



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Recommandations de Bonne Pratique

**Repérage et signalement de l'inceste par les
médecins :
reconnaître les maltraitances sexuelles
intrafamiliales chez le mineur**

ARGUMENTAIRE

Mai 2011

« Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur »

Les recommandations et la synthèse des recommandations sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr
Haute Autorité de santé
Service documentation – informations des publics
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en Mai 2011
© Haute Autorité de Santé – 2011

Sommaire

Abréviations	6
Méthode de travail	7
1 Méthode Recommandations pour la pratique clinique	7
1.1 Choix du thème de travail	7
1.2 Comité d'organisation	7
1.3 Groupe de travail	7
1.4 Rédaction de la première version des recommandations	8
1.5 Groupe de lecture	8
1.6 Version finale des recommandations	8
1.7 Validation par le Collège de la HAS	8
1.8 Diffusion	8
1.9 Travail interne à la HAS	8
1.10 Gradation des recommandations	9
2 Gestion des conflits d'intérêts	10
3 Recherche documentaire	10
3.1 Source d'informations	10
3.1.1 Bases de données bibliographiques	10
3.1.2 Autres sources	10
3.1.3 Stratégie de recherche	10
3.1.4 Sites consultés	11
3.1.5 Veille	12
Argumentaire	13
1 Introduction	13
1.1 Saisine et objectifs	13
1.2 Généralités	14
1.3 Définition du thème de travail et de ses objectifs	14
1.4 Liste des questions posées et plan des recommandations	15
1.5 Professionnels cibles de ces recommandations	16
2 Synthèse des données épidémiologiques	16
2.1 Généralités	16
2.2 Les données judiciaires	19
2.3 Les données des services de protection de l'enfance	20
2.4 Maltraitance sexuelle en milieu familial : l'inceste	21
2.5 Facteurs de risque de maltraitances sexuelles intrafamiliales sur enfants	22
2.6 Facteurs de sous-déclaration des faits	23
2.7 Conséquences de la maltraitance sexuelle chez l'enfant	24
3 Comment définir les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur ?	25
3.1 Comment définir la notion de maltraitance sexuelle ?	25
3.2 Cadre législatif	26
3.2.1 L'état du droit	26
3.2.2 Les obligations à la charge des professionnels de santé et le secret médical	29
3.3 Comment définir la notion de famille (famille élargie, famille recomposée, etc.) ?	30
3.4 Comment définir la notion d'inceste ?	31
3.4.1 La proposition de loi de Marie-Louise Fort	31
3.4.2 Définitions de l'inceste au niveau international	31

3.5	Sur quelle définition de « l'enfant » ces recommandations se basent-elles ?	32
4	Quand doit-on penser à rechercher chez un enfant un risque d'exposition à une violence sexuelle intrafamiliale ?	32
4.1	Y penser systématiquement	32
4.1.1	Y penser en cas de diagnostic de maltraitance physique ou psychique	33
4.1.2	Y penser en cas de symptomatologie inexplicée	33
4.2	Circonstances et obstacles au dévoilement	35
4.3	Quelles sont les situations à risque de violence sexuelle intrafamiliale ?	37
4.3.1	Risque de récurrence de l'inceste d'une génération à l'autre	38
4.4	Les signaux d'alerte (interrogatoire, signes physiques, comportements de l'enfant, comportements de l'entourage, etc.) ?	40
4.4.1	Les principaux signes d'alerte (interrogatoire, signes physiques, comportements de l'enfant, comportements de l'entourage, etc.)	40
4.4.2	Existe-t-il des spécificités si l'enfant présente un handicap ?	47
4.4.3	Existe-t-il des spécificités en fonction de la situation selon laquelle le professionnel exerce (médecin généraliste, urgence hospitalière, gynéco-obstétricien, pédiatre, chirurgien-dentiste, ...) ?	49
5	Quel bilan initial est recommandé en cas de doute ?	50
5.1	Comment mener l'entretien ?	50
5.1.1	Éléments à rechercher à l'interrogatoire	51
5.2	Comment mener l'examen médical physique et psychique ?	53
5.3	Diagnostic différentiel	56
6	Quelles démarches peut-on proposer pour protéger l'enfant ?	56
6.1	Historique de la protection de l'enfance en France	56
6.2	Cadre législatif de la protection de l'enfance	57
6.3	Faut-il demander un autre avis, à qui, dans quel contexte ?	58
6.4	Hospitalisation du mineur	59
7	Quand et comment informer et signaler ?	60
7.1	Distinction entre « information » et « signalement »	60
7.2	Cadre juridique du repérage	60
7.2.1	Qui doit informer et signaler ?	60
7.2.2	Transmission d'une « information préoccupante » aux services de protection de l'enfance	62
7.3	Quel est le cadre légal du signalement ?	63
7.3.1	Selon les textes législatifs	63
7.3.2	Selon le Code de déontologie médicale	66
7.4	Y a-t-il des risques à signaler ? Et des risques à ne pas signaler ?	67
7.4.1	Le partage d'informations entre professionnels	67
7.4.2	Les risques du signalement et le devoir de signaler	69
7.4.3	L'immunité des médecins en matière de signalement	71
7.5	Quelles sont les modalités du signalement : qui doit signaler ?	73
7.6	Le suivi d'une procédure de signalement	74
7.6.1	La protection administrative	74
7.6.2	La protection de l'autorité judiciaire	75
7.7	Expériences internationales	75
7.7.1	Le Conseil de l'Europe	75
7.7.2	La protection de l'enfance au Québec	75
7.7.3	La protection de l'enfance dans plusieurs pays européens	76
8	Comment favoriser la formation et l'information de tous les professionnels intervenants ?	78
8.1	Sur les modalités de repérage, le signalement, les premières démarches, le comportement à avoir vis-à-vis de l'enfant, de la famille	78

« Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur »

8.2	Éducation des professionnels de santé	80
	Annexe 1. Cadre législatif	82
	Références bibliographiques.....	85
	Participants	89
	Comité d'organisation.....	89
	Groupe de travail.....	90
	Groupe de lecture.....	90

Abréviations

En vue de faciliter la lecture du texte, les terminologies spécifiques, les abréviations et acronymes utilisés sont explicités ci-dessous (tableau 1).

Abréviation	Libellé
ASE	Aide sociale à l'enfance
BPM	Brigade de Protection des Mineurs
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CFCV	Collectif féministe contre le viol
CSP	Code de Santé Publique
DRESS	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EVS	« Événements de Vie et Santé » : enquête
Igas	Inspection générale des affaires sociales
Ined	Institut national d'études démographiques
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IST	Infection sexuellement transmissible
MST	Maladie sexuellement transmissible
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence.
Odas	Observatoire national de l'action sociale décentralisée
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OND	Observatoire Nationale de la Délinquance
Oned	Observatoire National de l'enfance en danger
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
OPP	Ordonnance de placement provisoire
SDAS	Service Départemental d'Action Sociale
Snated	Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger
Snatem	Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée
SFMU	Société francophone de médecine d'urgence

Méthode de travail

1 Méthode Recommandations pour la pratique clinique

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode Recommandations pour la pratique clinique (RPC) est l'une des méthodes utilisées par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations professionnelles. Elle repose, d'une part, sur l'analyse et la synthèse critiques de la littérature médicale disponible, et, d'autre part, sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des recommandations.

1.1 Choix du thème de travail

Les thèmes de recommandations professionnelles sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'utilisateurs. Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

1.2 Comité d'organisation

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'utilisateurs, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées. Ce comité définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, les populations de patients et les professionnels concernés. Il signale les travaux pertinents, notamment les recommandations, existants. Il propose des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture. Ultérieurement, il participe au groupe de lecture.

1.3 Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses, et, si besoin, d'autres professionnels concernés et de représentants d'associations de patients et d'utilisateurs. Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour sélectionner, analyser et synthétiser la littérature médicale et scientifique pertinente. Il rédige ensuite l'argumentaire scientifique des recommandations en définissant le niveau de preuve des études retenues. Ce travail est réalisé sous le contrôle du chef de projet de la HAS et du président.

1.4 Rédaction de la première version des recommandations

Une première version des recommandations est rédigée par le groupe de travail à partir de cet argumentaire et des avis exprimés au cours des réunions de travail (habituellement deux réunions). Cette première version des recommandations est soumise à un groupe de lecture.

1.5 Groupe de lecture

Un groupe de lecture est constitué par la HAS selon les mêmes critères que le groupe de travail. Il est consulté par courrier et donne un avis sur le fond et la forme de l'argumentaire et des recommandations, en particulier sur la lisibilité et l'applicabilité de ces dernières. Ce groupe de lecture externe est complété par des relecteurs du comité de validation des recommandations au sein de la HAS.

1.6 Version finale des recommandations

Les commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur synthèse, au cours d'une réunion de travail.

La version finale de l'argumentaire et des recommandations et le processus de réalisation sont discutés par le comité de validation des recommandations. À sa demande, l'argumentaire et les recommandations peuvent être revus par le groupe de travail. Le comité rend son avis au Collège de la HAS.

1.7 Validation par le Collège de la HAS

Sur proposition du comité de validation des recommandations, le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

1.8 Diffusion

La HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) l'intégralité de l'argumentaire, les recommandations et leur synthèse. La synthèse et les recommandations peuvent être éditées par la HAS.

1.9 Travail interne à la HAS

Un chef de projet de la HAS assure la conformité et la coordination de l'ensemble du travail suivant les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée, si besoin, par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées

dès le démarrage du travail et permettent de construire l'argumentaire. Elles sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture peuvent transmettre des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.

1.10 Gradation des recommandations

Chaque article sélectionné est analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui permet d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS (tableau 2).

