicide) ou lors d'une consultation en PMI, que sont révélés des antécédents d'abus sexuels.
- Un rôle **thérapeutique** : prise en charge de la souffrance psychologique de la victime.
- Un rôle **d'expertise** : évaluation de la crédibilité et des conséquences psychologiques de la victime (afin de déterminer le préjudice moral).

1.3 Les médecins acteurs de la certification de la maltraitance

1.3.1 Le médecin légiste

Il intervient en coordination avec l'équipe hospitalière qui prend en charge l'enfant. Auxiliaire de justice, il a rôle de conseiller et de médecin tiers auprès de professionnels de santé. Il assure les examens médicaux légaux sur réquisition de la police ou du parquet, sur ordonnance du juge d'instruction, pour l'évaluation du préjudice corporel et de ses conséquences médicales.

1.3.2 Le médecin expert

Il est également auxiliaire de justice et il figure sur une liste établie tout les ans. L'expert est qualifié pour une discipline et pour une cours d'appel déterminée. Il peut recevoir une mission, sous forme d'une ordonnance d'un juge. Il doit répondre à toutes les questions figurant sur la mission et se limiter strictement à celles-ci.

1.3.3 Le médecin requis

Tout médecin peut être requis par les autorités judiciaires (gendarmerie, police, parquet) aux fins d'examiner un enfant et de remettre un rapport médical. Le médecin doit exiger une réquisition écrite pour pouvoir remettre, à l'autorité requérante exclusivement, son rapport médical avec son mémoire de frais.

Toutefois « *un médecin doit refuser de déférer à une réquisition concernant l'un de ses patients* » (article 105 du nouveau code de déontologie médicale). Dans les autres cas, le médecin est tenu de déférer à la réquisition sous peine de contravention (article R.30 du Code Pénal).

Le rapport médical doit mentionner :

- L'identité du médecin requis et sa qualité.
- Le texte précis de la mission.
- La qualité du requérant et la date précise de la mission.
- La date, l'heure, et le lieu de l'examen.
- Les déclarations de la personne examinée.
- Les données de l'examen médical, qui devront être détaillées et précisées, au besoin avec schéma et photos.
- Une discussion reprenant l'examen médical et répondant précisément à la mission confiée.
- La durée de l'incapacité de travail au sens du code pénal (période durant laquelle l'enfant n'a pu se livrer à ses activités habituelles).

1.4 L'éducation nationale

L'école étant obligatoire jusqu'à 16 ans, ce lieu de vie obligatoire pour les enfants devient une des sources principales de signalement.

Depuis la loi du 6 mars 2000, relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance, le rôle de l'école a été renforcé dans la prévention et la détection des faits de mauvais traitements à enfants.

Faisant suite à une proposition du Parlement des enfants en date du 5 juin 1999, elle vise à faciliter la détection dans les établissements scolaires, lors des visites médicales, des cas de maltraitance. Elle prévoit dans l'emploi du temps des élèves des écoles, collèges et lycées au moins une séance annuelle d'information et de sensibilisation. Cette séance devra être organisée par le chef d'établissement en association avec les familles, le personnel, les services publics, les collectivités locales et les associations de protection de l'enfance.

L'enseignant

Observateur privilégié non seulement des signes de violences physiques, mais surtout des troubles du comportement de l'enfant. En cas de doute il doit informer le directeur et l'assistante sociale de l'établissement scolaire. La difficulté est de ne pas déclencher une procédure injustifiée, déstabilisatrice pour la famille.

Le médecin scolaire

Il participe à la mise en place de programmes de prévention sur la maltraitance et les violences sexuelles, en partenariat avec les enseignants, les représentants des parents d'élèves et les associations. Ainsi des programmes de prévention des abus sexuels avec un support vidéo ont été développés pour les enfants de 6 à 12 ans.

Son action de dépistage et de signalement est limitée, en effet les visites médicales systématiques n'ont lieu qu'à certaines étapes de la scolarité. Par ailleurs, les médecins scolaires sont peu nombreux par rapport au nombre d'élèves et ils disposent de peu de temps pour avoir un réel contact avec l'enfant, et repérer d'éventuels problèmes psychologiques.

L'infirmière scolaire

Elle a un rôle plus actif dans le dépistage : les enfants et les adolescents qui vont mal viennent spontanément à l'infirmerie pour des symptômes divers.

Les jeunes qui fréquentent l'infirmerie scolaire et qui ont fait une tentative de suicide présentent plus souvent des antécédents de violences sexuelles que leurs condisciples. (17)

Les observations rapportées par le ministère de l'Education nationale en octobre 2001 montrent que 12% des filles et 3% des garçons qui consultent à l'infirmerie disent avoir été victimes de violences sexuelles (en majorité de nature incestueuse), ces chiffres s'élèvent à 23% lorsque l'on étudie les jeunes ayant fait une tentative de suicide.

1.5 Les associations

Le secteur associatif joue un rôle important dans la sensibilisation du public aux problèmes de la maltraitance. Ces associations ont des moyens divers. Certaines sont financées par l'état et d'autres par les collectivités locales.

Exemples : Enfance et Partage, La Voix de L'enfant, La CEMA (cellule enfance maltraitée accueil).

1.6 Un service d'accueil téléphonique

Le **119** (trois chiffres, donc plus facile à mémoriser) est le numéro du Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée (S.N.A.T.E.M).

Il n'apparaît pas sur les factures, ce qui protège l'anonymat des enfants.

Ce numéro existe depuis la loi du 10 juillet 1989, il répond à tout moment, aux demandes d'information ou de conseil concernant les situations de mineurs maltraités ou présumés l'être. Il transmet immédiatement au Président du Conseil Général les informations qu'il recueille. Ce service établit une étude épidémiologique annuelle au vue des informations qu'il a recueillies et de celles qui lui ont été transmises.

En 10 ans, 260 000 enfants ont été aidés par le S.N.A.T.E.M.

1.7 Le Défenseur des Mineurs

La loi du 6 mars 2000 a également institué un défenseur des mineurs. Autorité indépendante chargée de défendre et de promouvoir les droits de l'enfant, il est nommé pour une durée non renouvelable de six ans, par décret au conseil des ministres.

C'est actuellement Madame Claire Brisset, depuis le 4 mai 2000.

Il reçoit des réclamations d'enfants, de leurs représentants légaux et d'associations mettant en cause une personne privée ou publique qui n'a pas respecté les droits de l'enfant.

- Si c'est une personne publique, le défenseur des enfants transmet la réclamation au médiateur de la République.
- Si c'est une personne privée, il fait toutes les recommandations pour régler les difficultés.

Il peut faire des propositions visant à modifier le droit ; il organise des actions d'informations, il porte à la connaissance de l'autorité judiciaire, les affaires susceptibles de la concerner. Il présente lors de la journée nationale des droits de l'enfant, au Président de la République, un rapport d'activité.

2 Examen psychologique

L'écoute, l'observation et la recherche d'informations sont fondamentales.

Tout est utile à connaître à travers le dialogue : cadre de vie, habitudes de l'enfant, niveau scolaire, ses centres d'intérêt, la vie de la famille, histoire et habitudes de chacun, tout ceci dans le cadre de la recherche de facteurs de risque. (36 ; 37)

L'enfant présente des perturbations relationnelles que le médecin peut constater, et qui doivent l'alerter, surtout lorsqu'il s'agit d'abus sexuels intra familiaux (38 ; 39) :

- Anxiété assez forte de l'enfant sans cause apparente, en présence du parent, tendant à diminuer lorsqu'il est vu seul ensuite.
- Attitude hyper protectrice du, voire des parents.
- Préférence plus marquée du petit à trouver du réconfort ou du plaisir auprès du médecin ou de l'infirmière, alors que les parents sont là.
- Sa résistance forte à l'examen génital, plus marquée que de coutume.
- Une passivité inattendue dans toutes les démarches le concernant.

L'observation peut-être réalisée en présence et en absence des parents, selon le cas.

Suivant l'âge on peut repérer plusieurs signes (37 ; 38) :

- en âge préscolaire :

- troubles du sommeil
- irritabilité
- problème d'alimentation
- altération des niveaux d'activité
- manifestations agressives excessives
- hyperactivité

- **l'enfant scolarisé** : ce sont plutôt des changements récents dans les attitudes :
 - réticence à se rendre à un endroit particulier
 - répugnance à côtoyer certaines personnes, méfiance récente
 - recherche récente de solitude, tendance au repli
 - brusque arrêt de ses jeux, avec tristesse, malaise et anxiété
 - phobie soudaine pour certains lieux, avec demande forte de propos rassurants (au coucher ou en entrant dans certaines pièces)
 - troubles dans la scolarité avec stagnation
 - troubles relationnels allant de l'isolement à la recherche d'une présence plus constante
 - crainte récente de se déshabiller en public (piscine, médecin...)
 - troubles affectifs : expression exagérée de l'affection, jusqu'aux baisers multipliés, voire certains comportements ressentis comme séducteurs (citons la masturbation compulsive chez le petit enfant)
 - brusque intérêt pour les parties génitales des gens et des animaux, pouvant parfois se traduire par des dessins évocateurs comprenant des détails d'ordre sexuel
 - plaintes somatiques récentes diverses, anorganiques, dont les *maux de ventres*, surtout chez les fillettes
 - dans le sommeil : cauchemars, terreurs nocturnes et reprises de l'énurésie

Pour pouvoir dialoguer avec l'enfant, il doit être réconforté, et rassuré, ceci dans un environnement sécurisant. Le médecin doit avoir comme souci de recueillir avec le plus d'exactitude et de précision les révélations de l'enfant. Il doit se garder de suggérer ces propos, de les interpréter et encore moins d'émettre un jugement sur ces révélations. L'écoute doit être la plus neutre possible. (39)

L'entretien avec l'enfant doit faire préciser les circonstances exactes de l'agression : date, heure, lieu, circonstances de l'agression, type de menace, type de violence. Le langage est bien évidemment adapté à l'âge de la victime.

Dans certaines équipes, les médecins utilisent lors de l'interrogatoire des poupées sexuées, l'enfant peut jouer avec elles au fil de l'interrogatoire. (40)

3.Examen clinique proprement dit.

L'examen doit être complet, qu'il soit dans les suites ou à distance des faits, l'examen doit également rechercher toutes lésions organiques et fractures (syndrome de Silverman), en effet 20 à 30% des enfants battus sont victimes d'abus sexuels (35). D'où la règle de rechercher des stigmates d'agression sexuelle sur tout enfant battu et vice et versa. (41)

Quand ?

La précocité de l'examen est nettement corrélée à la mise en évidence des lésions. C'est pourquoi, il doit avoir lieu le plus rapidement possible après l'agression. Le plus souvent, le faits sont révélés quelques semaines, voire quelques mois ou quelques années après, ce qui rend le diagnostic d'abus difficile à poser.

Rarement, le premier examen médical est effectué dans les suites immédiates du viol. L'enfant est amené soit par ses parents, soit sur réquisition de la police.

Suites immédiates de l'agression

L'examen clinique complet s'impose, cela permet de rassurer l'enfant ou l'adolescent, et également de rechercher des traces de violence (griffures, contusions, hématomes, morsures), l'examen des vêtements fait aussi partie de l'examen clinique, on peut repérer d'éventuels saignements, voire des sécrétions suspectes, le médecin peut réaliser des prélèvements, constater des lésions récentes, prévenir une grossesse et des maladies sexuellement transmissibles (41).

Par ordre de fréquence (Herbert ,1987) on retrouve à l'interrogatoire :

- dans 31 % des cas, pas de signes
- dans 10% des cas des douleurs abdominales

- dans 6% des cas des irritations ou douleurs vulvaires, puis viennent : problèmes intestinaux, dysurie, mal au derrière, problèmes génitaux et anaux...

A distance des faits

Le plus souvent, l'examen est demandé à distance des faits, en raison d'une dénonciation ou de circonstances ayant provoqué l'aveu (grossesse, par exemple). On recherche alors des signes de défloration ancienne, voire de rapports anciens et répétés (absence d'hymen et souplesse vaginale inhabituelle). (41)

Condition de l'examen

L'enfant ou l'adolescent doit toujours être examiné en présence d'un tiers, si possible quelqu'un de familial s'il s'agit d'un petit enfant. En effet, à titre médico-légale, cette tierce personne peut témoigner du bon déroulement de l'examen. (40)

L'examen des organes génitaux peut être vécu par l'enfant ou l'adolescent comme une agression supplémentaire. C'est pourquoi, il doit être précédé d'explications et commenté. Il sera modulé en fonction du contexte de l'agression, de l'âge de l'enfant, des découvertes de l'examen, et de la date de ce dernier par rapport aux faits. (42)

3.1 Examen de la fille

Il s'agit souvent du premier examen gynécologique.