Tableau 2. Gradation des recommandations	
Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
Niveau 1 <ul style="list-style-type: none">• Essais comparatifs randomisés de forte puissance• Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés• Analyse de décision basée sur des études bien menées	A Preuve scientifique établie
Niveau 2 <ul style="list-style-type: none">• Essais comparatifs randomisés de faible puissance• Études comparatives non randomisées bien menées• Études de cohorte	B Présomption scientifique
Niveau 3 <ul style="list-style-type: none">• Études cas-témoins	
Niveau 4 <ul style="list-style-type: none">• Études comparatives comportant des biais importants• Études rétrospectives• Séries de cas	C Faible niveau de preuve

En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. Dans ce texte, les recommandations non gradées sont celles qui sont fondées sur un accord professionnel. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique clinique, se référer au guide publié par l'Anaes en 1999 : « Les recommandations pour la pratique clinique - Base méthodologique pour leur réalisation en France ». Ce guide est téléchargeable sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

2 Gestion des conflits d'intérêts

Les membres du comité d'organisation et du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations d'intérêts à la HAS. Elles ont été analysées et prises en compte en vue d'éviter les conflits d'intérêts.

3 Recherche documentaire

3.1 Source d'informations

3.1.1 Bases de données bibliographiques

- Medline (National Library of Medicine, États-Unis)
- PsycInfo
- The Cochrane Library (Wiley Interscience, États-Unis)
- Pascal (Institut national de l'information scientifique et technique, France)
- BDSP (Banque de données en santé publique)
- National Guideline Clearinghouse (Agency for Healthcare Research and Quality, États-Unis)
- HTA Database (International Network of Agencies for Health Technology Assessment)

3.1.2 Autres sources

- Sites Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié
- Bibliographie des articles et documents sélectionnés

3.1.3 Stratégie de recherche

<i>Type d'étude sujet</i>	Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
<i>Recommandations</i>		Période	Nombres de références
Étape 1	<p>[[("Child Abuse, Sexual"[Majr] OR "Child Abuse"[Majr]) OR "Adult Survivors of Child Abuse"[Majr] OR (incestuous child abuse OR Intrafamilial child sexual abuse OR Child physical abuse OR Child neglect OR Child maltreatment OR Child history family violence OR Sexual abuse child OR Child history family abuse OR Family sexual violence OR child offence)[title]) AND ("Physical Examination"[Mesh] OR "Mass Screening"[Mesh] OR "Diagnosis"[Mesh] OR questionnaire "[Mesh] OR "Interview, Psychological"[Mesh] OR (screen OR screening or diagnosis or identification OR symptom)[title]]]</p> <p>OR ("Child Abuse, Sexual/prevention and control"[Majr] OR "Child Abuse/prevention and control"[Majr] OR "Child Abuse, Sexual/diagnosis"[Majr] OR "Child Abuse/diagnosis"[Majr])]</p>	01/1999-12/2010	
ET			

Étape 2	Guidelines OU Recommendation OU Guidelines as Topic OU Practice Guidelines as Topic OU Guideline OU standards OU Consensus Development Conferences as Topic OU Consensus Development Conferences, NIH as Topic OU Consensus Development Conference, NIH OU Consensus Development Conference OU Consensus conference OU Consensus statement	237
Facteurs de risque/Études de cohortes		01/1999-12/2010
Étape 3	(Child Abuse, Sexual"[Majr] AND "Risk Factors"[Mesh]) AND ("Cohort Studies"[Mesh] OR "Follow-Up Studies"[Mesh] OR "Prospective Studies"[Mesh] OR "Longitudinal Studies"[Mesh])	43
Révélation et signalement		01/1999-12/2010
Étape 4	"Child Abuse, Sexual"[Mesh] AND (information sharing OR "Mandatory Reporting"[Mesh] OR reporting OR ("Disclosure"[Mesh] OR "Truth Disclosure"[Mesh] OR "Self Disclosure"[Mesh]))	85
Violences sexuelles sur mineur handicapé		01/1999-12/2010
Étape 5	"Child Abuse, Sexual"[Mesh] AND (("Disabled Children"[Mesh] OR "Disabled Persons"[Mesh] OR "Mental Retardation"[Mesh] OR "Developmental Disabilities"[Mesh]))	36
Nombre total de références obtenues : 475 Nombre total d'articles analysés : 168 Nombre d'articles cités : 68		

En complément les sommaires des revues suivantes ont été dépouillés tout au long du projet :

Annals of Internal Medicine, Archives of Internal Medicine, British Medical Journal, Canadian Medical Association Journal, JAMA, Lancet, New England Journal of Medicine, Presse Médicale.

3.1.4 Sites consultés

- *Agency for Healthcare Research and Quality, États-Unis*
- *Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Canada*
- *Alberta Medical Association, Canada*
- *American College of Physicians, États-Unis*
- *Bibliothèque médicale AF Lemanissier, France*
- *BMJ Clinical Evidence, Royaume-Uni*
- *Canadian Task Force on Preventive Health Care, Canada*
- *Catalogue et index des sites médicaux francophones, France*
- *Centers for Disease Control and Prevention Infection Control Guidelines, États Unis*
- *Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Belgique*
- *Centre for Reviews and Dissemination, Royaume-Uni*
- *CMA Infobase, Canada*
- *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, France*
- *Expertise collective de l'Inserm, France*
- *Guidelines and Protocols Advisory Committee, Canada*
- *Guidelines International Network*
- *Haute Autorité de Santé, France*
- *Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), France*

- Institut de la statistique et des études économiques, France
- *Institute for Clinical Systems Improvement*, États-Unis
- Institut de veille sanitaire (InVS), France
- La Documentation française, France
- *Minnesota Department of Health – Health Technology Advisory Committee*, États-Unis
- *National Coordinating Centre for Health Technology Assessment*, Royaume-Uni
- *National Guidelines Clearinghouse*, États-Unis
- *National Health Services Scotland*, Royaume-Uni
- *National Institute for Health and Clinical Excellence*, Royaume-Uni
- *National Institutes of Health*, États-Unis
- *National Library of Guidelines Specialist Library*, Royaume-Uni
- *New Zealand Guidelines Group*, Nouvelle-Zélande
- Portail de la statistique publique française, France
- *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, Royaume-Uni
- *Singapore Ministry of Health*, Singapour
- Société française de médecine générale, France
- Thèses de médecine générale
- Unions régionales des caisses d'assurance maladie, France
- *U.S. Preventive Services Task Force*, États-Unis
- *World Health Organization*
- *American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect*
- Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire
- Centre national d'information sur la violence dans la famille, Canada
- Direction des affaires criminelles et des grâces
- Ministère de l'Éducation nationale
- Observatoire national de l'enfance en danger
- Observatoire national de la délinquance
- Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée

3.1.5 Veille

En complément, une veille a été réalisée jusqu'en décembre 2010 sur les sites Internet énumérés ci-dessus.

Une mise à jour a été effectuée sur Medline jusqu'en décembre 2010.

Argumentaire

1 Introduction

1.1 Saisine et objectifs

La HAS a été saisie par la DGS pour élaborer des recommandations sur le thème « Repérage des violences sexuelles intrafamiliales chez l'enfant ».

Les violences sexuelles intrafamiliales chez l'enfant, aussi dénommées violences incestueuses envers les mineurs, ont des répercussions à court et long terme sur la santé physique, psychique, le développement psychologique et le bien-être psychosocial des victimes.

Les professionnels de santé et plus particulièrement les médecins, qu'ils exercent en libéral, à l'hôpital, dans les services de santé ou à l'école, ainsi que les professionnels du secteur social sont les acteurs de proximité les plus à même de reconnaître les signes évocateurs d'une violence sexuelle.

Les indices évocateurs d'une agression sexuelle couvrent un large éventail de signes cliniques, de manifestations physiques, émotionnelles et comportementales et s'étendent de troubles discrets à des symptômes massifs. Ils varient également dans le temps.

La complexité de ce phénomène explique la nécessité pour les professionnels de santé de disposer d'informations claires et précises pour les aider dans le repérage des signes de violence sexuelle intrafamiliale.

Cette demande s'inscrit dans la continuité des travaux déjà engagés sur la problématique des violences interpersonnelles et de leur impact sur la santé.

Dans un rapport publié en 2002 par l'OMS sur « La violence et la santé », les conséquences de la violence et ses répercussions sur la santé et l'économie sont développées. Dans la suite des recommandations émises par l'OMS, la loi n°2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, prévoit un plan stratégique national de lutte pour limiter l'impact de la violence sur la santé. Ce plan n'a pas encore été officialisé mais le rapport de synthèse des travaux préparatoires a été publié à la Documentation française.

Par ailleurs, un rapport a été remis au Parlement par Mme le député Marie-Louise Fort en janvier 2009, sur le thème « Mission de lutte contre l'inceste ». Sur la base de ce rapport une proposition de modification de la loi « visant à identifier, prévenir, détecter et lutter contre l'inceste sur les mineurs et à améliorer l'accompagnement médical et social des victimes » a été déposée par Mme Fort devant l'Assemblée en février 2009.

De nos jours, l'inceste est encore trop souvent considéré comme « tabou » et avant 2009, l'inceste n'était pas reconnu en tant que tel dans le Code pénal, l'objectif était donc d'articuler « l'identification et l'adaptation du Code pénal à la spécificité de l'inceste avec sa prévention et l'accompagnement des victimes ».

Ce texte a été promulgué le 8 février 2010 dans la loi n°2010-121 tendant à inscrire l'inceste commis sur les mineurs dans le Code pénal et à améliorer la détection et la prise en charge des victimes d'actes incestueux.

Selon ce texte de loi (art. 222-31-1 du Code pénal), « les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis au sein de la famille sur la personne d'un mineur par un ascendant, un frère, une sœur ou par toute autre personne, y compris s'il s'agit d'un concubin d'un membre de la famille, ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ».

Avant cette loi, le terme même d'inceste n'était pas inscrit dans la législation française. Cette lacune était souvent mal vécue par les victimes qui le percevaient comme une négation de la spécificité des violences qu'elles avaient endurées.

La proposition de loi faite au Parlement visait à inscrire expressément l'inceste dans le Code pénal français en s'appuyant sur le témoignage de victimes d'inceste et de professionnels impliqués dans leur prise en charge **(1)**.

Dans la continuité de cette loi, ces recommandations ont donc pour objectifs de :

- favoriser un dépistage précoce, car plus la prise en charge à toutes les étapes, est rapide plus elle s'avère efficace ;
- rappeler le contexte réglementaire, parfois mal connu des professionnels et qui peut être source de retard dans le signalement ;
- former et informer les professionnels sur ce sujet parfois encore considéré comme « tabou » et favoriser les échanges interdisciplinaires.

1.2 Généralités

Les violences sexuelles chez l'enfant, au-delà du drame de société, constituent un important problème de santé publique si l'on prend en compte la fréquence des souffrances et des conséquences médico-psychologiques, psychiatriques et sociales, présentées à court, moyen et long terme par les victimes.

Les maltraitances sexuelles incitent les professionnels de santé à un décloisonnement de leurs pratiques puisque s'impose un travail en partenariat et en réseau avec l'école, les services socio-éducatifs, les associations mais aussi la justice et la police. Plus particulièrement, les violences intrafamiliales ou domestiques sont pour les acteurs de santé une préoccupation centrale, dans la mesure où elles sont souvent cachées et touchent surtout les personnes les plus fragilisées.

Dans la pratique, il faut noter la diversité des situations. Mais au-delà de cette diversité, il s'agit toujours de repérer systématiquement les signes éventuels de maltraitance sexuelle, quels que soient les motifs avancés de la consultation, et de prendre en compte les trois dimensions potentielles, médicale et de soin, judiciaire, et sociale, plus ou moins imbriquées, d'une telle situation.

1.3 Définition du thème de travail et de ses objectifs

Ces recommandations portent sur le repérage des violences sexuelles intrafamiliales chez l'enfant. Ce repérage peut porter sur une situation d'évolution récente et toujours présente ou sur une situation plus ancienne voire parfois terminée au moment du repérage. Toutes ces situations entraînent chez l'enfant des traumatismes importants qu'il est nécessaire d'identifier même à distance. Cependant l'expression de ces traumatismes et les modalités de repérage pouvant être différentes entre l'adulte et l'enfant, ces recommandations ne concernent que l'enfant. La population concernée par ce thème est constituée d'enfants âgés de moins de 18 ans.

Les mutilations sexuelles sont exclues de ce thème car elles s'apparentent à de la maltraitance physique plus qu'à de la maltraitance sexuelle, n'ayant pas pour but la satisfaction sexuelle de celui qui les pratique. De ce fait leur repérage nécessite des recommandations spécifiques qui ne peuvent être partagées avec les autres violences sexuelles.

Conformément à la demande de la DGS, ces recommandations portent sur les violences sexuelles intrafamiliales compte tenu du contexte particulier dans lequel ont lieu ces agressions :

- poids du secret plus important dans le cercle familial ;
- difficultés plus grandes pour l'enfant de témoigner sans le soutien de sa famille ;
- retentissement psychologique potentiellement plus important dès lors que l'enfant est abusé par ses propres parents ;
- difficultés pour les intervenants d'obtenir des informations dans ce contexte souvent considéré comme « tabou » ;
- problématique moins souvent envisagée, parce que plus redoutée par les professionnels de santé comparée aux autres types d'agressions sexuelles ;
- craintes de « représailles » en particulier juridiques, après un signalement : souvent plus fréquentes en cas de suspicion d'inceste.

Ce travail est limité au repérage des violences sexuelles intrafamiliales chez l'enfant, les autres maltraitances ou agressions sexuelles en dehors du cadre intrafamilial en sont donc exclues. Cependant, dans certains cas où les stratégies de repérage, les signes d'appel, certaines situations à risque seraient les mêmes que le contexte soit intrafamilial ou extra-familial, les recommandations pourront être appliquées quel que soit le contexte.

L'objectif de ces recommandations est donc d'aider les professionnels de santé à détecter et à initier la prise en charge en cas de suspicion de violence sexuelle intrafamiliale chez un enfant. Ces recommandations ne développent pas les éléments de diagnostic à rechercher pour confirmer ou infirmer la maltraitance sexuelle.

1.4 Liste des questions posées et plan des recommandations

- **Comment définir les maltraitances sexuelles intrafamiliales envers un mineur ?**
 - a) Comment définir la notion de maltraitance sexuelle chez le mineur ?
 - b) Comment définir la notion d'« intrafamiliale » ?
- **Quand doit-on penser à une maltraitance sexuelle intrafamiliale chez un mineur ?**
 - a) Quelles sont les situations à risque de maltraitance sexuelle intrafamiliale ?
 - b) Quelles sont les situations de découverte (interrogatoire médical, signes physiques, comportements du mineur, comportements de l'entourage, etc.) ?
- **Comment mener l'examen médical physique et psychique en cas de suspicion de maltraitance sexuelle intrafamiliale ?**
 - a) Accueil et entretien avec le mineur et sa famille
 - b) Examen du mineur
- **Comment protéger le mineur ?**
 - a) Signaler aux autorités judiciaires
 - b) Hospitaliser le mineur
 - c) Les suites du signalement
- **Signalement : quand et comment signaler ?**
 - a) Modalités de rédaction du signalement
 - b) Transmission d'un signalement
 - c) Cadre juridique du signalement
 - d) Existe-t-il des risques à signaler ? Et des risques à ne pas signaler ?

1.5 Professionnels cibles de ces recommandations

Les professionnels de santé **cibles** de ces recommandations sont les médecins : les médecins généralistes, les urgentistes, les médecins scolaires, les médecins de PMI, les pédiatres, les pédopsychiatres, les psychiatres, les gynécologues, et les médecins spécialisés en addictologie.

Les autres professionnels **concernés** sont les infirmières scolaires, les sages-femmes, les puéricultrices, les psychologues, les assistantes sociales, l'ensemble des travailleurs sociaux ainsi que tous les professionnels exerçant auprès des mineurs.

2 Synthèse des données épidémiologiques

2.1 Généralités

Selon le **rapport « Mission de lutte contre l'inceste »**, publié en janvier 2009, des données épidémiologiques peuvent être extraites d'études ciblées, mais aucune étude générale n'a été retrouvée.

L'enquête de victimisations Insee/OND sur les violences sexuelles ou physiques commises au sein du ménage **(2)** et l'enquête « Événements de vie et santé » (EVS) de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et du ministère du Travail **(3,4)** ne permettent ni l'une ni l'autre d'observer le lien familial entre l'auteur et la victime. Néanmoins, ces études fournissent quelques données éclairantes. Ainsi, 11 % des femmes interrogées dans le cadre d'EVS en 2006 ont déclaré avoir été victimes de violences sexuelles. Parmi elles, 40 % l'ont été pendant leur minorité.

L'enquête sur la sexualité en France menée par l'Inserm et l'Ined en 2006 **(5)** révèle pour sa part que près de 10 % des femmes et 3 % des hommes auraient subi au moins un rapport sexuel ou une tentative de rapport sexuel forcé avant leur majorité. Près du tiers des femmes de plus de 40 ans déclarant ces faits incriminent une personne de leur famille.

Quant à l'étude menée par l'Oned en 2008 sur le chiffre « noir » des violences sexuelles subies par les mineurs, elle conclut aussi que près de 3 femmes sur 100 ont été victimes de violences sexuelles « de manière durable » durant l'enfance **(6)**.

Selon la **conférence de consensus (Fédération française de psychiatrie – 2003)** « Les conséquences des maltraitances sexuelles : les reconnaître, les soigner, les prévenir » **(7)** concernant les maltraitances sexuelles chez l'enfant, en France, les sources fiables sont celles de l'Oned (Observatoire national de l'enfance en danger) et du Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée (Snatem).

Ce sont les seules à offrir un panorama national du problème. Les signalements pour abus sexuels sur enfants, après avoir connu une régression (1995 = 5 500, 1999 = 4 800, soit une baisse d'un peu plus de 13 %), connaissent actuellement de nouveau une progression (2000 = 5 500 ; 2001 = 5 900).

Évolution des situations d'abus sexuels sur enfants entre 1995 et 2001 (source Oned 2002)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Abus sexuels	5 500	6 500	6 800	5 000	4 800	5 500	5 900
Total des enfants maltraités	20 000	21 000	21 000	19 000	18 500	18 300	18 000

Les abus sexuels sur enfants représentent aujourd'hui un tiers des situations de maltraitances, alors qu'il y a 8 ans ils n'en représentaient qu'un peu plus d'un quart (27,5 %).

C'est la seule maltraitance, comparée aux autres, qui ne connaît pas de véritable baisse dans le temps. Bien au contraire, alors que jusqu'en 1998 la tendance était à la baisse pour l'ensemble des maltraitances infantiles, depuis 1999 on assiste à une inversion de cette tendance pour les maltraitances sexuelles. L'abus sexuel, depuis cette date, devient la seule maltraitance dont le nombre de cas augmente.

La Snatem, sur la base de son « numéro vert 119 », enregistre le même constat : après une baisse sensible des appels pour abus sexuels (30 % en 1997, 17 % en 1999), de nouveau on assiste à une légère croissance des appels (20,1 % en 2001), mais avec toujours la même répartition des situations d'abus.

	1998	1999	2000	2001
Climat équivoque (%)	26	27	23,6	25,4
Attouchement (%)	49	48	50,3	49,6
Viol (%)	25	25	26,1	25
Total (%)	100	100	100	100

Les violences sexuelles concernent plus souvent les enfants de moins de 9 ans (45%), avec une proportion plus marquée pour les 3-6 ans qui sont désignés dans 22 % des cas. La proportion de ces derniers est elle aussi en augmentation : 22 % en 2000, 23,4 % en 2001.

Les très jeunes enfants et les bébés sont aussi des victimes potentielles. La consultation pédiatrique de Lille remarque qu'en 1980, sur les 800 admissions de nourrissons aucune agression sexuelle n'était diagnostiquée, et en 1988, les premiers diagnostics d'agressions sexuelles étaient posés pour quatre bébés, depuis, ce chiffre ne cesse de croître **(8)**.

Enfin il ne faut pas oublier qu'un certain nombre, très faible au demeurant, d'agressions sexuelles d'enfants se termine par un infanticide **(9)**.

Au niveau international, dans un rapport publié en 2005 par l'Académie américaine de pédiatrie sur l'évaluation des abus sexuels chez l'enfant, il est rapporté un taux de victimes d'abus sexuels de 12 à 25 % chez les filles et de 8 à 10% chez les garçons

âgés de moins de 18 ans. Les agresseurs sont plus souvent de sexe masculin et dans 20% des cas l'agresseur est un adolescent **(10)**.

En 2003, sous l'égide du Conseil de l'Europe, un rapport a fait une synthèse intitulée « L'abus sexuel des enfants en Europe ». Cet ouvrage, en comparant les situations et les politiques menées dans différents pays européens, a tenté de proposer des stratégies de prise en charge afin de prévenir les abus sexuels **(11)**.