- Chez la petite fille pré-pubère : une simple inspection suffit généralement et sera réalisée en position dite « de la grenouille », c'est à dire, en décubitus dorsal, jambes repliées, genoux tournés vers l'extérieur, talons collés l'un contre l'autre, près des fesses.

On examine successivement les cuisses, le pubis, les grandes et petites lèvres, le clitoris, l'urètre, l'hymen et la fourchette postérieure.

Chez la petite fille, l'exposition de l'hymen se fera par la séparation et la traction des grandes lèvres.

En cas de difficulté à examiner l'enfant en position « de la grenouille », on pourra essayer la position gèneu-pectorale.

- Chez la petite fille pubère : la vulve est remaniée sous l'effet d'une forte imprégnation hormonale et la technique sus-citée est souvent insuffisante pour visualiser le bord libre de l'hymen. Dans ce cas, l'utilisation d'une sonde de Foley peut permettre l'exposition sans traumatisme du bord libre de l'hymen. (43).

Pour l'adolescente le spéculum n'est utilisé que chez les adolescente ayant déjà eu des rapports sexuels. L'examen se fait dans ce cas en position gynécologique.

Ce qu'on recherche à l'examen clinique : (44 ;45)

- des lésions traumatiques de la vulve : œdèmes, ecchymoses, ulcérations, plaies, lésions d'irritation ou cicatricielles.

- symptômes évoquant une maladie sexuellement transmissible : écoulement purulent (des prélèvements sont nécessaires), à noter qu'une sécrétion vaginale chez la fillette impubère est toujours pathologique, vésicules, ulcérations.

- l'intégrité de l'hymen, il faut se référer aux documents iconographiques au moindre doute (à noter qu'une grossesse peut survenir sans rupture de l'hymen).

- des lésions au niveau du col, de la paroi vaginale.

Devant une anomalie à l'examen les principaux diagnostics différentiels à évoquer sont (46) : un lichen scléreux, un traumatisme, une infection, et rarement, un prolapsus urétéral.

3.2 Examen du garçon

Chez le garçon on étudie le prépuce, le frein de la verge, le gland, l'orifice urétral, la verge et le scrotum à la recherche de plaies, d'ecchymoses, de traces de liens, de lésions évoquant une maladie sexuellement transmissible : vésicules, écoulements purulents, crêtes de coq.

3.3 Examen des deux sexes

Examen de l'anus, cet examen est systématique. En effet l'abus sexuel comprend les actes de sodomie. La position idéale pour examiner cette région est la position genu-pectorale. S'il y a réticence de l'enfant à prendre cette attitude, on peut utiliser la position de décubitus latéral.

A l'inspection

L'inspection simple permet de rechercher des lésions visibles ou des signes de MST (condylomes péri-anaux).

Il faut apprendre à évaluer la tonicité du sphincter anal pour déceler une hypotonie qui est parfois évidente dès l'inspection (anus béant), mais qui n'a de valeur qu'en dehors de toute constipation chronique. (41)

Le toucher rectal

Il est rarement effectué car il peut être traumatisant pour l'enfant par le rappel de certains actes d'abus sexuels. Il est donc effectué en cas de diminution de la tonicité anale. L'anuscopie n'est pas systématique, elle permet les éventuels prélèvements (sperme) et peut mettre en évidence d'éventuelles lésions endo-rectales.

Autres signes cliniques

La peau et les tissus mous sont souvent lésés, car très exposés, ils constituent une atteinte facilement identifiable. Les lésions les plus fréquentes sont : les ecchymoses, les hématomes multiples et disséminés, les morsures, griffures et brûlures. Ces lésions sont souvent associées et bien délimitées, et peuvent reproduire la forme d'un objet contondant.

Leurs localisations sont électives : lombes, joues, cuir chevelu, parie couvertes, voire suggestives : sillons circulaires aux poignets et aux chevilles liés à une contention par liens, par exemple.

Il est important de ne pas confondre des lésions cutanées liées à des sévices avec une dermatose autonome ou avec une localisation cutanée de pathologies systémiques (46 ;47).

L'examen buccal doit être systématique, en effet l'extrémité céphalique est atteinte dans 15% des sévices sexuels (48). Cela concerne essentiellement des traumatismes buccaux.

Aidé par un bon éclairage, cet examen peut révéler des traumatismes récents ou anciens : lésions du voile du palais, du frein et de la langue, des lèvres, des dents ou de la muqueuse jugale qui peuvent être la conséquence d'une fellation, de violences physiques ou de négligences.

4.Examens complémentaires

4.1 Recherche de sperme

Elle est impérative en cas d'agression récente (moins de 72 heures) avec pénétration sexuelle, la découverte de sperme étant la seule preuve absolue d'un contact sexuel récent. (49)

Même en l'absence de lésions physiques, les prélèvements seront effectués dans tous les sites susceptibles de contenir du sperme.

On pratique un écouvillonnage et un étalement sur lame sans lamelle, ni fixateur.

On doit conserver les écouvillons dans leur gaine avec 1 ml de sérum physiologique (pour étalement frais au laboratoire).

Au titre des prélèvements conservatoires, des écouvillons supplémentaires ainsi que 2 tubes de sang de la victime (prélèvement sur EDTA) doivent être congelés (-20°C) et gardés à la disposition des autorités judiciaires.

4.2 Prélèvements bactériologiques et mycologiques

En cas de signes locaux évocateurs d'une infection retrouvée à l'examen, on réalise des prélèvements par écouvillonnage de :

- chlamydiae trachomatis (qui sont les infections les plus fréquentes, retrouvées chez 4 à 17% des enfants abusés)
- neisseria gonnorrhea
- infections moins spécifiques : streptocoque hémolytique du groupe B, staphylocoque ...
- recherche de candida

4.3 Sérologies

Test de dépistages impérativement renouvelés à 1 et 3 mois en cas de contacts oraux, anaux ou génitaux.

- TPHA-VDRL
- HIV
- Hépatite C
- Hépatite B, en l'absence de vaccination

En dehors de la période néonatale, la présence d'une syphilis ou d'une infection à gonocoque est spécifique d'un abus sexuel. (50)

L'existence d'une infection à chlamydiae trachomatis, trichomonas vaginalis, HSV 2, ou de condylomes acuminés est fortement évocatrice d'une histoire d'abus, mais non pathognomonique, la présence de chlamydiae par transmission materno-fœtale peut s'observer jusqu'à âge de 2 ans. (51)

4.4 Dépistage de grossesse

On réalise systématiquement un dosage de β HCG plasmatiques chez l'adolescente pubère victime d'une pénétration vaginale.

Trois cas peuvent alors se présenter :

- Résultat initial négatif avec survenue des règles à la date escomptée.
- Résultat initial négatif suivi d'un retard de règles qui imposera la réalisation d'un nouveau test.
- Résultat initial positif, qui nécessite la réalisation d'un dosage quantitatif des β HCG pour la datation de la grossesse qui permet apprécier son lien éventuel avec l'agression.

4.5 Les traitements médicaux

Si la victime adolescente pubère est vue dans les 72 heures suivant l'agression avec pénétration vaginale, il lui est proposé une pilule dite « du lendemain » :

- Lévonorgestrel (NORVELO®) : 1 comprimé puis un second 12 à 24 heures plus tard.
- Lévonorgestrel/Ethynylestradiol (TETRAGYNON®) : 2 comprimés puis de nouveau 2 comprimés 12 heures après.

En cas de pénétration vaginale, anale, mais aussi buccale certains proposent un traitement antibiotique, visant essentiellement le Chlamydiae Trachomatis (efficace aussi sur le gonocoque et la syphilis), comme la doxycycline.

Un traitement préventif pour le VIH est proposé systématiquement par certaines équipes en cas de pénétration vaginale ou anale :

AZT zidovudine (RETROVIR®) + 3TC lamivudine (EPIVIR®) + indinavir (CRIVAN®)

L'ordonnance est nominative et réalisée pour 48 heures, le temps pour l'enfant de prendre contact avec le médecin référent « VIH » pour l'hôpital.

Mais en premier lieu le traitement principal consistera en la prise en charge psychologique précoce le praticien qui voit l'enfant « en première ligne » aura donc à cœur d'adresser rapidement l'enfant à un pédopsychiatre ou à un psychologue pour une évaluation en vue d'un éventuel suivi.

Aussi, il est important de noter le rôle thérapeutique non négligeable que peut jouer la prise en charge judiciaire rapide, et la réparation qu'elle peut entraîner.

IV / L E

S I G N A L E M E N T

Définition : « le signalement est la description physique d'une personne qu'on veut faire reconnaître ».

Le signalement correspond au moment où l'abus sexuel passe de la sphère privée à la sphère publique. Il est l'acte qui formalise l'information de l'autorité judiciaire et fait basculer l'abus sexuel dans le champ de l'intervention.

Le signalement a des répercussions directes sur l'enfant et sa famille : répétitions des entretiens pour l'enfant, placement éventuel de la victime, emprisonnement de l'auteur de l'abus, éclatement de la famille.

En effet, le signalement autorise les intervenants à s'immiscer dans la vie intime de la famille.

1. Circonstances d'un signalement d'un enfant en danger.

Le signalement est l'aboutissement d'un dévoilement : la révélation, ou d'une suspicion d'abus sexuels.

La révélation : est définie par la parole de l'enfant, celle d'un tiers ou encore par le constat médical. Elle implique un signalement judiciaire.

La suspicion : est portée à partir de signes qui n'ont pas de valeur absolue (troubles du comportement, symptômes divers, configuration familiale), elle nécessite donc une évaluation.

Dans cette situation, il est important de ne pas rester seul et d'établir une concertation entre les différents professionnels gravitant autour de l'enfant : services sociaux scolaires, PMI, intervenant médico-psychologiques, services sociaux-éducatifs, travailleurs sociaux en rapport avec la famille.

Cette concertation a pour objectif d'évaluer la situation de l'enfant et elle aboutit à deux possibilités :

- L'enfant est en danger et le signalement s'impose.
- La notion de danger n'est pas au premier plan, et dans ce cas on peut se donner un temps d'observation : en rencontrant l'enfant seul, en mettant en place un suivi médico-psychologique ou éducatif en fonction des difficultés de l'enfant. Le signalement sera alors fait s'il y a refus de coopération de la famille, ou si le bilan conduit à une révélation, ou conclut à une notion de danger pour l'enfant.

2. Aspect juridique du signalement

Tout médecin, comme n'importe quel citoyen français, est soumis aux règles du Code Pénal, ainsi selon l'article 223.6 : « Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour le tiers, soit un crime, soit un délit, contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 500000 francs d'amende.

Sera puni des mêmes peines, quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril, l'assistance que, sans risque pour lui ou pour le tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. »

Cet article entraîne une **obligation d'agir**.

2.1 Secret médical et obligation de signaler

Classiquement, on oppose le secret professionnel et l'obligation de déclarer. Ces deux logiques, appuyées par des articles de loi, sont, du moins en apparence, contradictoires.

Juridiquement l'atteinte au secret professionnel est définie par l'article 226.13 du Code Pénal, celui-ci stipule que « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui est dépositaire soit par état, soit par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission à caractère temporaire, est punie d'1 an d'emprisonnement et de 100 000 francs d'amende »

Une restriction à cet article est apportée par l'article 226.14 du Code Pénal, en effet, il stipule que, l'article 226.13, n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret, ainsi, il n'est pas applicable :

- à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales, ou administratives, des sévices ou privations dont il a connaissance, et qui ont été infligées à un mineur de moins de 15 ans, ou à une personne qui n'est pas en état de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique.
- au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du Procureur de la République les sévices qu'il a constaté, dans l'exercice de sa profession, et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises.

La révélation dans ce cas ne fera pas l'objet de sanction pénale pour violation du secret professionnel.

Selon le Code de Santé Publique, relatif aux poursuites disciplinaires contre un médecin ayant dénoncé des sévices contre des enfants, **l'article 28 sexies (L.4214-6), protège le médecin contre d'éventuelles sanctions disciplinaires qui résulteraient du simple fait du signalement des sévices qu'il a constaté sur un enfant.** En revanche, les conditions dans lesquelles ce signalement est fait, peuvent relever de la procédure disciplinaire : par exemple, en cas d'affirmation non vérifiée sur l'auteur présumé ou de remise de certificat à l'un des parents et non aux autorités mentionnées par le code pénal.

De même, lorsque les poursuites pénales sont engagées contre le médecin pour violation du secret professionnel ou une toute autre infraction commise à l'occasion du signalement, l'instance disciplinaire de l'ordre des médecins, si elle est parallèlement saisie, doit suspendre le médecin jusqu'à la décision définitive de la juridiction pénale.