Concernant les abus sexuels d'enfants en général, les chiffres de prévalence recueillis dans différents pays européens sont difficiles à comparer car les critères (définition de l'enfance, comportement sexuel, notion de consentement, etc.) sur lesquels ils portent sont définis différemment d'un pays à l'autre.

Ainsi le taux de prévalence peut varier de 0,9 % (si on ne considère que les viols) à 50 % (avec une définition d'abus sexuels plus large). En moyenne et sur la base d'échantillons de probabilité au sein de la population générale, on retrouve des taux de 9 à 33 % pour les filles et de 3 à 15 % pour les garçons.

Aux États-Unis, sur la base de méta-analyses menées à la fin des années 90, il est rapporté un taux de prévalence d'environ 12 à 17 % pour les filles et 5 à 8 % pour les garçons.

D'autres études conduites en dehors des États-Unis rapportent des chiffres proches, et l'ensemble des études montre que la prévalence de l'abus sexuel d'enfant ne diminue pas, mais selon les auteurs ceci pourrait être aussi dû à l'amélioration des méthodes de collecte et à une sensibilisation accrue au problème.

Par ailleurs, ces études donnent des indications de caractéristiques et de tendances :

- Les violences sexuelles concernent plus fréquemment les filles (ratio 1,5 à 3).
- Les sévices sont plus fréquemment commis par une personne de connaissance mais hors de la famille (62 % à 81 % chez les filles et 84 % à 94 % chez les garçons).
- Concernant l'inceste père-fille (père, beau-père, père adoptif), on estime que 4 % à 5 % des filles ont été victimes de cet abus.
- Les auteurs de violences sexuelles sur enfant sont majoritairement des hommes (92 % à 99 % pour les victimes féminines et 65 % à 68 % pour les garçons).
- Concernant le signalement des abus par les victimes, il est plus fréquent auprès d'amis ou de personnes de confiance plutôt qu'auprès des services de police, services sociaux ou de santé **(11)**.

En 1999, dans le canton de Vaud en Suisse, une enquête a été menée durant 3 mois, afin d'évaluer le nombre d'enfants mineurs (0 à 18 ans) maltraités repérés ou pris en charge par divers types de professionnels, et afin de décrire le profil de ces mineurs. Dans le cadre de cette enquête, 709 mineurs ont eu un contact direct avec au moins un professionnel, pour une situation présente de « maltraitance » présumée ou avérée (2/3 de cas avérés et 1/3 de cas présumés).

Les types de maltraitance étudiés ont été, la maltraitance psychologique, physique, sexuelle et la négligence.

Bien que cette étude porte sur la maltraitance faite aux enfants en général, des données relatives aux violences sexuelles peuvent en être extraites. Ainsi, les filles sont plus souvent l'objet de maltraitance, du fait de leur forte surreprésentation dans la catégorie de la maltraitance sexuelle (116 filles contre 29 garçons). Concernant l'évolution du type de maltraitance selon l'âge, la maltraitance sexuelle reste proportionnellement assez stable avec l'âge, avec une pointe entre 10 et 14 ans. Selon les auteurs le fait que la maltraitance sexuelle, souvent repérée chez les filles alors qu'elles ont plus de 10 ans ne signifie pas que ce type de maltraitance est moins fréquent à l'égard des filles plus jeunes (comme l'indique la littérature), mais que ce n'est qu'à partir de cet âge qu'elles peuvent explicitement s'en plaindre.

L'auteur de la maltraitance est le père ou la mère dans 35 % pour les cas présumés de type sexuel. Les hommes représentent 56 % des auteurs, les femmes 27 % et les deux

sexes simultanément 17%. Les hommes sont les auteurs les plus fréquents pour les cas de maltraitance physique et sexuelle **(12)**.

Au Canada, une étude d'envergure nationale a été menée **en 1998** afin d'évaluer l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants. Cette étude se fonde sur 7672 enquêtes menées par 51 centres dans toutes les provinces et tous les territoires canadiens. Les résultats de cette étude ont montré qu'en 1998, il y a eu environ 21,52 enquêtes sur des cas de mauvais traitements pour 1 000 enfants au Canada.

Quarante-cinq pour cent de ces enquêtes se rapportaient à des cas corroborés, 22%, à des cas demeurant présumés et 33%, à des cas non corroborés. Concernant les abus sexuels, ils ont été définis dans l'étude comme les cas où un adulte ou un adolescent se sert d'un enfant à des fins sexuelles. Cette forme d'abus inclut les caresses, les relations sexuelles, l'inceste, la sodomie, l'exhibitionnisme et l'exploitation commerciale sous forme d'incitation à la prostitution ou de production de matériel pornographique. L'étude a répertorié sept formes d'abus sexuel. Les attouchements ou caresses des organes génitaux (68 %) étaient la forme la plus courante d'abus sexuel à l'égard d'enfants. La relation sexuelle et la tentative d'avoir une relation sexuelle représentaient plus du tiers (35 %) de tous les cas corroborés. L'exhibitionnisme, consistant à ce qu'un adulte exhibe ses organes génitaux devant un enfant, a été signalé dans 1 % des cas. Le harcèlement sexuel (4 %) et l'exploitation sexuelle (6 %) étaient les formes les moins courantes.

Globalement, l'abus sexuel représentait le principal motif d'enquête dans 10 % de tous les cas de mauvais traitements signalés. Trente-huit pour cent de tous ces cas étaient corroborés **(13)**.

Selon les recommandations anglaises du *Royal College of Paediatrics and Child Health*, publiées **en 2008**, sur le thème des signes cliniques en cas d'abus sexuel chez un enfant, les données de prévalence en Angleterre, comme dans les autres pays, restent imprécises et sont probablement sous-estimées. Selon le Département de la santé, en 2006, 2 600 nouveaux cas d'abus sexuel chez un mineur ont été rapportés. Par ailleurs, la variété des définitions et des perceptions de ce qui est considéré comme un abus sexuel rend difficile la comparaison des données. Une étude menée en 1991, auprès de 1 000 étudiants a montré que seulement la moitié des personnes victimes d'abus sexuels s'étaient confiées à un tiers, 5 % des cas avaient été notifiés à une institution et seulement 1% avait fait l'objet de poursuites. Dans une étude plus récente, portant sur 2 869 jeunes âgés de 18 à 24 ans, avec un taux de réponse de 69 %, 11 % des personnes interrogées considéraient avoir été sexuellement abusées **(14)**.

2.2 .Les données judiciaires

À Paris, la brigade de protection des mineurs (BPM) de la Direction de la police judiciaire se compose de deux sections :

- les groupes d'enquêtes, chargés des affaires menées dans le milieu intrafamilial (incestes, excisions, enlèvements parentaux, maltraitances, etc.) ;
- les groupes opérationnels, traitant les affaires commises dans le milieu extrafamilial (agresseurs sexuels, traite des êtres humains, prostitution, etc.), ainsi qu'un groupe spécialisé dans la répression de la pédophilie et de la pédopornographie sur Internet.

La BPM est confrontée à une extrême diversité de situations. En intrafamilial tout particulièrement, les difficultés sont importantes parce que les éléments matériels sont rares et les techniques policières classiques inopérantes.

La BPM a traité, **en 2010** : 1 006 affaires pénales mettant en cause 777 personnes dont 401 ont été placées en garde à vue et 1 659 enquêtes générales (signalements, notes juges des enfants, mains courantes...).

Elle a notamment traité en 2010 : 95 affaires de viols en extrafamilial (153 agressions sexuelles) et 73 viols en intrafamilial (64 agressions sexuelles).

Parmi les dossiers traités en 2010 par la BPM, 40 % des victimes d'agressions sexuelles incestueuses (au sens de la loi du 8 février 2010) de moins de 15 ans ont subi les faits de la part de leur père. Le temps moyen de dénonciation des faits était de près de 10 ans pour les agressions sexuelles et de près de 11 ans pour les viols incestueux **(15)**.

Selon le rapport publié **en 2003**, sous l'égide du Conseil de l'Europe et intitulée « L'abus sexuel des enfants en Europe », les statistiques judiciaires, quel que soit le pays d'Europe, sont souvent inférieures à la réalité. En France, selon les données extraites des rapports annuels de la sous-direction des statistiques du ministère de la Justice, le nombre total de condamnations pour sévices à enfant a augmenté de 26% (de 2 836 à 3 569) entre 1990 et 1994. Cependant, ces résultats ne constituent pas un indicateur fiable du niveau d'abus sexuel des enfants en France, ils révèlent uniquement le nombre relativement réduit d'affaires qui parviennent au stade de poursuites **(11)**.

Le ministère de la Justice du **Canada** a élaboré **en 2005**, une fiche technique sur le thème de la violence et de l'exploitation sexuelle des enfants et des adolescents.

Les données épidémiologiques issues des cas signalés aux 94 services de police canadiens rapportent, en 2002, 8 800 agressions sexuelles envers des enfants ou des adolescents. Ce chiffre inclut 2 863 agressions sexuelles envers des enfants ou des adolescents commis par des membres de la famille.

Environ le quart des agressions envers des enfants ou des adolescents signalées à la police en 2002 (25 %) impliquaient des membres de la famille.

Concernant les caractéristiques des victimes, toujours en 2002, 81 % des victimes d'agressions sexuelles reliées à la famille signalées à un ensemble de services de police étaient des filles. Ce taux était près de quatre fois plus élevé que celui des hommes **(16)**.

2.3 Les données des services de protection de l'enfance

Selon le **rapport de l'Odas** (Observatoire national de l'action sociale décentralisée) publié **en 2005** sur le thème de la protection de l'enfance 95 000 enfants ont fait l'objet d'un signalement par les conseils généraux en 2004 (soit 19 000 enfants maltraités et 76 000 enfants à risque¹) ce qui représente une augmentation de 7 % par rapport à 2003.

Cette forte croissance confirme la hausse déjà constatée en 2003 (+ 3 000 enfants par rapport à 2002) après plusieurs années de progression plus mesurée (3 000 enfants de plus en 4 ans).

Parmi les enfants maltraités, 28,94 % ont subi des violences sexuelles en 2004, ce taux était de 28,88% en 2003 et 31,89 % en 2002.

¹ Conformément aux définitions du guide méthodologique de l'Odas (juin 2001) :

- Un enfant maltraité est un enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique.
- Un enfant à risque est un enfant qui connaît des conditions d'existence risquant de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, sans pour autant être maltraité.
- C'est l'ensemble de ces enfants que recouvre la notion d'enfants en danger.

Selon ce rapport, cette évolution pourrait être due à une progression de la violence dans les relations sociales avec une déficience des règles élémentaires du vivre-ensemble. Ce qui peut aussi participer à la progression des abus sexuels **(17)**.

Dans son rapport annuel, publié en novembre **2007**, l'**Odas** expose l'évolution des données concernant le nombre d'enfants signalés en danger entre 1998 et 2006, en France. Ainsi, depuis 1998, le nombre d'enfants identifiés en danger a progressé de manière continue, passant de 83 000 (19 000 enfants maltraités et 64 000 enfants à risque) en 1998 à 98 000 (respectivement 19 000 et 79 000) en 2006. Il apparaît que cette évolution concerne essentiellement les enfants à risque avec une augmentation de 23 % des cas entre 1998 et 2006.

Il est noté aussi que le taux de signalement en population générale augmente également, puisqu'en 1998, 5 enfants sur 1 000 étaient concernés, pour 7 sur 1 000 en 2005 : le nombre d'enfants signalés en danger progresse plus vite que la population de la tranche d'âge correspondante.

En 2006, sur les 19 000 enfants maltraités, 4 300 étaient victimes de violences sexuelles, soit un taux de 22,63 % des enfants maltraités. Il était de 26,31 % en 1998 **(18)**.

2.4 Maltraitance sexuelle en milieu familial : l'inceste

L'inceste n'étant pas cité par le Code pénal, il est difficile statistiquement d'en différencier les chiffres des autres agressions, quoique la mention « par ascendant » puisse donner quelques indications.

L'étude nationale américaine de prévalence d'agressions sexuelles intrafamiliales sur les enfants entre 0 et 17 ans évalue celle-ci à un taux de 1,9 % sur un an et de 5,7 % sur l'ensemble de la population étudiée **(19)**.

L'enquête finlandaise rapporte des taux pour les filles de 2 % avec le père et de 3,7 % avec un beau-père **(20)**.

En France, les cas d'inceste constituent 20 % des procès d'assises, ils représentent 75 % des situations d'agressions sexuelles sur enfants **(21)** et plus de 57 % des viols sur mineurs **(source CFCV)**.

L'étude canadienne de Fischer montre qu'en cas d'agression intrafamiliale, la première agression se déroule à un âge plus précoce (6,98 ans vs 9,88 ans) que dans le cas d'une agression extrafamiliale, la durée est plus longue avec un fort niveau de traumatisme. Cependant on y enregistre moins d'usage de force physique mais plus d'injonctions fermes à ne pas révéler l'agression **(22)**.

L'auteur E Josse, psychologue spécialiste de la maltraitance, rapporte dans un article intitulé « Déceler les violences sexuelles faites aux enfants » paru en 2007 que dans la majorité des cas (60 à 90 % selon les pays) la jeune victime connaît son agresseur et plus la victime est jeune plus la probabilité est élevée que l'auteur soit un membre de la famille ou un proche **(23)**.

Enfin, il est nécessaire d'évoquer les « agressions sexuelles muettes », celles invisibles induites par un climat familial « incestuel » et qui sont plus particulièrement le fait des mères. Il s'agit le plus fréquemment de vérifications, pouvant prendre la forme d'exploration sous couvert d'hygiène des orifices anaux, génitaux ; de très grande proximité physique ; de pénétration régulières des espaces d'intimité ; d'exhibitionnisme parental ; de confidences érotiques mais aussi de dévalorisation morale ou physique de l'enfant **(24)**.

2.5 Facteurs de risque de maltraitances sexuelles intrafamiliales sur enfants

Par « facteurs de risque » on entend les situations personnelles ou sociales ou les éléments d'histoires individuelles qui peuvent déclencher ou activer ou encore susciter l'agression sexuelle.

Selon la conférence de consensus menée par la Société francophone de médecine d'urgence, en France en 2004, sur le thème « Maltraitance : dépistage et conduite à tenir aux urgences », le risque de maltraitance naît de la conjonction et de l'accumulation de facteurs individuels et environnementaux à un temps donné, aussi bien pour le(s) maltraitant(s) que pour la personne maltraitée. « On ne naît ni victime, ni maltraitant. » **(25)**.

Lorsqu'il s'agit de maltraitances sexuelles intrafamiliales deux grands indicateurs sont identifiés : les difficultés relationnelles familiales (73 %) ainsi que les situations de séparation ou de divorce (43 %).

Les indicateurs secondaires majorant la situation à risque étaient la précarité (7 %) et l'alcoolisme (11 %) **(21)**.

Un autre risque identifié est l'âge de la mère. Plus une jeune fille devient mère jeune et ce au-dessous de 18 ans, plus le risque d'agression sexuelle augmente **(26)**.

Plus classiquement on retrouve aussi parmi les facteurs de risque une mère présentant une pathologie mentale. La maltraitance physique doit aussi fonctionner comme un indicateur pertinent d'une potentialité d'agression sexuelle dans la famille.

Un dernier facteur de risque ne doit pas être négligé, c'est lorsqu'un des parents (ou les deux) fut lui-même victime d'une agression sexuelle dans l'enfance. **(27)**.

Le **rapport de l'Odas** (Observatoire national de l'action sociale décentralisée) publié en **2005** sur le thème de la protection de l'enfance propose une liste de « facteurs à l'origine du danger » repérés par les travailleurs sociaux comme cause(s) du danger, qu'il s'agisse d'enfants maltraités ou d'enfants en risque. Cette liste (données 2004) comprend :

Carences éducatives des parents	50 % des enfants signalés
Conflits de couple et séparation	30 % des enfants signalés
Problèmes psychopathologiques des parents	13 % des enfants signalés
Dépendance à l'alcool ou à la drogue	12 % des enfants signalés
Maladie, décès d'un parent, chocs affectifs	7 % des enfants signalés
Chômage, difficultés financières	13 % des enfants signalés
Cadre de vie, habitat	8 % des enfants signalés
Errance, marginalité	4 % des enfants signalés
Autres	12 % des enfants signalés

Il ressort de ces observations que la précarité économique ne constitue que très minoritairement un facteur de danger (elle concerne 13 % des enfants signalés). En revanche le déficit relationnel, entre parents et enfants d'une part, entre les familles et leur environnement d'autre part, semble expliquer la grande majorité des signalements **(17)**.

L'enquête conduite par l'**Odas** en **2007** confirme les facteurs de danger identifiés comme les plus fréquents lors des années précédentes. Les violences conjugales,

recherchées comme facteur à partir de 2006, se rajoutent en 2007 aux autres facteurs et concernent 11 % des enfants signalés **(18)**.

2.6 Facteurs de sous-déclaration des faits

La faible prévalence rapportée des cas de violence sexuelle faite aux enfants dépend probablement en grande partie du contexte de l'agression et de variables propres aux victimes et aux intervenants.

Certains de ces facteurs, plus spécifiques au caractère intrafamilial de l'agression, constituent un frein supplémentaire à la déclaration des faits.

- Facteurs liés au contexte
 - cadre familial fermé : les victimes vivant avec leur bourreau, dont elles peuvent dépendre, ont plus de difficultés à les dénoncer ;
 - le tabou de l'inceste, qui se surajoute au tabou de la sexualité.
- Facteurs liés à la victime :
 - chez les jeunes enfants, la méconnaissance ou la non-reconnaissance du caractère abusif de l'agression, parce que faite par un proche sans violence physique associée ;
 - le caractère intimidant de l'agresseur et la dépendance psychologique de l'enfant vis-à-vis d'un membre de sa famille ;
 - le sentiment de honte et de culpabilité d'autant plus présent en cas d'inceste (sentiment d'avoir trahi l'autre parent) ;
 - la proximité affective avec l'abuseur rendant plus difficile la déclaration,
 - la peur de conséquences négatives pour la famille voire pour l'agresseur notamment lors d'abus intrafamilial ;
 - la crédibilité des victimes : d'autant plus remise en cause par l'entourage en cas d'abus intrafamilial ;
 - l'absence d'une personne de confiance ; l'enfant abusé par un proche aura tendance à douter de la bienveillance des autres proches.
- Facteurs liés aux intervenants potentiels :
 - la peur des professionnels de s'immiscer dans la sphère privée de la famille ;
 - la promesse du secret faite à la victime ;
 - la crainte des conséquences du dévoilement : éclatement de la cellule familiale, réactions de l'entourage familial, risque de porter préjudice à l'enfant en induisant une réaction de vengeance de l'agresseur ;
 - le manque de formation des intervenants (23).

Concernant la maltraitance envers les enfants, dans une enquête menée par l'Unité 750 de l'Inserm en 2000 sur les morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an, il est rapporté que si les pédiatres hospitaliers ont soupçonné une maltraitance dans 10 % des cas, ils n'ont déclaré le diagnostic de mort violente suspecte que dans 5,4% des cas. Selon les auteurs, même en cas de suspicion de mauvais traitements, il y a souvent un sous-signalement, peut-être en partie attribuable à une démotivation des médecins face au faible retour d'information (dans seulement 13 % des cas de signalement à la justice) **(28)**.

Une étude prospective a été menée en **2007** aux États-Unis, auprès de 434 praticiens afin de déterminer avec quelle fréquence les médecins déclaraient un cas suspect de maltraitance à enfant et quels facteurs pouvaient influencer cette déclaration. Après analyse de 15 003 dossiers de patients, 27 % des cas considérés comme probables ou très probablement liés à une maltraitance n'ont pas été déclarés aux services de protection de l'enfance, ainsi que 76% des cas considérés comme possibles.

Les facteurs liés au patient pouvant favoriser une déclaration étaient le fait que l'histoire de la maladie n'était pas compatible avec les lésions observées et si le patient était adressé pour une suspicion de maltraitance.