Ceux qui attaquent les médecins devant le conseil de l'ordre visent bien souvent à faire taire le corps médical, et à travers lui, les mineurs victimes. Cet amendement tend donc à améliorer la protection des médecins effectuant des signalements, et par conséquent, la protection des enfants.

L'obligation de révéler certains faits est définie par de nombreux articles de lois.

En particulier, le code pénal établit aux articles 434.1 et 434.3 les dénonciations d'infractions.

Elles concernent :

- **la non dénonciation du crime** : article 434.1 « Le fait, pour quiconque ayant connaissance d'un crime, dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas prévenir les autorités judiciaires ou administratives est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 300 000 francs d'amende ».

Sont exceptées des dispositions qui précèdent, sauf en ce qui concernent les crimes commis sur mineurs de 15 ans :

- Les parents en ligne directe et leurs conjoints, ainsi que les frères et sœurs et leurs conjoints, de l'auteur ou du complice du crime.
- Le conjoint de l'auteur, ou du complice du crime, ou de la personne qui vit notoirement en situation maritale avec lui.

- la non dénonciation de sévices à mineurs de 15 ans : article 434.3

« Le fait, pour quiconque ayant connaissance de mauvais traitements ou de privations infligées à un mineur de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en état de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 300 000 francs d'amende ».

Sauf lorsque la loi en dispose autrement, « sont exceptées des dispositions qui précèdent, les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226.13.

Ces articles sont importants : ils consacrent la primauté du secret professionnel : les personnes soumises au secret professionnel ne seront pas poursuivies si elles ne révèlent pas les crimes sur un mineur de 15 ans.

En résumé :

L'article 226.13 impose le secret professionnel

L'article 226.14 lève le secret médical dans le cas de violence sur mineurs et autorise le signalement

L'article 434.1 et 434.3 obligent la dénonciation des crimes et sévices sur mineurs, sauf pour les personnes soumises au secret professionnel.

L'article 223.6 entraîne une obligation d'agir, le médecin peut donc être poursuivi pour non assistance à personne en danger.

De même, le **Code Déontologie médicale** est clair :

L'article 4 dit : « le secret professionnel, institué dans l'intérêt du patient, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi ».

Les bases déontologiques rigoureuses du secret reposent sur le respect de la personne dans son intimité et sur cette nécessité.

« Il n'y a pas de soin de qualité sans confiance, de confiance sans confiance et de confiance sans secret »

Néanmoins, **l'article 10** impose le signalement à l'autorité judiciaire, de toute personne privée ou en état de dépendance et ayant subi des sévices ou des mauvais traitements.

L'article 44 précise qui plus est que « Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé, est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection » et « s'il s'agit d'un mineur de 15 ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il doit alerter les autorités judiciaires, médicales et administrative, sauf circonstances qu'il apprécie en conscience. »

Les dispositions du Code de Déontologie concernant la médecine d'expertise précisent qu'il n'y a pas de secret pour le juge, *dans les limites de la mission de l'expert*. Autrement dit, dans le cadre d'une réquisition, le médecin peut répondre aux questions qui lui sont posées, mais il n'a pas à dévoiler des données médicales dont il aurait eu connaissance au cours de sa mission mais qui sortiraient du cadre de celle-ci.

L'article 105 précise que tout médecin doit refuser une réquisition, si elle concerne l'un de ses patients. Cet article permet ainsi de respecter le secret médical dans le cadre de l'expertise.

2.2 Comment faire un signalement ?

Qui signale ?

La victime en premier lieu peut signaler, mais ce signalement est dans bien des cas tardifs, d'autant plus tardif que l'abus sexuel a lieu dans le milieu familial.

Toute personne témoin d'un abus sexuel ou ayant reçu la révélation de l'enfant doit selon la loi du 10 juillet 1989 le signaler : « quiconque ayant la connaissance d'un abus sexuel ou de maltraitance a le devoir et le droit de le faire savoir. Ce signalement peut être fait auprès du Procureur de la République, du Juge pour Enfants, ou de la Brigade des mineurs »

Les travailleurs sociaux, les professionnels de santé, les enseignants sont souvent amenés à recevoir des confidences des enfants victimes et par conséquent amenés à les signaler.

Les associations de protection de l'enfance sont très pourvoyeuses de signalements. Elles peuvent même se constituer partie civile, sans pour autant que le mineur ou son représentant légal n'ait donné son accord, si elles sont déclarées depuis plus de 5 ans et qu'elles ont pour objet la protection des mineurs.

A qui signaler ?

Le signalement

Depuis le 10 juillet 1989 et la loi n° 89487 qui décentralise au niveau départemental les actions de prévention et de protection des mineurs contre les mauvais traitements, le signalement peut se faire auprès du Président du Conseil Général ou de ses services (Aide Sociale à l'Enfance, numéro départemental de recueil des signalements, services sociaux).

Le Président du conseil général peut mettre en œuvre une évaluation de la situation dont il a été informé en proposant :

- une observation dans le cadre d'une hospitalisation, avec accord des parents et des médecins.
- une enquête sociale puis une réunion de circonscription
- une rencontre avec l'institution scolaire
- une liaison avec les services de psychiatrie
- une Observation en Milieu Ouvert (OMO), d'une durée de 3 à 6 mois.

A côté de l'évaluation proprement dite, le Président du Conseil Général peut décider de la mise en place de mesures de protection de l'enfant, de mesures éducatives ou encore de mesures d'aide familiale :

- L'accueil physique des enfants (placement) avec accord des parents.
- Aide financière pour la famille (allocations mensuelles d'aide sociale à l'enfance).
- Aide à domicile (intervention d'une travailleuse familiale qui effectue les tâches ménagères et la surveillance des enfants afin d'éviter les placements).
- Assistance Educative à domicile (AED) prononcée pour une durée de 2 ans, mesure de soutien par une équipe éducative.

Ces différentes mesures sont appliquées par les Services Départementaux d'Action Sociale, la Protection Maternelle et Infantile (PMI), et le service d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

Si la famille refuse toute ingérence de la part des services départementaux, **le Président du Conseil Général doit appliquer l'article 69 de la loi du 10 juillet 1989** qui stipule : « lorsqu'un mineur est victime de mauvais traitements ou lorsqu'il est présumé l'être et qu'il est impossible d'évaluer la situation ou que la famille refuse manifestement d'accepter l'intervention des services d'aide, le Président du Conseil Général avise sans délai l'autorité judiciaire, et le cas échéant lui fait connaître les actions déjà menées auprès du mineur et de la famille concernée ». (52)

Le signalement entraîne la mise en route d'une enquête afin de rechercher l'auteur des faits et la protection de l'enfant.

Le signalement judiciaire peut se faire à différents échelons et ce, directement par téléphone, courrier, ou en se déplaçant.

Sont aptes à recevoir la plainte afin de réaliser l'enquête :

- La Brigade des Mineurs, les Services de Police
- Les Services de Gendarmerie
- Le Procureur de la République ou son substitut

Le Procureur saisit la Brigade des Mineurs ou la Gendarmerie qui peuvent alors procéder à :

- L'audition de la victime, qui se fait en dehors de la présence de la mère ou du père ; la victime peut demander à être accompagnée par le professionnel qui a recueilli la révélation, après accord du procureur de la république.
- La réquisition d'un médecin pour faire pratiquer l'examen médical et faire rédiger le certificat.
- L'interpellation de l'auteur présumé des abus (garde à vue possible).
- L'audition de professionnel ayant reçu le dévoilement d'abus sexuels.
- La perquisition des lieux des l'abus, si nécessaire.

La protection de l'enfant est garantie et organisée par le Juge des Enfants.

Différentes mesures judiciaires peuvent être prises à la suite du signalement dans le cadre d'une procédure judiciaire.

3. La procédure judiciaire

Les résultats de la procédure sont transmis au Parquet des mineurs. Le Substitut du Procureur ayant reçu les compléments d'enquête va pouvoir :

- **en matière pénale**

- Saisir un juge d'instruction : celui-ci poursuit l'enquête et doit procéder à la mise en examen de l'abuseur, nommer des experts et entendre lui-même l'enfant. Une fois l'instruction terminée et en fonction des éléments obtenus, l'abuseur est traduit devant le tribunal correctionnel en cas de délit ou devant la cour d'assises en cas de crime.

- Saisir le tribunal correctionnel dès que le dossier est prêt à être jugé.

- « classer sans suite en l'état » (le dossier pouvant être rouvert en fonction d'éléments nouveaux).

- **En matière d'assistance éducative**

- Rédiger une Décision de Placement Provisoire (DPP) valable 6 mois (si le Juge des Enfants ne peut être saisi rapidement, par exemple les nuits ou les week-end) ;

- Saisir le Juge des Enfants :

- S'il y a urgence : il rédige une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) valable au maximum 6 mois.

- S'il n'y a pas d'urgence : il met en place une mesure d'instigation valable 6 mois (avec une enquête sociale, une expertise, une mesure d'Investigation et d'Orientation Educative ou une mesure d'Observation en Milieu Ouvert).

Par la suite, à l'audience concernant le dossier (convocation de père, de la mère, des tuteurs, des enfants), le Juge des Enfants procède au jugement qui entraîne :

- soit un placement : chez un autre parent, à l'aide sociale à l'enfance, chez un tiers digne de confiance ou dans un établissement habilité.
- soit une Assistance Educative en Milieu Ouvert (AEMO)
- soit une ordonnance de non lieu

Actuellement l'arsenal juridique répressif est étendu et couvre assez bien toutes les situations d'abus sexuels. En revanche, la procédure judiciaire n'a pas toujours facilité la vie des enfants maltraités dont les affaires passent devant les tribunaux. Le parcours judiciaire s'est parfois révélé un calvaire pour l'enfant victime. Ainsi on a pu noter quelques problèmes.

- La répétition des expertises et des interrogatoires qui s'ajoutent aux traumatismes déjà subis.
- L'absence d'accompagnement est une situation traumatisante pour l'enfant, en effet il existe encore des situations où l'enfant se retrouve seul en cour d'assises, sans avocat, devant l'adulte qu'on accuse.
- Le vide juridique devant la rétraction de l'enfant est aussi un point négatif (en Amérique du Nord les cas de rétraction de l'enfant en cours de procédure sont prévus par la loi), en effet, en France « l'enfant qui se rétracte pourrait à l'extrême être poursuivi pour dénonciation mensongère » (53 ; 54)
- Le profusion des intervenants (juge d'instruction, juge des enfants, juge des affaires familiales) sur un même dossier peut être délétère pour les intérêts de l'enfant, dans le sens où les différents intervenants ne sont pas forcément amenés à se rencontrer, ni même à savoir qu'ils ont en charge un même dossier. C'est par exemple le cas de parents en instance de divorce, vivant dans deux départements différents et contre lesquels un dossier de maltraitance est en cours d'instruction.

C'est pourquoi, pour pallier à ces difficultés, en 1996, un projet de loi du gouvernement concernant **la protection des victimes dans le domaine de la procédure pénale** a proposé certains aménagements. (53)

Article 706.52 : « seules les auditions ou confrontations de mineurs victimes qui sont nécessaires à la manifestation de la vérité devront être effectuées par le juge d'instruction afin d'éviter le traumatisme résultant d'interrogatoires répétés ».

Article 706.53 : « Les auditions des victimes d'infractions sexuelles pourront faire, l'objet, avec leur accord, d'un enregistrement audio ou vidéo, ce qui permettra de limiter les auditions ultérieures des victimes en cours de procédure ».

Article 706.54 : « Il est enfin prévu qu'au cours de ces auditions , y compris lors de l'enquête, le mineur pourra être accompagné d'une personne qualifiée, comme un éducateur ou un psychologue, le cas échéant désigné par le Juge des Enfants. Cette personne pourra soutenir moralement le mineur et éviter ainsi que les formalités de l'enquête n'aboutissent à accroître les traumatismes subis par celui-ci ».

Article 706.49 : « La victime mineure d'une infraction sexuelle devra obligatoirement faire l'objet d'une expertise médico-psychologique destinée à apprécier la nature et l'importance de son préjudice. Le Juge d'Instruction pourra toutefois, par ordonnance motivée, dire qu'il n'y a pas lieu de réaliser une telle expertise, si celle-ci risque d'aggraver le traumatisme de la victime. L'expertise aura également pour objet de préciser, le cas échéant, la nature des soins dont la victime devra faire l'objet ».

Article 706.50 : « Le Procureur de la république ou le Juge d'Instruction devront informer sans délai le juge des enfants de l'existence d'une procédure pénale concernant l'abuseur de mineurs victimes d'infractions sexuelles, si ces derniers étaient , au moment des faits, soumis à une procédure d'assistance éducative ».