Ainsi, le degré de suspicion de maltraitance du clinicien constituait un indicateur important de déclaration. Les lésions considérées comme probablement non liées à une maltraitance étaient très rarement déclarées. De plus, les lésions sévères étaient plus fréquemment déclarées que des lésions mineures. **(29)**

2.7 Conséquences de la maltraitance sexuelle chez l'enfant

Selon la conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie, **de 2003** sur le thème des « Conséquences des maltraitances sexuelles », l'analyse des conséquences des maltraitances sexuelles s'appuie sur des données qui repèrent la fréquence et le polymorphisme des tableaux cliniques sans que celles-ci ne préjugent d'un lien étiologique entre agression sexuelle et pathologie constatée.

Des études repèrent des symptômes traumatiques immédiats et le syndrome de stress post-traumatique (*Post Traumatic Stress Disorder* ou PTSD), et des effets psychiques à plus long terme, principalement l'anxiété, les risques dépressifs, les difficultés d'ordre sexuel et domestique.

Sont repérés également comme conséquences les conduites addictives, les troubles du comportement alimentaire, les automutilations, les prises de risque, et les troubles des conduites sexuelles.

Il est noté aussi un surcroît des troubles somatoformes et l'existence de nombreux antécédents de violences sexuelles dans certaines pathologies chroniques.

Ces pathologies secondaires ou tardives sont soumises à l'influence de facteurs individuels, environnementaux et temporels. Il faut insister sur le fait que le risque relatif de survenue d'une conséquence pathologique dans le cadre des maltraitances sexuelles est beaucoup plus élevé que dans d'autres circonstances accidentelles.

En conclusion, ces études prennent essentiellement en compte la violence ressentie et exprimée avec toute la subjectivité que cela implique **(7)**.

Bouchard *et al.* ont mené **en 2006** une enquête auprès d'un échantillon représentatif (n = 804 adultes) de la population du **Québec (Canada)** afin d'évaluer les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique vécue pendant l'enfance. Selon cette étude il apparaît que chez les hommes comme chez les femmes, les victimes de violence sexuelle, psychologique ou physique présentent une proportion plus élevée de détresse psychologique que les répondants qui n'ont pas été victimes de ces violences.

Les résultats de l'étude montrent également que la violence sexuelle vécue dans l'enfance est associée aux diverses séquelles étudiées (détresse psychologique, santé physique, stress post-traumatique) à l'âge adulte chez les hommes davantage que chez les femmes. Selon les auteurs, la violence sexuelle vécue par les hommes pendant l'enfance serait moins fréquemment dévoilée car plus inavouable. De ce fait, la majorité des victimes des situations d'agression sexuelle connues étant des femmes, davantage de services curatifs leur sont destinés, tant à court qu'à long terme, atténuant ainsi les conséquences négatives chez elles. Ces différentes réalités pourraient expliquer le fait que les hommes présentent davantage de séquelles à l'âge adulte.

La conclusion de l'article fait état d'une recommandation sur le dépistage : « De plus, le fait que les victimes de mauvais traitements pendant l'enfance présentent encore des séquelles à l'âge adulte fait souhaiter qu'un dépistage des différentes formes de violence vécues soit fait plus tôt. Cela permettrait d'atténuer plus rapidement les conséquences qu'elles entraînent » **(30)**.

3 Comment définir les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur ?

3.1 Comment définir la notion de maltraitance sexuelle ?

Selon le rapport intitulée « L'abus sexuel des enfants en Europe » publié en **2003**, sous l'égide du Conseil de l'Europe, l'abus sexuel d'enfant peut prendre diverses formes, telles que l'inceste, la prostitution, le viol, les violences sexuelles infligées par d'autres enfants et l'abus sexuel institutionnel **(11)**.

La conférence de consensus conduite en France par la Fédération française de psychiatrie en **2003** sur les conséquences des maltraitances sexuelles **(7)** définit en premier lieu la maltraitance en se basant sur la définition de l'Odas (2001) qui caractérise l'enfant maltraité comme « tout enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes, ayant des conséquences sur son développement physique et psychologique ».

Puis pour la notion de maltraitance sexuelle, la conférence reprend la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2002) selon laquelle la maltraitance sexuelle est « une exploitation sexuelle qui s'appuie sur la notion de l'abus et de ses modalités : abus sans toucher, abus avec toucher sans violence, abus avec violence, attitudes malsaines, modalités de type passif relevant d'une action de protection et d'un climat incestueux et de type actif impliquant attouchement et prostitution ».

Selon l'OMS « 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 différentes formes : appels téléphoniques obscènes, outrages à la pudeur et voyeurisme, images pornographiques, rapports ou tentatives de rapports sexuels, viol, inceste ou prostitution ».

Plus récemment, dans un guide de prévention de la maltraitance chez l'enfant publié en **2006** par l'OMS, le terme « d'abus sexuel » est défini comme « l'implication d'un enfant dans des activités sexuelles qu'il ne peut totalement comprendre, pour lesquelles il est incapable de donner son consentement ou pour lesquelles il n'a pas la maturité mentale suffisante, ou qui sont en violation avec les lois ou les tabous sociaux. Les enfants peuvent être abusés sexuellement par des adultes ou d'autres enfants qui sont, compte tenu de leur âge ou de leur niveau de développement, en position de responsabilité, de confiance ou d'emprise sur la victime » **(31)**.

Selon les recommandations du **NICE publiées en 2009**, le terme d'« abus sexuel » est défini comme le fait de forcer ou d'inciter un enfant ou une jeune personne à prendre part à une activité sexuelle, incluant la prostitution, même si l'enfant est informé de ce qui se passe.

Les activités sexuelles comprennent les activités avec contact physique, incluant les actes avec pénétration (viol, sodomie, etc.) et sans pénétration, et les activités sans contact, comme imposer à un enfant de regarder ou de participer à des vidéos à caractère pornographique, observer des relations sexuelles ou encourager des enfants à avoir un comportement sexuel inapproprié **(32)**.

Selon les recommandations américaines pour l'évaluation des abus sexuels chez l'enfant, publiées en **1999**, on parle d'abus sexuel quand un enfant est entraîné dans des activités sexuelles qu'il ne peut pas comprendre, pour lesquelles l'enfant n'a pas un développement adapté et ne peut donc donner son consentement, et/ou qui sont contraires à la loi ou aux tabous de notre société.

Les activités sexuelles peuvent inclure toutes les formes de contact oro-génital, génital ou anal faites sur l'enfant ou demandées à l'enfant, ainsi que les abus sans contact

physique tels que l'exhibitionnisme, le voyeurisme, l'utilisation d'enfant à visée pornographique.

L'abus sexuel peut être différencié des « jeux sexuels » par le fait qu'il existe une asymétrie du niveau de développement entre les participants et par l'aspect coercitif du comportement **(33)**.

3.2 Cadre législatif

3.2.1 L'état du droit

Ne seront abordées dans ce paragraphe que les infractions et les circonstances aggravantes en lien avec la mission du groupe de travail. Ces développements ne sont donc pas exhaustifs, dans la mesure où il existe de nombreux autres facteurs d'aggravation de la peine.

► L'évolution de l'approche juridique de l'acte incestueux

Avant la loi du 8 février 2010 inscrivant l'inceste dans le Code pénal, trois grandes catégories d'incriminations du Code pénal permettaient de réprimer l'inceste : les viols, les autres agressions sexuelles et les atteintes sexuelles.

En fonction des comportements reprochés, la qualité d'ascendant ou de personne ayant autorité sur le mineur d'une part, l'âge de la victime d'autre part, étaient soit des éléments constitutifs, soit des circonstances aggravantes de ces infractions.

Cette distinction restait importante sur le plan juridique, car lorsque ces qualités étaient incriminées au titre des éléments constitutifs, leur simple constatation suffisait pour entrer en voie de condamnation, à condition, bien entendu, que la preuve des faits (attouchement, pénétration...) soit matériellement rapportée.

En revanche, lorsque ces qualités étaient incriminées au titre des circonstances aggravantes, hormis pour les atteintes sexuelles prévues à l'article 227-26², il était nécessaire de démontrer préalablement que l'auteur de l'agression avait usé de la violence, de la contrainte, de la menace ou de la surprise pour vicier le consentement de la victime.

Or, c'était précisément dans ce cadre que la problématique incestueuse était la plus complexe. La spécificité du contexte (emprise exercée par l'agresseur) entourant le passage à l'acte, ajouté à la multiplicité des formes que celui-ci pouvait prendre, biaisait tout débat sur le consentement d'une victime le plus souvent mineure et placée sous l'autorité d'un agresseur généralement majeur **(34)**.

► Les infractions prévues par le Code pénal

Le viol

Le viol est un crime puni de 15 ans de réclusion. Est un viol tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise (article 222-23 du Code pénal).

La pénétration peut consister en une pénétration sexuelle ou en la pénétration d'objets dans un geste à connotation sexuelle.

Le viol est puni de 20 ans de réclusion criminelle notamment lorsqu'il est commis sur un mineur âgé de moins de 15 ans (article 222-24 2° du Code pénal) ou lorsqu'il est commis par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par une personne ayant autorité sur la victime, ou par une personne abusant de l'autorité conférée par ses fonctions (article 222-24 4°).

² Art 227-26 du Code pénal : " L'infraction définie à l'article 227-25 [" les atteintes sexuelles sur la personne d'un mineur de quinze ans "] est punie de dix ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende : 1° lorsqu'elles sont commises par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime ".

L'inceste

La loi n° 2010-121 du 8 février 2010, a inscrit l'inceste commis sur les mineurs dans le Code pénal, l'inceste est ainsi précisé par rapport aux autres formes de viol et d'agression sexuelle - caractérisées par la violence, la contrainte, la menace et la surprise.

Ainsi selon l'article 222-22-1 créé par LOI n° 2010-121 du 8 février 2010 - art. 1 « La contrainte prévue dans le précédent alinéa, peut être physique ou morale. La contrainte morale peut résulter de la différence d'âge existant entre une victime mineure et l'auteur des faits et de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci exerce sur cette victime. »

L'inceste, qui repose sur l'abus de la confiance spontanée des mineurs dans les adultes qu'ils côtoient au sein de la famille, a des conséquences psychologiques souvent plus destructrices que les autres formes d'agression, et reste passible de 20 ans de réclusion criminelle.