Article 706.51 : « en cas d'opposition d'intérêt entre un mineur et ses représentants légaux, et même simplement lorsque les représentants légaux du mineur ne défendront pas les intérêts de celui-ci, par exemple lorsque les sévices auront été commis par le concubin ou le nouveau conjoint d'un des parents, le Juge d'Instruction devra désigner un administrateur ad hoc chargé d'exercer au nom du mineur les droits reconnus à la partie civile »

Actuellement cette désignation, qui est simplement facultative, est réservée aux cas dans lesquels les parents sont eux-mêmes poursuivis (article 87.1 du Code de procédure pénale)

V/ Le dispositif nancéen

Le modèle nancéien repose sur un accueil tripartite (médical, psychiatrique et social) de l'enfant victime et de ses parents au sein de l'Hôpital d'Enfants du C.H.U. de Nancy. Il est centré sur le service des Urgences et sur la consultation de pédopsychiatrie, avec une possibilité d'hospitalisation des enfants et de suivi en psychiatrie de liaison. Le service social a un rôle important dans ce dispositif, puisqu'il est chargé de l'accueil, du conseil et du suivi des familles et de la coordination entre les intervenants.

Ce dispositif propose que l'enfant qui se présente aux urgences au moment de la révélation d'une maltraitance (vécue récemment ou par le passé), bénéficie le même jour d'une évaluation somatique, psychologique et sociale puis d'un travail thérapeutique de crise.

Cette évaluation simultanée est l'un des piliers de la cohérence du dispositif puisque l'une des difficultés pour la majorité des victimes est d'avoir le sentiment de devoir raconter « la même chose » à plusieurs intervenants (médicaux, policiers, judiciaires) « sans liens apparents entre eux »...

Le dispositif Nancéien a donc mis l'accent sur la cohérence des interventions successives en utilisant une même unité de lieu et de temps pour l'accueil de l'enfant et de ses parents. A côté du pédopsychiatre et du pédiatre des urgences le troisième pilier du dispositif est le service social de l'hôpital d'enfants qui reçoit les parents pendant que l'enfant est examiné successivement par les deux médecins.

1. La genèse du dispositif

Les médecins hospitaliers de Nancy ont manifesté depuis longtemps leur intérêt pour la prévention et la prise en charge de la maltraitance, puisque ce sont en effet les nancéiens Neyman et Tridon, qui les premiers ont décrit à l'Académie de Médecine dans les années 50 un cas d'hématome sous-dural lié à ce que l'on appelle aujourd'hui le syndrome du bébé secoué, à une époque où l'on parlait essentiellement de fragilité capillaire. Plus tard, les nancéiens Manciaux et Déchamps ont beaucoup travaillé et publié sur la question de la maltraitance à l'enfant. Avant l'organisation du dispositif actuel, dès l'ouverture de l'Hôpital d'enfants en 1982, le Professeur Tridon, puis le Professeur C.Vidailhet, ont régulièrement coopéré avec les pédiatres pour le suivi pluridisciplinaire d'enfants victimes, afin qu'il y ait un suivi médical des enfants à côté du suivi social et judiciaire.

L'organisation des dispositifs actuels remonte à fin 1994, ce qui correspond dans beaucoup de pays européens à une période d'augmentation significative des révélations de maltraitance. L'organisation en 1994 repose à la fois sur l'historique nancéen et la volonté des chefs de service (en particulier les professeurs Lascombes, Marchal, Monin, Prévot, Schmitt, C.Vidailhet, M.Vidailhet) d'être attentifs à ces questions et sur la présence de jeunes praticiens intéressés par ces sujets et qui se sont trouvés au début de leur pratique, l'une aux urgences (Dr Cavaré) et l'autre en pédopsychiatrie (Dr Sibiril), interpellées par ces questions, et ont donc choisi de travailler ensemble à la fois pour des raisons rationnelles d'acquisition d'un savoir-faire cohérent et pour des raisons probablement contre-transférentielles face à ces situations humaines difficiles. Cette volonté de travailler ensemble a été entendue par les chefs de service, qui ont soutenu l'élaboration d'un projet, et par les assistantes sociales (Mme Vincent et Mme Laperdrix) qui connaissaient bien la question des violences d'enfants dans les familles et étaient intéressées par une collaboration étroite et spécifique sur ces questions.

2. Le constat

L'assistante sociale et les chefs de services permettent de se souvenir de la situation de l'hôpital .

Avant 1994, il y avait environ 10 signalements par an à l'Hôpital d'Enfants.

1994 a marqué le début d'une augmentation des situations d'enfants en danger à évaluer, l'augmentation des situations d'évaluation de maltraitance à enfants à l'Hôpital d'Enfants du CHU se résume à quelques chiffres (chiffres du service social de l'hôpital d'enfants concernant le total des enfants en danger à évaluer) :

- 1995 : 53 cas
- 1996 : 172 cas
- 1997 : 178 cas
- 1998 : 174 cas
- 1999 : 199 cas
- 2000 : 269 cas
- 2001 : 299 cas
- 2002 : 262 cas

Les chiffres traduisent à la fois une augmentation des révélations des situations, puisqu'il s'agit de la période où partout en France, on a vu augmenter ces situations, mais aussi un biais de recrutement lié à l'organisation du dispositif de l'Hôpital d'Enfants qui a été proposé aux partenaires de santé et aux autres professionnels s'occupant des enfants.

Quand le dispositif de l'Hôpital d'Enfants a été repéré, il a été tout de suite utilisé par les autres professionnels.

3. L'organisation du dispositif

Ce dispositif repose sur une unité de temps et de lieu : l'enfant est reçu le jour même par le pédiatre des urgences et le pédopsychiatre, pendant que les parents sont reçus par une assistante sociale.

Les professionnels font ensuite le point de leur entretien pour décider d'un éventuel signalement. Chaque professionnel rédige son signalement et sont adressés ensemble à la justice.

Une décision de suivi ultérieur est alors prise : suivi pédopsychiatrique, suivi social, suivi PMI...

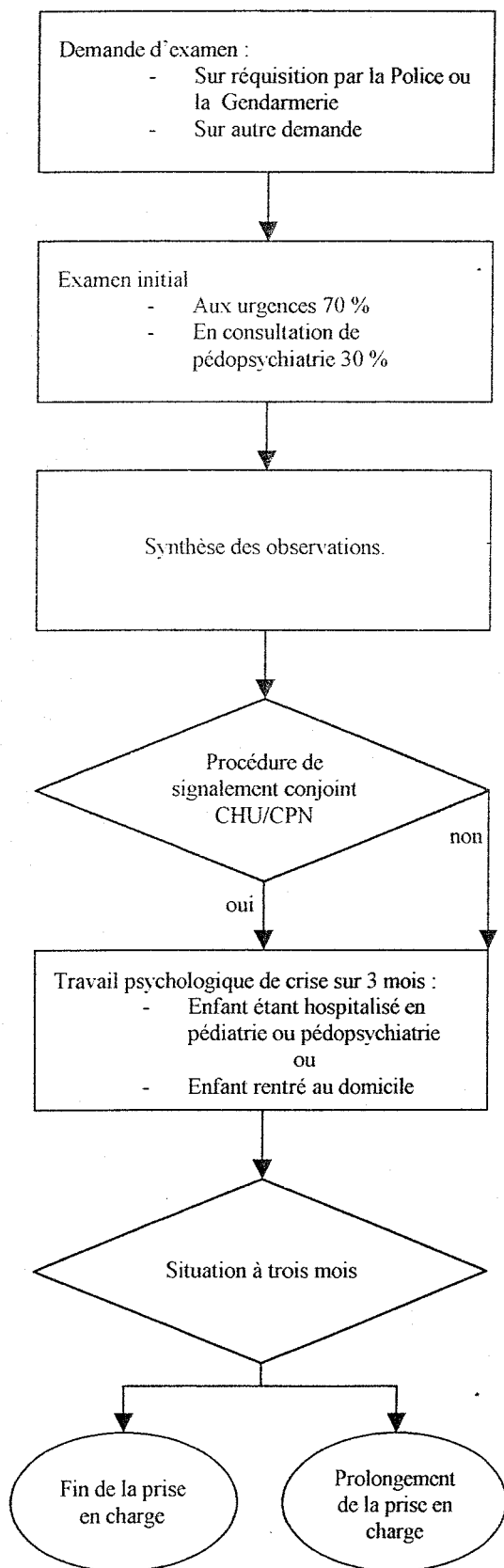
Quelques semaines plus tard, une nouvelle synthèse est faite entre professionnels ou en petits groupes de thérapeutes : plusieurs possibilités de suivis pédopsychiatriques existent, par le pédopsychiatre, le psychologue, l'art-thérapeute, les intervenants d'activités physiques adaptées. Chaque semaine, l'équipe de pédopsychiatrie qui s'est constituée en unité fonctionnelle d'accueil et d'évaluation des enfants et adolescents victimes de violence depuis 2001 fait le point des suivis des enfants au terme d'un travail de crise qui dure environ trois mois. Alors, soit le suivi s'arrête, soit il est poursuivi par l'équipe, soit il est orienté vers le pédopsychiatre du secteur.

L'organisation du dispositif a évolué au fil du temps pour arriver au schéma suivant :

Processus de prise en charge type

d'un enfant maltraité

Quoi ?



Comment ?

- **Enfant :** prise en charge du pédiatre ou de l'urgentiste
et
prise en charge du pédopsychiatre
- **Parents :** prise en charge du pédiatre ou de l'urgentiste
et
prise en charge du pédopsychiatre
et
prise en charge par l'assistante sociale

Information de la CEMA
et
du Procureur de la République

Suivi individuel	Psychiatre ou Psychologue	Art thérapie	Activité physique adaptée
Suivi en groupe thérapie	Art thérapie		Activité physique adaptée

Si prolongement de la prise en charge:

- Orientation vers le secteur psychiatrique d'origine (en fonction des situations cliniques et géographiques).
ou
- Poursuite du suivi thérapeutique avec l'UF Maltraitance.

La consultation initiale de pédopsychiatrie dans ce cadre est donc une consultation demandée en urgence, une consultation à la fois évaluative et thérapeutique et c'est un temps médico-légal.

Elle comprend trois temps et objectifs : le recueil des faits, l'examen pédopsychiatrique proprement dit et le temps thérapeutique. Elle permet entre autre, dans la dimension thérapeutique un travail de débriefing individuel par rapport au traumatisme subi.

Un travail pédopsychiatrique de crise est amorcé dès la première consultation, puisque, le moment de la révélation constitue un moment clinique favorable, pour une intervention thérapeutique et de prévention secondaire et tertiaire auprès de l'enfant et de ses parents.

Le schéma pédopsychiatrique de prise en charge de crise consiste en général, en une consultation à J1 suivie d'une consultation à J3 afin de pouvoir accompagner l'enfant et sa famille face aux multiples questions qui émergent au début de la prise en charge, puis, quelques consultations hebdomadaires qui s'espacent progressivement selon l'état clinique de l'enfant et de sa famille (J10-J17-J24-J31-J38-J53-J68). On considère que le travail pédopsychiatrique initial représente en moyenne 8 consultations sur 3 mois.

Au terme de ce travail de crise, tous les enfants ne justifient pas une psychothérapie au long cours, pour certain d'entres eux, le travail s'arrête là, tandis que pour d'autres, le travail initial a permis de repérer une situation particulièrement complexe et permet donc une orientation souvent vers un Centre Médico-Psychologique de secteur ou alors une prise en charge spécifique au sein de l'Hôpital d'Enfants dans l'un des groupes thérapeutiques mis en place progressivement depuis 1996.

Ces prises en charge spécifiques sont l'art-thérapie d'une part, et d'autre part les activités physiques adaptées (relaxation, expression corporelle...). Ces deux pratiques thérapeutiques sont utilisées comme moyens d'expression des émotions et du vécu, lorsque la parole, dans le cadre d'une psychothérapie classique, n'est pas le moyen privilégié par l'enfant.

En effet du point de vue pédopsychiatrique, il est rapidement apparu que le langage n'était pas le seul outil efficace pour recueillir le témoignage des enfants et pour leur permettre de s'exprimer dans la phase thérapeutique. Nous avons donc enrichi notre dispositif d'accueil psychologique par ces interventions d'art-thérapie centré sur l'utilisation des marionnettes en particulier, mais aussi du dessin et du travail de la terre, ainsi que sur des activités physiques adaptées, où l'enfant peut s'exprimer par le corps, qu'il s'agisse d'activité ludique ou de relaxation, ce qu'il ressent.

Les activités physiques adaptées ou APA sont l'une des filières de la facultés du sport (UFR STAPS) qui forment des étudiants à la psychologie parallèlement au sport afin qu'ils puissent proposer des activités physiques à des publics spécifiques, par exemple : patients en isolement stérile, patients handicapés, patients atteints du sida, prisonniers, patients de psychiatrie...