L'article 222-31-1 du Code pénal dispose que « les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis au sein de la famille sur la personne d'un mineur par un ascendant, un frère, une sœur ou par toute autre personne, y compris s'il s'agit d'un concubin d'un membre de la famille, ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ».

Lorsque l'atteinte sexuelle incestueuse aura été commise par une personne titulaire de l'autorité parentale sur le mineur, la juridiction de jugement se prononcera obligatoirement sur le retrait total ou partiel de cette autorité, vis-à-vis de cet enfant, mais aussi sur le retrait de cette autorité en ce qu'elle concerne les frères et sœurs mineurs de la victime.

Les autres agressions sexuelles

Les agressions sexuelles autres que le viol sont constituées par des actes commis sans pénétration, mais avec contrainte, menace, violence ou surprise (punis de 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende).

Les agressions sexuelles sur un mineur de moins de 15 ans sont punies de 7 ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende (article 222-29 du Code pénal). Les peines encourues sont portées à 10 ans d'emprisonnement et à 150 000 euros d'amende lorsque l'agression sexuelle a été commise sur un mineur de moins de 15 ans par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice, ou par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, par une personne ayant autorité sur la victime, ou par une personne abusant de l'autorité conférée par ses fonctions (article 222-30 du Code pénal).

Les atteintes sexuelles sur mineur, sans contrainte, violence, menace, ni surprise

La loi française interdit toute forme de relations sexuelles, entre un majeur et un mineur âgé de moins de 15 ans, même en l'absence de contrainte, violence, menace ou surprise. Dans certains cas, la loi interdit également toute relation sexuelle avec un mineur âgé de plus de 15 ans.

– Sur les mineurs âgés de moins de 15 ans

L'article 227-25 du Code pénal prévoit que le fait, pour un majeur, d'exercer sans violence, contrainte, menace ni surprise une atteinte sexuelle sur la personne d'un mineur de 15 ans est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Les peines sont portées à 10 ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende (article 227-26 du code pénal) notamment :

- lorsque le mineur a été mis en contact avec l'auteur des faits grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de télécommunications ;
- lorsque les faits sont commis par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ;
- lorsqu'ils sont commis par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice.

– **Sur les mineurs âgés de plus de 15 ans**

Sont punies d'une peine de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende les atteintes sexuelles sans violence, contrainte, menace ni surprise même sur un mineur âgé de plus de 15 ans et non émancipé par le mariage lorsqu'elles sont commises par un ascendant, ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime, ou par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions (article 227-27 du Code pénal).

La corruption de mineur

L'article 227-22 du Code pénal prévoit que le fait de favoriser ou de tenter de favoriser la corruption d'un mineur est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Ces peines sont portées à 7 ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende lorsque le mineur est âgé de moins de 15 ans ou lorsque le mineur a été mis en contact avec l'auteur des faits grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de télécommunications électroniques ou que les faits sont commis à l'intérieur d'un établissement scolaire ou éducatif ou à l'occasion des entrées ou des sorties des élèves aux abords d'un tel établissement.

Les mêmes peines sont notamment applicables au fait, commis par un majeur, d'organiser des réunions comportant des exhibitions ou des relations sexuelles auxquelles un mineur assiste ou participe.

Les peines sont portées à 10 ans d'emprisonnement et 1 000 000 d'euros d'amende lorsque les faits ont été commis en bande organisée.

► **La prescription des infractions**

Par application des dispositions de l'article 7 du Code de procédure pénale :

« En matière de crime et sous réserve des dispositions de l'article 213-5 du code pénal, l'action publique se prescrit par dix années révolues à compter du jour où le crime a été commis si, dans cet intervalle, il n'a été fait aucun acte d'instruction ou de poursuite.

S'il en a été effectué dans cet intervalle, elle ne se prescrit qu'après dix années révolues à compter du dernier acte. Il en est ainsi même à l'égard des personnes qui ne seraient pas impliquées dans cet acte d'instruction ou de poursuite.

Le délai de prescription de l'action publique des crimes mentionnés à l'article 706-47 du présent code et le crime prévu par l'article 222-10 du code pénal, lorsqu'ils sont commis sur des mineurs, est de vingt ans et ne commence à courir qu'à partir de la majorité de ces derniers. »

Le législateur a adopté des règles dérogatoires à la prescription en matière d'infractions commises à l'encontre des mineurs en raison du degré de réprobation sociale particulièrement élevé de ces actes. La loi n°2004-204 du 9 mars 2004 relative à l'adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité a porté le délai de prescription à 20 ans en matière de crimes de meurtre et d'assassinat accompagnés de circonstances aggravantes ainsi que de viol (article 7, alinéa 3, du Code de procédure pénale).

Le délai de prescription est également de 20 ans pour les délits d'agressions et d'atteintes sexuelles sur mineur de 15 ans commis avec circonstances aggravantes ainsi que de violences sur les mineurs. En ce qui concerne les délits d'agressions et

d'atteintes sexuelles commis sur mineur de 15 ans sans circonstances aggravantes, ou sur mineur de 18 ans, la loi a fixé le délai de prescription à 10 ans. Il en est de même en cas de diffusion d'un message à caractère violent ou pornographique susceptible d'être vu par un mineur, de recours à la prostitution ou de corruption du mineur (article 8, alinéa 2, du Code de procédure pénale).

En ce qui concerne le point de départ du délai de prescription, il est apparu nécessaire de permettre aux victimes mineures d'acquérir la maturité et la force suffisantes pour déposer plainte. Les lois du 10 juillet 1989 et du 4 février 1995 ont ainsi prévu la réouverture du délai à compter de la majorité de la victime lorsque le crime ou le délit a été commis par un ascendant ou une personne ayant autorité sur le mineur. La loi n°98-968 du 17 juin 1998 a supprimé la condition d'ascendance ou d'autorité de l'auteur sur la victime mineure comme critère de report du délai. Le délai de prescription ne commence à courir qu'à compter de la majorité de la victime mineure pour tous les crimes ainsi que les délits susvisés.

3.2.2 Les obligations à la charge des professionnels de santé et le secret médical

► Les obligations générales

L'obligation de porter secours à personne en péril

L'article 223-6 du Code pénal prévoit que quiconque pouvant empêcher, par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne, s'abstient volontairement de le faire, est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros 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 les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.

L'obligation d'informer les autorités

L'article 434-1 du Code pénal prévoit que le fait, pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Lorsqu'il s'agit d'un crime commis contre un mineur de moins de 15 ans, cette obligation d'information s'impose même aux parents en ligne directe, au conjoint, aux frères et sœurs de l'auteur ou du complice du crime (alinéa 2).

En revanche, les personnes astreintes au secret professionnel ne sont pas soumises à cette obligation d'information lorsqu'elles ont connaissance d'un crime (alinéa 3).

Toutefois, les atteintes sexuelles sur mineurs (comprenant notamment le viol et l'agression sexuelle) doivent être signalées aux autorités lorsque la victime avait moins de 15 ans au moment des faits. En effet, l'article 434-3 du Code pénal dispose que le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de 15 ans (...), de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Ces dispositions ne sont pas applicables aux personnes tenues au secret professionnel visées à l'article 226-13 du Code pénal, excepté quand la loi en dispose autrement.

L'article 226-14 du Code pénal constitue justement une exception à l'article 226-13 prévue par la loi.

► **Les exceptions au secret professionnel posées à l'article 226-14 du Code pénal**

L'article 226-13 prévoit que toute personne tenue au secret professionnel peut être poursuivie pour sa violation.

Cet article est toutefois écarté dans certaines hypothèses visées à l'article 226-14 du Code pénal.

L'article 226-14 et le médecin

L'article 226-14 2° du Code pénal prévoit que l'article 226-13 n'est pas applicable au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire.

Il convient de préciser que s'il est établi qu'un médecin ne peut être poursuivi pour violation du secret professionnel lorsqu'il dénonce, sans l'accord du patient, des violences subies par un mineur de 15 ans, il n'est pas pour autant acquis qu'un médecin qui s'abstiendrait de dénoncer de tels faits puisse être poursuivi sur le fondement de l'article 434-3 du Code pénal.

Un arrêt de la cour d'appel d'Aix-en-Provence l'a affirmé très clairement : « un médecin ne peut être condamné du chef de non-dénonciation de mauvais traitements sur mineure de 15 ans dès lors que la loi laisse à la conscience de chaque médecin l'opportunité de dénoncer ou non de tels faits » (CA Aix 20 juin 2005).

La circulaire d'application du Code pénal précisait ainsi que les médecins ne devaient pas être obligés, sous peine de sanctions pénales, de signaler des mauvais traitements, afin d'éviter que les auteurs des sévices hésitent à faire prodiguer à l'enfant les soins nécessaires par crainte d'être dénoncés.

De la même manière, aucune poursuite en violation du secret professionnel ne saurait être engagée contre le médecin qui aura dénoncé des faits de même nature imposés à un mineur âgé de 15 à 18 ans.

L'article 226-14 et les professionnels de santé

L'article 226-14 1° du Code pénal prévoit que l'article 226-13 n'est pas applicable à toute personne qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou de mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.

Cet alinéa vise tout citoyen tenu au secret professionnel. Les professionnels de santé autres que le médecin sont donc visés par ce texte.

De la même manière que ce qui a été développé *supra*, ces professionnels ont la possibilité de dénoncer de tels faits sans s'exposer à des poursuites pour violation du secret professionnel.

Toutefois, cela reste limité aux faits de nature sexuelle commis à l'encontre de mineurs et de personnes hors d'état de se protéger. Des infractions sexuelles commises à l'encontre de tout autre adulte ne sauraient donc entrer dans ce cadre.

3.3 Comment définir la notion de famille (famille élargie, famille recomposée, etc.) ?

Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (**Insee**) dont un des objectifs est de produire des informations sur l'économie et la société françaises, la notion de « famille » est définie ainsi :

Une famille est la partie d'un ménage comprenant au moins deux personnes et constituée :

- soit d'un couple marié ou non, avec le cas échéant son (ou ses) enfant(s) appartenant au même ménage ;
- soit d'un adulte avec son (ou ses) enfant(s) appartenant au même ménage (famille monoparentale).