On retrouve dans la situation nancéienne interne à l'hôpital et dans l'articulation avec nos confrères extra-hospitaliers la question centrale que pose la prise en charge des victimes, à savoir quelle prise en charge pour quelle victime ? Comment proposer des prises en charge cohérentes et adaptées ? Comment articuler la prise en charge en urgence avec le travail de crise et le suivi au long cours ?

La première question qui s'est posée est celle de la place de la psychiatrie. Il s'agit là en effet d'un sujet très polémique dans les discussions entre psychiatres, dans une période où il y a une pénurie de professionnels. En effet, la maltraitance rappelle au psychiatre que son rôle ne se limite pas aux psychothérapies, mais que souvent en amont de la psychothérapie, il a bien sûr comme tout médecin un travail à faire centré sur le diagnostic, le pronostic, la décision d'orientation du suivi. Le psychiatre par ailleurs inscrit son intervention dans la loi et dans la déontologie médicale, il est donc soumis à l'obligation de signaler. Au sein de l'équipe nancéienne de pédopsychiatrie de l'hôpital d'enfants, à aucun moment, ces positions ne sont parues incompatibles. Le parti pris a été d'intégrer la dimension médico-légale au travail de suivi thérapeutique. L'expérience clinique semble avoir confirmé ce qui était notre position de principe, à savoir qu'il n'y a pas d'incompatibilité.

En effet, on peut se demander comment la psychothérapie pourrait avoir lieu si après une consultation où l'enfant révèle une situation de violence le psychiatre se contentait de lui donner un rendez-vous la semaine suivante sans situer son intervention, dans le cadre de la loi qui l'oblige à signaler lorsqu'il sait qu'un enfant subi des actes interdits par la loi. La question du lien entre l'accueil en urgence et le travail de crise a également été posée.

Un élément de réflexion a été de considérer que pour beaucoup d'enfants il s'agit de fait de la première rencontre avec un psychiatre et que cette rencontre survient dans une période de fragilité extrême ou une multiplication des intervenants pour exprimer des faits et des émotions très intimes aurait un effet potentiel de morcellement . Il a donc été décidé d'articuler étroitement l'accueil en urgence et le travail de crise pendant quelques semaines ou quelques mois autour du même professionnel. Cela ne dispense pas dans certains cas d'une orientation vers un confrère ultérieurement si l'enfant a une volonté de débiter une psychothérapie au long cours, ce qui n'est pas toujours le cas chez les victimes.

La question de la proposition systématique d'une consultation auprès du psychiatre à partir des urgences a également été posée. Les équipes de pédiatrie et psychiatrie ont été d'accord pour considérer qu'il était intéressant que les deux consultations aient lieu dans une même unité de lieu et de temps. La première consultation à partir des urgences représente pour beaucoup de familles la première rencontre avec une spécialité qui est parfois mal connue, et cela permet dans une prise en charge pluridisciplinaire d'accéder plus aisément à cette spécialité. Le psychiatre a alors un rôle important à jouer, en particulier parce que c'est dans le domaine du psychiatre de proposer un temps d'élaboration pour s'approprier par la parole un vécu douloureux, comme une première mise à distance du traumatisme. C'est aussi le lieu à partir des urgences de formuler toutes les interrogations qui entourent la révélation . Le parti pris nancéien est de penser qu'à coté des investigations somatiques un temps consacré à la parole est important pour les enfants et leurs familles.

VI / Enquête :

**Tour de France des
différents dispositifs
d'accueil des mineurs
victimes d'abus sexuels**

1. Objectifs et Méthode.

1.1 Objectifs

Les services des urgences pédiatriques sont-ils adaptés à l'accueil des victimes mineures d'abus sexuels ?

Comment s'organise la prise en charge des victimes mineures d'abus sexuels, quels sont les points importants de cette prise en charge ?

1.2 Enquête auprès des médecins responsables des urgences pédiatriques

1.2.1 Les questions

Les questions ont pour but de recueillir une description des différentes modalités de prise en charge des enfants victimes d'abus sexuels aux urgences pédiatriques de 26 CHU. (annexe : liste des 26 CHU contactés)

Ce sont des questions ouvertes :

- Comment se déroule la prise en charge d'un enfant victime d'abus sexuels qui arrive aux urgences pédiatriques ?
- Qui examine l'enfant ? En cas de réquisition qui fait l'examen clinique ? Est-il hospitalisé ? Si oui, dans quel service ?

- Existe-il une structure spécifique qui se charge du suivi médico-psychosocial de l'enfant ?
- Comment sont les rapports avec les différents partenaires sociaux et les instances de justice ?

1.2.2 Le recueil des réponses

Afin de pouvoir contacter un médecin référent pour la maltraitance responsable des urgences pédiatriques, nous avons d'abord adressé une demande d'autorisation aux 26 chefs de services des urgences pédiatriques. Cette autorisation nous permettrait de pouvoir le contacter par téléphone.

Sur 26 courriers, nous avons reçu 15 réponses.

Malgré cela, nous avons contacté chaque services des urgences pédiatriques pour demander un entretien avec un médecins responsable des urgences pédiatriques pouvant nous répondre au problème de la prise en charge hospitalière aux urgences des mineurs victimes d'abus sexuels.

Nous avons pu nous entretenir avec :

- 2 chefs de service (dont 1 référent pour la maltraitance)
- 22 praticiens hospitaliers (dont 8 référents pour la maltraitance)
- 1 médecin généraliste attaché aux urgences pédiatriques
- 1 juriste (responsable d'un pôle d'accueil des victimes d'agressions sexuelles)

Dans la majorités des cas, un rendez-vous téléphonique a pu être fixé, et nous avons pu avoir un entretien d'une durée d'environ 20 minutes avec chaque médecin.

L'enquête téléphonique s'est étendue de juillet 2002 à janvier 2003.

1.2.3 Analyse des résultats

Les 26 entretiens téléphoniques ont permis de mettre en évidence l'organisation dans les différents services d'urgences pédiatriques, ainsi nous avons pu recueillir des informations précises sur ce qui existe actuellement.

Ces entretiens sont présentés sous formes réponses à des questions précises, nous ne comparons pas les résultats, il s'agit d'une étude descriptive visant à mettre en commun l'expérience positive de chaque CHU, ainsi que de relever les problèmes communs.

1.2.4 Les limites de l'étude

Une enquête téléphonique à questions ouvertes qui orientent l'interlocuteur vers la description de l'organisation interne d'un service peut parfois manquer de précision, par manque de temps, ou par oubli.

Nous avons également noté que selon l'intérêt personnel de l'interlocuteur pour les problèmes de la maltraitance en particulier, la description pouvait être riche plus ou moins riche en détails.

2. Entretien et Examen clinique de l'enfant

2.1 Entretien avec l'enfant

2.1.1 Quand ?

Lorsque l'enfant se présente avec sa famille à l'accueil des urgences, ou s'il s'agit d'un membre de la famille qui téléphone aux urgences : dans 4 CHU sur 26, un rendez-vous est pris les jours suivants pour l'entretien de l'enfant et de sa famille ainsi que pour l'examen clinique, sauf en cas d'urgence.

Dans 22 CHU, un début de prise en charge comprenant l'entretien et l'examen clinique de l'enfant se fait dès son arrivée à l'accueil des urgences.

2.1.2 Comment ?

En général la consultation de l'enfant ou de l'adolescent se déroule dans des locaux au calme avec sa famille dans un premier temps, si celui-ci est accompagné. Dans un deuxième temps l'enfant bénéficie d'une consultation seul, s'il est d'accord avec le médecin, ceci dans 21 CHU sur 26. La présence d'une tierce personne est nécessaire en général. Cette tierce personne peut être un étudiant, une infirmière, ou l'assistante sociale.

Selon les CHU, une consultation avec un psychologue ou un pédopsychiatre fait partie du protocole d'accueil, surtout dans les CHU où il existe une équipe pluridisciplinaire qui se charge du suivi médico-psycho-social de l'enfant.

Ainsi sur les 26 CHU, 11 organisent une évaluation psychologique faite par un psychologue ou un pédopsychiatre, évaluation qui se fait dans un délais d'un maximum de 15 jours.

Dans 5 CHU l'enfant bénéficie d'une « consultation conjointe » rapidement, c'est à dire dans les 24 heures au maximum :

- médecin somaticien et pédopsychiatre sur 2 CHU (dont 1 avec parfois la présence d'une assistante sociale)
- médecin somaticien et médecin légiste sur 1 CHU
- médecin et psychologue
- médecin légiste et gynécologue en cas de réquisition dans 1 CHU

2.2 Examen clinique

- sans réquisition :

- Dans 11 CHU le médecin Senior de garde aux urgences fait l'examen clinique.
- Dans 15 CHU seul le médecin référent à la maltraitance se charge de l'examen somatique.

En cas de nécessité si le médecin senior ne se trouve pas assez compétent pour un examen clinique gynécologique il peut faire appel à :

- un gynéco-pédiatre
- un médecin légiste
- un chirurgien viscéral infantile

- avec réquisition :

L'examen clinique est réalisé par :

- un **gynéco-pédiatre** : dans 11 CHU sur 26
- un **médecin légiste** : dans 8 CHU sur 26
- par un **médecin pédiatre référent** : dans 9 CHU sur 26
- par un **chirurgien viscéral infantile** : dans 1 CHU sur 26

3. Orientation de l'enfant

Dans la plupart des CHU, l'hospitalisation n'est pas systématique : 23 CHU sur 26 renvoient l'enfant à son domicile ou dans un centre d'hébergement

L'enfant est hospitalisé systématiquement dans 3 CHU sur 26 :

- 2 dans un service de pédiatrie générale (au minimum 24 heures).
dont 1 correspond à un service de pédiatrie à orientation sociale.
- 1 dans un service lit-porte aux urgences.

Sinon en cas d'urgence il est hospitalisé :

- dans un service de pédiatrie générale dans un premier temps pour 23 CHU.
- dans un service de pédopsychiatrie lorsque il existe des lits disponibles pour 3 CHU.
- dans un service de gynécologie lorsqu'il s'agit d'une adolescente
- en lit-porte.
- dans un service de chirurgie ortho-viscérale lorsque il n'y a pas place ailleurs.

4. Structures mises en place pour l'accueil des mineurs victimes d'agressions sexuelles.

1. CHU de Lille

- **ESPED** : Equipe Spécialisée Pluridisciplinaire de l'Enfance Maltraitée.
- Regroupe : 1 pédiatre, 2 infirmières, 1 psychologue, 1 éducatrice
- L'enfant sans passer par les urgences est parfois vu directement en consultation à l'ESPED.
- Cette équipe est contactée systématiquement pour chaque enfant, elle organise le suivi médical, psychologique et social.
- L'ESPED a également une fonction de formation du personnel des services.

2. CHU de Brest

- **CAOM** : Cellule d'Accueil et Observatoire de l'Enfance en Danger (depuis 1991, crée par le Dr Alix).
- Regroupe : pédiatres, pédopsychiatres, cadres infirmiers, assistantes sociales.
- Cette cellule se réunit 2 fois par semaine, et chaque cas d'enfant en danger est traité.

3. CHU de Nantes

- **Unité d'Accueil de l'Enfance en Danger**, existe depuis février 2000.
- Regroupe des référents : **2** pédiatres, **1** pédopsychiatre, **1** psychologue, **1** chirurgien orthopédiste infantile, **1** ergothérapeute, **1** assistante sociale.
- Se charge de l'élaboration des protocoles de prise en charge, groupe en formation constante qui se charge également de la formation du personnel.

4. CHU de Rennes

- **CASED** : Cellule d'Accueil Spécialisée de l'Enfance en Danger (locaux à proximité des urgences)
- **1** pédiatre agrégé, **1** pédiatre praticien hospitalier, **1** pédopsychiatre, **1** secrétaire, **1** assistant sociale, **1** puéricultrice
- Il existe également un groupe informel de réflexion et d'étude sur la maltraitance qui se réunit tous les deux mois : le GEM : Groupe d'Etude de l'Enfance Maltraitée qui regroupe des médecins, des avocats, des travailleurs sociaux, des juges et des magistrats.

5. CHU de Caen

Une cellule pluridisciplinaire rassemblant les représentants du service de pédopsychiatrie et ceux des services sociaux-judiciaires est en cours d'élaboration.

6. CHU de Strasbourg

Il existe à l'hôpital de Hautepierre une cellule de Maltraitance qui se charge des signalements, sauf dans le cadre de l'urgence. Cette cellule comprends des pédiatres, des pédopsychiatres, des travailleurs sociaux, des assistantes sociales. Sinon, lorsque un mineur est victime d'une agression sexuelle, celui-ci est vu en consultation par l'équipe de médecine légale.

7. CHU d'Amiens

En cas de viol évident, l'enfant est adressé au Centre de Référence de Gynécologie.

8. Hôpital Necker enfants-malades

A l'accueil des urgences pédiatriques, il n'y a pas de correspondance directe avec une cellule de maltraitance. C'est une fois que les enfants sont hospitalisés que les médecins du service organisent la prise en charge.

9. CHU d'Angers

Pour l'instant il n'existe pas de cellule d'accueil des enfants victimes de maltraitance, un projet est en cours de développement, en collaboration avec l'association « La voix de l'enfant ».

10. CHU de Limoges

Il n'existe pas de modalités particulières de prise en charge des enfants ou adolescents victime de sévices sexuelles, selon l'interlocuteur elles sont largement déficitaires en raison d'un important dépeuplement de la région, ainsi 5 cas de maltraitance ont pu être signalé en 2001.

11. CHU de Grenoble

- CASEM : Cellule d'Accueil Spécialisée dans l'Enfance Maltraitée

Cette cellule regroupe des pédiatres, des pédopsychiatres, des cadres infirmiers, des assistantes sociales, plusieurs psychologues et se réunit 1 fois par mois.

- CAVAS : Centre d'Accueil des Victimes d'Agression Sexuelle

Cette structure reçoit les enfants et les adultes, les enfants y sont adressés lorsque l'agression est avérée et que le corps médical est réquisitionné par la justice.

Le centre regroupe 1 médecin légiste, 1 gynécologue, 1 pédiatre, plusieurs psychologues.

- CEEDI : Cellule Enfance En Danger Isère

Groupe de réflexion, qui organise et met en place des actions communes par les soignants et travailleurs sociaux, ainsi qu'en matière de signalement.

12. CHU de Tours

- Il existe une cellule d'accueil des enfants victimes de maltraitance depuis 2 ans.
- Cette cellule regroupe les chefs de service de pédiatrie, les pédiatres, les pédopsychiatres, les psychologues, les radiologues, les responsables de l'administration de l'hôpital, les assistantes sociales, quelques infirmières.
- Une cellule d'accueil de victimes d'abus sexuels et en cours d'élaboration

13. CHU de Besançon

Il n'existe pas de cellule pluridisciplinaire. Le signalement des enfants en danger se font par les services sociaux qui sont contactés, dès l'arrivée de ce type de situation.

14. Hospices civils de Lyon : Hôpital Debrousse

- Il existe une **Commission à l'Enfance Maltraitée**.
- Regroupe les chefs de services, les pédiatres, les pédopsychiatres, les psychologues, les cadres des services de pédiatrie, des auxiliaires.
- Cette commission prend des décisions selon un protocole bien défini, chaque médecin de cette commission est référent.

15. CHU de Saint-Etienne

Il n'existe pas de cellule pluridisciplinaire mise en place pour l'accueil des enfants en dangers, néanmoins en ce qui concerne les victimes d'abus sexuels, il existe un « cahier-protocole » particulier. Ce cahier protocole doit être signé par deux médecins qui auront pris en charge l'enfant..

16. CHU de Dijon

- **CAVASEM** : Cellule d'Accueil des Victimes d'Abus Sexuels et des Enfants Maltraités

- Regroupe 1 pédiatre, 1 médecin légiste, 1 pédopsychiatre, 3 psychologues, 1 chirurgien pédiatre, 1 assistante sociale.

- Centre dont les locaux sont au rez-de-chaussée de la Maternité, structure distincte mais contiguë des unités d'urgence et d'hospitalisation de gynécologie et de pédiatrie.

- Les membres de cette cellules se réunissent quatre fois par an avec les différents partenaires sociaux et judiciaires.

17. CHU de Poitiers

Il n'existe pas de cellule d'accueil pour la maltraitance des enfants, si un examen gynécologique est nécessaire, c'est un gynécologue de la cellule d'accueil des victimes d'agression sexuelle adulte et enfant qui s'en occupe.

18. CHU de Clermont Ferrand

Pole de référence pour l'accueil des victimes des violences sexuelles : ce pole coordonne l'action médecins, des pédiatres, psychiatres et pédopsychiatres, et des médecins légistes depuis 1997. Les enfants victimes de sévices sexuelles sont pris en charge dès leur arrivée par une équipe pluridisciplinaire.

19. CHU de Toulouse

- Il existe « une cellule maltraitance »
- La cellule regroupe 3 pédiatres, 2 psychologues, 2 assistantes sociales, la cellule peut faire appel à un gynécologue du service d'endocrino-pédiatrie en cas de nécessité.
- Chaque semaine un médecin de cette cellule est d'astreinte et fait le signalement, dès qu'un enfant se présente au service des urgences pédiatrique il est appelé et coordonne la prise en charge de l'enfant. Le signalement peut être également fait par le psychologue qui peut être fait également par un psychologue.

20. CHU de Bordeaux

- Il existe une **cellule pluridisciplinaire** issue du service de médecine légale.
- Elle regroupe 1 assistante sociale, 1 médecin légiste, 1 psychologue.
- Elle fonctionne en semaine tous les jours jusqu'à 22h et le week-end jusqu'à 20h.

21. CHU de Nice

- La **Cellule de Maltraitance** a été créée en 1994.
- Elle regroupe plusieurs pédiatres, quelques infirmières, des psychologues, et 1 assistante sociale.
- La cellule se réunit 1 fois par semaine.

22. CHU de Montpellier

Il n'y a pas de cellule pluridisciplinaire, il existe un pédiatre référent. Ce médecin travaille au CHU et à la PMI (protection maternelle et infantile), et il répertorie tous les dossiers de maltraitance.

23. Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille : La Timone

- **GAED** : Groupe d'Aide à l'Enfance Maltraitée depuis 3 ans.
- Regroupe des pédiatres, des chirurgiens, des pédopsychiatres, des assistantes sociales et des infirmières.
- Réunion 1 fois par mois.
- **Service de pédiatrie général à vocation de pédiatrie sociale** (chef de service Pr Chabrol), endroit où se font la majorité des signalements.

24. CHU de Reims

- **Cellule d'accueil spécialisée dans l'enfance maltraitée** depuis 10 ans
- Regroupe **2** pédiatres, **3** psychologues, **2** assistantes sociales qui se réunissent 1 fois par semaine.
- Il existe quatre consultations spécialisées par semaine, les enfants sont vu en général dans des délais très court sauf urgence.
- Cette cellule se réunit tous les six mois avec tous les services sociaux du département qui se chargent de la maltraitance en général.

25. CHU de Rouen

Il n'existe pas de cellule pluridisciplinaire, elle est en cours d'élaboration.

Aux urgences pédiatriques il existe 2 pédiatres référents pour ce type de situation, et un psychologue qui travaille à temps plein aux urgences peut voir l'enfant très rapidement.

En résumé :

Il existe 15 CHU sur 26 qui ont mis en place une structure pluridisciplinaire se chargeant de la prise en charge des enfants victimes de maltraitance en générale, et remplissant également la prise en charge des mineurs victimes d'abus sexuels.

Dans 2 CHU, une cellule pluridisciplinaire est en cours d'élaboration.

Dans 9 CHU, ce sont les médecins référents à la maltraitance, en association avec d'autres partenaires (psychologues, assistantes sociales) qui organisent la prise en charge.

5. Le Signalement

Les signalements sont exclusivement faits par la cellule pluridisciplinaire dans 15 CHU.

Dans les autres CHU, le signalement est fait pour 11 CHU aux urgences par les médecins référents.

6. Soutien et évaluation psychologique de l'enfant

6.1 Avez vous un pédopsychiatre référent que vous sollicitez en général lorsqu'un enfant consulte en urgences pour abus sexuels ?

Sur 26 CHU : les médecins des urgences pédiatriques qui connaissent le nom d'un pédopsychiatre référent pour la maltraitance et qui peuvent le solliciter dans sont au nombre de 13.

Lorsqu'il n'y a pas de pédopsychiatre référent pour ce type de situation, le médecin des urgences pédiatriques peut contacter le « pédopsychiatre d'astreinte » dans les 13 autres CHU.

6.2 Quand contactez- vous le pédopsychiatre ?

Le pédopsychiatre est contacté **systématiquement** dans **8** CHU, s'il ne peut se déplacer il voit l'enfant ultérieurement, mais dans la journée, et si celui-ci n'est pas hospitalisé le pédopsychiatre lui donne un rendez-vous dans les plus brefs délais.

Dans **16** CHU le pédopsychiatre n'est **pas systématiquement** contacté, sauf en cas d'urgence (importants troubles du comportements, traumatisme important). Néanmoins une consultation avec un pédopsychiatre ou un psychologue peut être proposée.

Dans **2** CHU les pédopsychiatres ne sont **pas disponibles**, l'un parce-que le service de pédopsychiatrie ne semble, apparemment, pas sensibilisé aux problèmes de maltraitance, et l'autre car tout simplement il n' y a pas de service de pédopsychiatrie sur place.

6.3 La place du psychologue

Dans 5 CHU, l'enfant est vu par un psychologue d'emblée, celui-ci fait soit partie de la cellule de maltraitance, soit il a un poste aux urgences pédiatriques (ce qui est rare). C'est le psychologue qui fait le relais avec les pédopsychiatres.

Pour les médecins des urgences des 18 CHU qui ne contactent pas systématiquement le pédopsychiatre, le psychologue est nécessaire pour le soutien et l'évaluation de l'état psychologique de l'enfant, d'ailleurs 5 d'entre ont dans leur protocole d'accueil une consultation obligatoire avec un psychologue.

7. Rapports avec les partenaires sociaux –juridiques

7.1 Partenaires sociaux

Tous les médecins de l'accueil des urgences pédiatriques comptent à l'unanimité sur le soutien des assistantes sociales dans le cadre de la prise en charge des victimes d'abus sexuels.

D'ailleurs sur les 15 CHU ayant créé une cellule pluridisciplinaire, 10 d'entre elles comprennent une ou plusieurs assistantes sociales faisant le relais avec tous les réseaux sociaux d'aide à la maltraitance.

7.2 Partenaires juridiques

Sur 26 médecins de l'accueil de urgences pédiatriques, 25 qualifient leurs échanges avec les services judiciaires, Procureur de la République, substitut du procureur, le parquet, la police , la gendarmerie bons, faciles et bien coordonnés. Un seul médecin a exprimé et signalé des problèmes importants de communication avec les services judiciaires, pour des raisons de manque de coordination et de non « partage des décisions ».

Parmi les 25 médecins qualifiants les échanges avec les services sociaux comme convenables, 4 médecins ont insisté sur l'intérêt de ces échanges, d'où les réunions qu'ils ont régulièrement avec les partenaires représentants de la justice.

VII/DISCUSSION

L'intérêt d'une pluridisciplinarité pour la prise en charge des enfants victimes d'abus sexuels.

L'enquête réalisée auprès des médecins des urgences pédiatriques de 26 CHU mets bien évidence l'importance des services des urgences, non seulement pour le dépistage des enfants en danger, mais également pour la prise en charge de tout les enfants victimes de maltraitance. En ce qui concerne les enfants et adolescents victimes de sévices sexuels, leur prise en charge est souvent plus compliquée. Car, ces enfants la plupart du temps ne présentent pas de signes physiques évidents, ils présentent surtout des répercussion psychiques : décompensations psychopathologiques, tentatives de suicide, délinquance, syndrome dépressif.

Au cours de ce travail, nous avons pu observer l'importance et l'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire pour ce type de situation. En effet, l'enfant victime a autant besoin de réparations physiques que psychologiques. Et, afin de se reconstruire, il doit pouvoir également être soutenu et défendu par la société face à son agresseur.

Ainsi parmi les 26 interlocuteurs de l'enquête, 15 nous ont indiqué l'existence d'une cellule pluridisciplinaire mise à disposition des urgences pédiatriques. Ces cellules hospitalières composées de médecins somaticiens, de médecins psychiatres, de psychologues, assistantes sociales et travailleurs sociaux ont pour but, non seulement d'améliorer les conditions de prise en charge des enfants, mais également, elles permettent aux différents partenaires de se connaître. Ces cellules interviennent systématiquement pour tout enfant victime de maltraitance, et se chargent du signalement. Par ailleurs, ces cellules se réunissent souvent avec les autres intervenants du réseau de la protection des enfants en danger : les services sociaux, la gendarmerie, la police, et les services judiciaires. Ces cellules ont également un rôle non négligeable de formation des soignants.

Il existe 11 CHU parmi ceux qui ont été inclus dans cette étude qui n'ont pas de cellules pluridisciplinaires. Néanmoins au sein des urgences, on peut noter qu'il y a pratiquement toujours un médecin référent à la maltraitance, qui connaît la procédure de prise en charge et de signalement.