Un ménage est défini par l'ensemble des occupants d'un même logement sans que ces personnes soient nécessairement unies par des liens de parenté (en cas de cohabitation, par exemple).

Une famille recomposée comprend un couple d'adultes, mariés ou non, et au moins un enfant né d'une union précédente de l'un des conjoints. Les enfants qui vivent avec leurs parents et des demi-frères ou demi-sœurs font aussi partie d'une famille recomposée (<http://www.insee.fr>).

Selon une approche plus sociologique, le terme de « famille » désigne un groupe social offrant au moins trois caractéristiques :

- Il a son origine dans le mariage.
- Il comprend mari, femme, et enfants nés de leur union, bien que l'on puisse concevoir la présence d'autres parents agglutinés à ce noyau.
- Les membres de la famille sont unis par des liens légaux ; par des droits et obligations de nature économique, religieuse ou autre ; par un réseau précis de droits et interdits sexuels, et un ensemble variable et diversifié de sentiments psychologiques tels que l'amour, l'affection, le respect, la crainte, etc. » **(35)**.

3.4 Comment définir la notion d'inceste ?

3.4.1 La proposition de loi de Marie-Louise Fort

Une proposition de loi déposée par Marie-Louise Fort, visant à identifier, prévenir, détecter et lutter contre l'inceste sur les mineurs et à améliorer l'accompagnement médical et social des victimes, a été adoptée le 28 avril 2009 à l'Assemblée nationale, a été modifiée par le Sénat le 30 juin 2009 puis à nouveau a été soumise à l'examen de l'Assemblée nationale le 2 juillet 2009.

Ce texte introduit dans le Code pénal la notion d'inceste définie comme tout viol, agression sexuelle ou atteinte sexuelle commis sur un mineur par son ascendant, son frère ou sa sœur, ou par toute autre personne, y compris s'il s'agit d'un concubin d'un membre de la famille, ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait.

L'inceste, sans être érigé en infraction pénale propre, devient une circonstance aggravante des infractions précitées. Le champ pénal est élargi puisque ne sont plus uniquement visées dans ce texte, à titre de circonstance aggravante, les infractions commises par les ascendants, mais également celles commises par d'autres membres du cercle familial, sans avoir à caractériser la notion d'autorité sur la victime (il en va ainsi des frères et sœurs).

S'agissant de la notion de contrainte, le texte prévoit que la contrainte morale résulte de la différence d'âge existant entre une victime mineure et l'auteur, et de l'autorité de droit ou de fait que ce dernier exerce sur elle **(6)**.

3.4.2 Définitions de l'inceste au niveau international

Dans la loi **canadienne**, l'article 155 du Code criminel définit l'inceste comme suit : « Commet un inceste quiconque, sachant qu'une autre personne est, par les liens du sang, son père ou sa mère, son enfant, son frère, sa sœur, son grand-père, sa grand-mère, son petit-fils, sa petite-fille, selon le cas, a des rapports sexuels avec cette personne. »

En **Suisse**, l'article 213 du Code pénal suisse définit l'inceste comme un acte sexuel entre ascendants et descendants, ou entre frères et sœurs germains, consanguins ou utérins. Selon la loi, cet acte est puni de l'emprisonnement. En revanche, les mineurs n'encourent aucune peine s'ils ont été séduits.

3.5 Sur quelle définition de « l'enfant » ces recommandations se basent-elles ?

Selon l'**Odas** (l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée) dont le but est l'observation et l'évaluation des politiques locales d'action sociale, l'enfant en danger est défini comme « tout mineur de 18 ans ainsi que tout jeune majeur de 18 à 21 ans nécessitant une mesure de protection ou une mesure de prévention de l'ASE ou de la justice » **(36)**.

Selon l'article 1 de la Convention internationale des droits de l'enfant (**ONU**) :

« Au sens de la présente convention, un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt, en vertu de la législation qui lui est applicable. »

4 Quand doit-on penser à rechercher chez un enfant un risque d'exposition à une violence sexuelle intrafamiliale ?

4.1 Y penser systématiquement

Selon la **conférence de consensus de 2003** sur les conséquences des maltraitances sexuelles, la maltraitance sexuelle est un problème majeur de santé publique qui pour être reconnu et pris en charge nécessite avant tout d'être évoqué, il faut donc « y penser ». Y penser serait donc systématiquement l'évoquer, afin de :

- repérer une rupture de trajectoire dans l'histoire du sujet ;
- repérer le contexte dans lequel cette modification de trajectoire se réalise (familial, conjugal, institutionnel, environnemental), et les situations de vulnérabilité qui fragilisent encore plus la victime ;
- affirmer l'absence de symptomatologie spécifique et le polymorphisme des expressions symptomatiques ;
- prendre en compte la confusion induite par la révélation.

Ainsi il est recommandé « du fait du polymorphisme de la clinique, que chaque médecin ait reçu une formation lui permettant d'évoquer le diagnostic devant des signes en rupture avec le comportement antérieur de la personne, non expliqués par les étiologies habituelles » **(7)**.

De même, dans des recommandations **australiennes**, publiées en **2008** à l'intention des médecins généralistes sur le thème « Maltraitance et violence », il est mentionné que la plupart des actes de maltraitance rapportés chez l'enfant sont dus à des personnes de son entourage proche. Il est rappelé qu'un médecin doit toujours garder à l'esprit qu'une situation de maltraitance infantile peut exister même au sein du cercle familial **(37)**.

Un article publié aux **États-Unis en 2007** sur l'évaluation des actes de maltraitance physique chez l'enfant rappelle que le repérage et le diagnostic de maltraitance chez l'enfant reposent sur la capacité du clinicien à reconnaître des lésions traumatiques suspectes, puis à faire un examen clinique méticuleux et complet associé à la

prescription d'examens complémentaires adaptés au cas, ainsi que sa compétence à évaluer si les explications rapportées par l'entourage de l'enfant sont compatibles avec les lésions observées et le degré de maturité du développement de l'enfant.

Le rôle du praticien est aussi de s'assurer que les besoins de protection et de soins médicaux de l'enfant sont mis en œuvre **(38)**.

4.1.1 Y penser en cas de diagnostic de maltraitance physique ou psychique

Les recommandations américaines portant sur l'évaluation des abus sexuels envers les enfants, publiées **en 1999**, rappellent que les cas d'abus sexuels chez l'enfant surviennent souvent dans un contexte familial difficile qui peut aussi être le lieu d'agression physique ou de maltraitance émotionnelle vis-à-vis de l'enfant, et de toxicomanie ou de violence intrafamiliale entre adultes **(33)**.

Selon E Josse, dans un article sur les violences sexuelles faites aux enfants, il est fréquent qu'un enfant victime d'agression sexuelle soit exposé à des violences d'une autre nature. Ainsi en cas de maltraitance physique, les intervenants devront être attentifs aux éventuels indices de violence sexuelle **(23)**.

Une étude a été menée en **2005** aux **États-Unis** auprès de 2 030 enfants âgés de 2 à 17 ans afin d'évaluer le taux de « victimisation » (agressions et maltraitances, tous types confondus) dans cette population et la fréquence du cumul de plusieurs types de « victimisation » envers la même victime, considérant que les études antérieures conduites sur la maltraitance étaient en général ciblées sur un seul type de maltraitance. Concernant les agressions sexuelles, un taux de 82 pour 1 000 a été retrouvé dans cette étude. L'analyse des liens entre les types d'agression ou de maltraitance met en évidence que les victimes d'agressions sexuelles sont particulièrement à risque d'être victimes d'autres formes d'agression ou de maltraitance (dans 97 % des cas d'agression sexuelle). Les types de « victimisation » observés sont dans 82 % des cas une agression, dans 43 % des cas une maltraitance. **(39)**

4.1.2 Y penser en cas de symptomatologie inexplicée

Des recommandations sur le thème « Quand suspecter une maltraitance chez l'enfant » ont été publiées en juillet **2009** par le NICE au **Royaume uni**, le principal objectif de ces recommandations étant d'améliorer la protection de l'enfance en favorisant un repérage précoce d'une suspicion de maltraitance **(32)**.

Selon les auteurs, une maltraitance doit être considérée, voire suspectée lorsque les faits ou les signes observés chez l'enfant ne trouvent pas d'explication plausible ou cohérente après consultation de l'enfant, des parents ou de l'entourage et compte tenu des caractéristiques de l'enfant, de son environnement et des connaissances médicales.

En pratique, il est recommandé en cas d'évocation de maltraitance chez un enfant de procéder par étapes :

1) Écouter et observer afin de baser son analyse sur toutes les informations disponibles :

- les témoignages de tous les protagonistes ;
- les rapports de maltraitance ou de dévoilement de la part de la victime, ou d'une tierce personne ;
- l'aspect de l'enfant ;
- le comportement ou l'attitude de l'enfant ;
- les symptômes ;
- les signes cliniques ;
- les résultats des investigations ;
- la confrontation entre l'enfant et ses parents ou ses éducateurs.

2) Rechercher une explication pour toutes les lésions observées chez l'enfant et considérer les informations apportées par les parents et l'enfant, sans porter de jugement,.

3) Notifier par écrit.

- Noter exactement les propos de l'enfant ainsi que toutes les observations.
- Noter en quoi ces informations peuvent être préoccupantes.

Sur la base de ces informations, le diagnostic de maltraitance peut être :

- « évoqué », dans ce cas il est recommandé de :
 - prendre l'avis d'autres professionnels de santé,
 - rechercher des informations auprès d'agences ou d'institutions de professionnels afin d'estimer la nécessité d'approfondir l'évaluation de l'enfant,
 - s'assurer d'une réévaluation de l'enfant à une date précise, se méfier des consultations répétées pour le même signe d'alerte ou d'autres signes de maltraitance ;
- « suspecté », dans ce cas il est recommandé d'adresser l'enfant aux services sociaux compétents puis de suivre la procédure légale de protection de l'enfant. Une aide peut être proposée à la famille après évaluation de la situation ou si des informations pouvant expliquer la situation ont pu être identifiées ;
- « exclu », quand une explication appropriée permet de justifier les signes d'alerte. Cette décision peut avoir lieu après discussion avec d'autres professionnels ou après avoir pris des informations auprès de structures spécialisées.

Quelle que soit l'attitude retenue, il est recommandé de noter toutes