Parmi ces 11 CHU, 2 sont en train d'élaborer la mise en place d'une cellule maltraitance, et les 9 autres, bénéficient d'un réseau de prise en charge des enfants victime d'abus sexuels.

Ce réseau fonctionne grâce à la coordination de plusieurs médecins référents issus de différentes spécialités.

Prise en charge somatique

Nous avons pu observer également au cours des différents entretiens, qu'en ce qui concerne la prise en charge somatique de l'enfant, celle-ci semble poser moins de difficultés que la prise en charge psychologique elle-même, ce qui semble assez paradoxal.

En effet, on pourrait penser que les médecins de l'accueil des urgences seraient plus mal à l'aise quant à la pratique d'un examen clinique « spécialisé » d'un enfant présentant des signes d'abus sexuels que pour la prise en charge psychologique. Une prise en charge psychologique demanderait plus une approche humaine de l'enfant que « technique ». Ce contact plus technique, englobe non seulement l'examen clinique, mais aussi les examens complémentaires, et la mise en route de traitements prophylactiques. Certains interlocuteurs, d'ailleurs justifient cela en défendant leur rôle d'urgentistes : l'urgence étant la nécessité d'agir vite. Ainsi, très souvent les médecins des urgences pédiatriques ont une formation de médecine légale, et connaissent la façon d'examiner un enfant victime d'abus sexuels. A cela, s'ajoute que lorsque le médecin n'est pas formé à ce type d'examen, un gynécologue, un endocrinopédiatre, un chirurgien infantile ou un médecin légiste peut intervenir, assez rapidement pour réaliser l'examen clinique, en tant que référent, en cas de réquisition. La prise en charge psychologique n'est pas assez, ni aussi « rationalisée » qu'un examen clinique, c'est pourquoi, dans les services des urgences, nombreux interlocuteurs ne se sentent pas concernés par cet aspect de la prise en charge d'un enfant ou adolescent abusé sexuellement.

Prise en charge psychologique

En ce qui concerne la prise en charge psychologique, celle-ci n'est pas aussi prioritaire que la prise en charge somatique partout, et surtout elle n'apparaît pas comme faisant partie de la consultation aux urgences au même titre que l'examen somatique pour certains médecins. En effet, seuls 8 interlocuteurs nous ont signalé que le pédopsychiatre était systématiquement informé de l'arrivée d'un mineur victime d'abus sexuels, cela faisant partie d'un protocole établi par les référents à la maltraitance. Par ailleurs, lorsque le pédopsychiatre n'est pas appelé systématiquement, seuls 5 services d'accueil des urgences pédiatriques organisent une consultation de l'enfant avec un psychologue. En général, lorsque l'enfant peut bénéficier d'une consultation avec un psychologue, au sein du service d'accueil des urgences, cela signifie que le service « a la chance d'avoir un psychologue à temps plein ». Ainsi, dans 13 services des urgences, l'enfant ou l'adolescent est pris en charge psychologiquement dans les plus brefs délais. Cette prise en charge rapide faisant partie intégrante du protocole d'accueil des mineurs victimes d'abus sexuels, alors que 18 interlocuteurs nous ont soutenu qu'ils pensaient que la prise en charge psychologique de la victime était indispensable dans le cadre des urgences. Dans 16 CHU, le pédopsychiatre peut être joint en cas d'extrême urgence uniquement : importants troubles du comportements, état de choc, enfant en danger. Mais chaque interlocuteur a bien précisé que ce type de situation était très rare.

En ce qui concerne, l'avis des différents interlocuteurs au sujet de la place du pédopsychiatre présent aux urgences pour la prise en charge immédiate de l'enfant, pour 18 d'entre eux le pédopsychiatre n'est pas nécessaire. En effet, d'après eux, le pédopsychiatre « médicalise » une situation qui se trouve déjà être très difficile pour les familles, ces médecins de l'accueil des urgences préfèrent dans ces situations avoir recours au psychologue, psychologue qui aurait plus tendance à rassurer les familles, le psychiatre faisant toujours plus craindre la folie. Et à la question, quelle différence faites-vous entre le pédopsychiatre et le psychologue, parmi ces 18 médecins, 16 ont formulé le droit et les possibilités de prescriptions thérapeutiques du psychiatre.

Il convient toutefois de nuancer ces résultats, en considérant un biais non négligeable de cette étude. En effet, en analysant les résultats de l'enquête, il est important de toujours avoir conscience qu'elle a été menée par téléphone. Ainsi, les réponses données sont spontanées et ne comportent pas toujours un temps assez long pour la réflexion. C'est pourquoi, le mode déclaratif est à prendre en compte pour l'interprétation de ce type de réponse.

Les partenaires se connaissent-ils ?

Au sein de l'hôpital

Ce qui nous semble important également, et cela fait partie de l'intérêt de la création d'une cellule maltraitance, est le fait que les différents partenaires puissent se connaître. En effet, au plus les différents médecins se connaissent, au plus la prise en charge aux urgences peut-être bénéfique à l'enfant.

Ainsi, pour 26 interlocuteurs, médecins responsables à l'accueil des urgences pédiatriques seuls 13 connaissent le nom du pédopsychiatre référent à la maltraitance, pour les 13 autres, il s'agit « du pédopsychiatre d'astreinte », de même, lorsqu'il s'agit de contacter un gynécologue ou un médecin légiste. Il est important d'indiquer cette notion, et d'insister sur cette nécessité : les différents médecins participant à la prise en charge des enfants victimes d'abus sexuels en se connaissant, peuvent mieux coordonner et par conséquent améliorer leur travail pluridisciplinaire. D'autre part, lorsque les services des urgences sont à proximité des services de pédiatrie ou de pédopsychiatrie, il est évident que la prise en charge pluridisciplinaire se fait plus aisément, car non seulement les partenaires se connaissent, mais aussi leurs échanges sont facilités. En ce qui concerne de nombreux services d'accueil des urgences pédiatriques, ceux-ci sont parfois éloignés d'un service de pédopsychiatrie, ou de pédiatrie générale. Ainsi, pour permettre une meilleure prise en charge pluridisciplinaire, il faut également pouvoir compter sur la structure même des locaux qui accueillent les enfants. Regrouper les différents secteurs prenant en charge les enfants, n'est peut-être pas simple sur le plan économique, mais cela serait bénéfique dans le cadre de la continuité des soins donnés aux enfants.

De nombreux interlocuteurs, surtout ceux référents à la maltraitance, nous ont évoqué l'intérêt d'une consultation « conjointe », ceci se fait dans assez peu de CHU de façon systématique, parmi les 26 interlocuteurs, 5 la pratiquent : la consultation conjointe peut ainsi comprendre le médecin somaticien avec le médecin psychiatre, un médecin somaticien avec un psychologue, un médecin somaticien avec un médecin légiste, et enfin le médecin somaticien avec gynécologue, lorsqu'il s'agit d'un examen sous réquisition.

Ces consultations conjointes ont non seulement pour but de limiter le nombre de fois où l'enfant devra relater son histoire, mais aussi ces consultations ont un intérêt thérapeutique, car deux soignants pourront ensemble mieux réfléchir à la situation et surtout vont pouvoir prendre une décision plus rapide pour les suites : hospitalisation, signalement.

Nous pouvons noter également que pour la grande majorité des interlocuteurs référents à la maltraitance, cette consultation conjointe serait l'idéal pour la prise en charge d'un enfant victime de maltraitance, et d'abus sexuels en particulier. Si cette consultation n'a pas lieu, cela est lié la plupart du temps au manque de disponibilité dans les mêmes moments des différents partenaires, il est vrai qu'il existe un déficit de médecins, en particulier de pédopsychiatres.

En dehors de l'hôpital

Pour les 26 interlocuteurs, les relations avec les différents partenaires des services sociaux sont qualifiées de bons, les différents réseaux d'aides à la maltraitance sont connus des médecins.

En ce qui concerne les rapports avec la gendarmerie, la police, les juges, les substituts du procureur et avec le procureur de la république lui-même, pour 25 interlocuteurs les relations sont bien coordonnées et les différents partenaires savent à qui s'adresser. D'ailleurs, des 26 CHU bénéficiant de la création de cellule de maltraitance, 15 ont des réunions régulières avec les partenaires du parquet. Ce qui traduit la volonté des différents partenaires de travailler ensemble.

Pour 1 seul des interlocuteurs, les relations avec le parquet ont été qualifiées de difficiles, voire mauvaises, le Procureur de la République ne donnant pas suffisamment les possibilités de partager ensemble une réflexion sur une décision, et demandant trop souvent de répéter des examens sur réquisitions alors qu'ils avaient déjà été faits.

L'intérêt de la consultation thérapeutique pluridisciplinaire

Il semble important, que la première consultation de l'enfant ou l'adolescent qui se présente aux urgences pour des sévices sexuels soit d'emblée « thérapeutique ». Un dispositif prenant en charge l'enfant de façon pluridisciplinaire nécessite une grande disponibilité des soignants, et le principal besoin de l'enfant victime de traumatisme est le besoin de cohérence. Ainsi, il est important de souligner l'intérêt d'être plusieurs soignants auprès de l'enfant. Un seul interlocuteur de l'enfant et de sa famille, est insuffisant ; à plusieurs, les soignants vont pouvoir parler entre professionnels habitués à travailler ensemble.

Comme nous l'avons décrit dans notre étude : lorsque ce type de situation se présente, dans 22 CHU, la jeune victime est prise en charge immédiatement, dans 4 CHU, sauf urgence, elle est vue en consultation sur rendez-vous, ultérieurement, en dehors de l'agitation des urgences, dans un local au calme.

Malgré le fait que la prise en charge psychologique ne soit pas systématique, et qu'elle soit souvent retardée, les 26 interlocuteurs pensent que dans ce type de situation, l'examen somatique de l'enfant est aussi important que sa prise en charge psychologique. La question est : est-ce que cela doit se faire dans le cadre des services d'urgences, la consultation thérapeutique est-elle conciliable avec l'évaluation en urgence ?

En ce qui concerne l'examen somatique, il s'agit de symboliser le fait que l'abord corporel peut-être sain, que l'enfant est considéré comme une personne à qui on doit du respect et dont un adulte doit prendre soin avec une juste distance. Sur le plan psychique, il faut éviter à l'enfant un phénomène de recouvrement, ou un parasitage par les commentaires familiaux et par l'anxiété familiale que l'enfant ne manquera pas de percevoir.

Il est important, que cette première consultation soit thérapeutique, car il faut limiter les risques de survenue d'un syndrome post-traumatique, et il est important également que le thérapeute ait un rôle structurant de la loi. En effet, ce rôle rappelle les interdits fondamentaux et précise à l'enfant, que ce n'est pas lui qui porte plainte, qui dénonce, mais que c'est la loi qui dit que tout adulte qui sait qu'un enfant a subi des violences se doit de le protéger, et que c'est le thérapeute qui va expliquer au juge ce qui s'est passé.

CONCLUSION

Au cours de ce travail, nous avons pu observer que le nombre d'enfants victimes de sévices sexuels augmente d'année en année. On peut interpréter cette augmentation par le fait que le dépistage est de plus en plus important. En effet, ce dépistage plus performant est dû, entre autre, à une meilleure connaissance et à une plus importante compréhension des mécanismes et des facteurs de risques intervenants dans ce type de situation. D'après certains auteurs, cette augmentation serait également liée à une fragilisation de la famille dans notre société en crise. Les enfants victimes de sévices sexuels ont par conséquent du être pris en charge par différents services : sociaux, médicaux, et judiciaires.

Au contact de ces enfants, les différents partenaires ont pu évaluer, constater, analyser les lourdes conséquences psychologiques à court, moyen et long terme de ces sévices sur les enfants. Ainsi, au cours, de leur prise en charge, il s'est avéré, important d'alléger le traumatisme de la révélation, en minimisant les examens et interventions à répétition des différents professionnels.

Pour cela, dans de nombreux hôpitaux, des médecins et des travailleurs sociaux ont organisé un accueil spécifique aux enfants victimes de maltraitance, et ceux victimes d'abus sexuels. Nous avons pu décrire dans cette étude de ce fait, la création de cellules d'accueil pluridisciplinaires. L'ensemble de ces partenaires hospitaliers se sont également, en général mis en relation avec les services de police, de gendarmerie et les services judiciaires. Ces contacts ont ainsi permis de travailler en réseau et ont rendu plus simples et plus rapides les décisions à prendre.

Cette enquête sous forme d'état des lieux des dispositifs d'accueil aux urgences des 26 CHU des mineurs victimes d'abus sexuels est forcément incomplète puisque réalisée par téléphone. Elle est réalisée par un seul enquêteur à partir d'un questionnaire unique. On peut donc considérer qu'elle donne une première approximation de la réalité de la situation, et qu'elle donne une estimation intéressante des « représentations » par les professionnels de la situation.

Les violences sexuelles sur mineurs posent des questions humaines délicates au niveau individuel et social. Elles confrontent ainsi les médecins, somaticiens et psychiatres, à plusieurs dimensions de leurs pratiques : la clinique, la thérapeutique et l'aspect médico-légal.

A l'heure où les gouvernements successifs parlent de la « maltraitance » comme d'une priorité nationale, il y a souvent un décalage entre les propos et la réalité des moyens alloués aux professionnels pour atteindre les objectifs de leurs missions.

Cette étude a mis en évidence une diversité d'organisation entre les régions. La « victimologie » est une dimension de la médecine relativement jeune, et elle connaît donc les tâtonnements inhérents à toute nouvelle organisation. Cette diversité reflète aussi les nombreuses questions posées par un domaine aussi délicat : quelle est la place des psychiatres, des urgentistes, de la médecine légale ? Quel lien entre l'urgence, la crise et le suivi au long cours ? Faut-il des centres spécialisés ?

Le modèle adopté par l'hôpital d'enfant de Nancy s'est organisé après toutes ces interrogations, à partir de cette volonté fondatrice de l'éthique médicale qu'est le « primum non nocere ». Il essaie donc d'être le plus prêt possible des besoins exprimés par les victimes, à savoir le besoin de cohérence des intervenants, le souci d'éviter la sensation de morcellement, et pour cela il a voulu articuler le suivi de crise pendant quelques semaines ou mois après la révélation des violences et l'accueil en urgence. Cette période de la révélation est en effet un moment clinique particulier où le sujet est vulnérable et il est souhaitable qu'il bénéficie d'une continuité dans son suivi.

Il nous semble important de souligner l'importance d'un accueil pluridisciplinaire organisé autour des urgences pour les enfants qui consultent pour ce type de situation. En effet l'enfant nécessite aussi bien une prise en charge somatique que

psychologique et éventuellement sociale. L'évaluation des versants somatiques et psychologiques doit si possible avoir lieu de façon coordonnée.

Car le principal besoin de l'enfant victime est essentiellement le besoin de cohérence, et pour qu'il retrouve sa cohérence interne il a besoin d'une cohérence des interventions des professionnels. En effet, il faut le protéger d'un traumatisme qui serait secondaire aux différentes interventions, perçues parfois comme morcelées et dépourvues de sens.

C'est à cette condition, lorsque l'intervention du psychiatre permet de s'approprier par la parole son vécu traumatique que l'on peut parler de consultation thérapeutique.

Bibliographie

1. Lopez G.

Les violences sexuelles sur les enfants

Ed Que sais-je ? 1997

2. Gauthier D.

L'enfant victime d'abus sexuel

PUF, 1994

3 Gabel M.

Les enfants victimes d'abus sexuels

PUF, 1992

4 Nathanson M.

*Journées Parisiennes de pédiatries : prise en charge hospitalière des enfants
victimes de sévices sexuels*

Ed Flammarion, 1997

5 L'observatoire de l'enfance en danger

Guide méthodologique

Ed Odas, 1995

6 Observatoire National de l'Action centrale Décentralisée (ODAS)

Les principaux enseignements des séminaires et de l'enquête d'avril 2000

Observatoire national de l'enfance en danger, La Lettre, sept 2000

7. Tardieu A

Etude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur les enfants

Ann.hyg.publ.Med.Leg ,1860,13, p 361-98

8. Silverman FN

The roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in Infants

Amer.Jour.Roentgen, 1953, tome 69, p 413-26

9. Caffey

Multiple fractures in the long bones of Infants suffering from chronic subdural hematoma

Amer.Jour.Roentgen, 1946, tome 56, p 163-73

10. Kempe , Silverman

The Battered Child

JAMA, 1962, 181, p 17-24

11. Straus P, Manciaux M

L'enfant maltraité

Ed. Fleurus, 1993

12 Tomkiewicz S.

Violences et négligences envers les enfants et les adolescents dans les institutions

Child Abuse Neglect, 1984, 8 ; 319-35

13. Leconte J, Manciaux M

Maltraitance et résilience

La résilience :résister et se construire, Cahiers médico-sociaux

Ed Médecine et Hygiène, Genève 2001

14 Héritier, Cyrulnik, Naouri

De L'inceste

Ed O.Jacob, Paris, 2000

15. Scherrer

l'inceste dans la famille

Nouv. Rev. Ethnopsychiatrie, 1985, tome 3 , p 31-34

16. Gauthier D, Hamon

Entre père et fils

PUF, Paris, 1998

17. Frémy, Naudin

Les mots délivrés

Ed Stock, Paris 2002

18. Balier

Psychanalyse des comportements violents

PUF, Paris 1988

19. Brisset C

Un monde qui dévore ses enfants

Ed Liana Levi, 1997

20 Schroeder

Female genital mutilation-a form of child abuse

N Engl J Med, 1994 sept 15 ; 331(11) : 739-40

21 Criville

A corps et à cris

Nouv. Rev. Psychanalyse

Gallimard, Paris, 1997

22. Kempe

L'enfant battu et sa famille

Fleurus, Paris, 1997

23. Gosset, Hédouin

La maltraitance à enfant, 2ème édition

Masson, Paris, 1997

24. Van Gijseghem

Un autre regard sur les conséquences de l'inceste père-fille

Rev. Can. Psycho. Education, 1985, tome 14, p138-45

25. Winnicott DW

Le bébé et sa mère

Ed Payot, 1992

26 Bonnet

Geste d'amour, l'accouchement sous X

Odile Jacob, Paris, 1990

27 Myers, Brasington

A father marries his daughters :a case of incestuous poly

J Forensic Sci, 2002 sept ; 47(5) : 1112-6

28. Haesevoets

L'enfant en question . De la parole à l'épreuve du doute dans les allégations d'abus sexuels

De Boeck Université, Bruxelles , 2000

29. Sternberg, Catalano

Economic antecedent of child abuse and neglect

Child. Dev, 981, p 975-985

30. Haesevoets

L'enfant victime d'abus sexuel. De la séduction traumatique à la violence sexuelle.

De Boeck Université, Paris-Bruxelles 1997

31. Balier

Psychanalyse des comportements violents

Puf, Paris, 1988

32. Lazartigues

Les abus sexuels. Etude sur une population de 1000 étudiants

Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, tome 37 (5-6), 223-29

33. Lévi-Strauss C.

Les structures élémentaires de la parenté 2ème édition

Mouton, Paris, 1967

34. Grappe

Violences sexuelles à enfants : le suivi en psychothérapie

Perspectives Psy , volume 36, n°3, mai-juillet 1997, p194-202

35. Soutoul, Pierre

Les agressions sexuelles de l'adulte et du mineur

Ellipses, Paris 1994

36. Hayez, De Becker

Abus sexuels sur mineurs d'age

Encycl med Chir, psychiatrie, 1999, 37-204-H-10 : 5

37. Cyrulnik.B

Sous le signe du lien

Ed Pluriel, 1989

38. Paolucci, genuis

A meta analysis of publised research on the effect of child sexual abuse

J Psycho 2001jan ; 135(1) : 17-36

39. Balençon, Roussey

Examen et conduite à tenir chez un jeune enfant victime d'abus sexuels

J Pédiatr Puériculture 2000 ; 13 : 36-42

40 .Bensussan, Rault

La dictature de l'émotion

Ed Belfond, Paris, 2002

41 .Salomon, Thibaut

Gynécologie-médico-chirurgicale de l'enfant et de l'adolescente

Ed Doin, 1992

42.Topley, Thomas

Detection of child sexual abuse

American journal of obstetrics and gynecologie, 2001,184 ; 5 : 1043-44

43 Persaud, Squire

Use the foley catheter to examine estrogenized hymens for evidence of sexual abuse

J Pediatr Adolesc Gynecol,1997 ; 10 : 83-85

44.Adams, Parker

Examination finding in legally confirmed child sexual abuse:it's normal to be normal

Pediatrics, 1994 ; 94 : 310-17

45. Berenson, Chako

A case control study of anatomic changes resulting from sexual abuse

American Journal of obstetrics and gynecologie, 2000 ; 182 : 821-31

46. Adam, Harper

A proposed system for the classification of anogenital findings in children with suspected sexual abuse.

Adolesc Pediatr Gynecol, 1992 ; 5 : 250-52

47. Heider, Priolo

Eczema mimicking child abuse: a case of mistaken identity

J Burn Care Rehabil, 2002, sept-oct ; 23(5) : 357-9

48. Stricker, Lips

Oral bleeding: child abuse alert

J Pediatr Child Health 2002 oct ; 38(5) : 528-29

49. Parez, Dommergues

Abus sexuels: la recherche de sperme doit-elle être systématique ?

Arch Pédiatr 2000 ; 7 : 897-98

50. Lauritsen, Meldgaard

Medical examination of sexually abused children: medico-légal value

J Forensic Sci 2000 ; 45 : 115-17

51. Lorette

Suspicion d'abus sexuels chez les enfants

Ann Dermatol Venereol, 2000 ; 127 : 549-54

52. Journal Officiel de la République Française du 14 juillet 1998

Loi n° 89-847 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance.

53. Morjean, Gabillat

Prise en charge de la maltraitance : ce qui doit changer

Impact Medecin hebdo, 1996 ; 342 : 6-18

54. Ministère de la Justice

Projet de loi relatif à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

55. Roussey

Abus sexuels : les pièges de l'interrogatoire

Pédiatrie pratique, 1999 fév, 105

56. Paolucci, Genuis

A meta analysis of published research on the effect of child sexual abuse

J Psycho 2001 jan ; 135(1):17-36

Conférences

Deuxième journées européennes du droit

Enfant du monde, enfant d'Europe

Le 24 et 25 novembre 2000, Nancy

Vanistendal Stefan

La résilience , un regard qui fait vivre

Assemblée générale de la délégation de Meurthe et Moselle de l'AFIREM

le 24 février 2001, Nancy

Barudy Jorge

La valeur du travail en réseau pour la prévention et la prise en charge des enfants maltraités, ainsi que pour la prévention du syndrome d'épuisement des professionnels

Deuxième journée d'étude de la délégation de Meuse de l'AFIREM

le 1^{er} février 2001, Verdun

Annexe :

LISTE DES 26 CHU DE FRANCE

1. **Lille**
2. **Brest**
3. **Rennes**
4. **Nantes**
5. **Caen**
6. **Strasbourg**
7. **Amiens**
8. **Assistance Publique des hôpitaux de Paris : Necker
enfants-malades**
9. **Angers**
10. **Limoge**
11. **Grenoble**
12. **Tours**
13. **Besançon**
14. **Hospices civils de Lyon**
15. **Saint-Étienne**
16. **Dijon**
17. **Poitiers**
18. **Clermont-Ferrand**
19. **Toulouse**
20. **Bordeaux**
21. **Nice**
22. **Montpellier**
23. **Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille : La
Timone**
24. **Reims**
25. **Rouen**
26. **Nancy**





VU

NANCY, le **07 février 2003**

Le Président de Thèse

NANCY, le **07 février 2003**

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

Mme le Professeur **C. VIDAILHET**

Professeur **J. ROLAND**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **14 février 2003**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **C. BURLET**

RESUME DE LA THESE

Une enquête auprès de 26 interlocuteurs, responsables des services d'accueil des urgences pédiatriques de 26 CHU français a été menée pour décrire et évaluer les différentes modalités de prise en charge des enfants et adolescents victimes d'abus sexuels.

Cette étude a permis de mettre en évidence que la prise en charge d'enfants ou adolescents arrivant en consultation aux urgences pour sévices sexuels était dans la majorité des cas pluridisciplinaire. Ceci, dans l'intérêt de l'enfant victime, afin de limiter les effets néfastes de plusieurs intervenants, entraînant des consultations morcelées.

Cette pluridisciplinarité regroupe des médecins somaticiens, des médecins psychiatres, des psychologues, des assistantes sociales et des travailleurs sociaux. Cet accueil hospitalier est également étroitement attaché avec les services judiciaires, la police et la gendarmerie.

En travaillant ensemble, les décisions thérapeutiques sont plus rapides et plus efficaces. L'amélioration de la formation de tous ces partenaires, l'approfondissement des relations des différents partenaires médicaux, sociaux et judiciaires sont des éléments essentiels pour permettre une prise en charge plus adaptée des enfants victimes, faisant d'une première consultation aux urgences, une consultation thérapeutique.

TITRE EN ANGLAIS

EMERGENCY TREATMENT OF SEXUALLY ABUSED MINORS: STUDY OF 26 FRENCH HOSPITALS

THESE : MEDECINE GENERALE-ANNEE 2003

MOTS CLES

Enfance maltraitée, abus sexuels, prise en charge

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex.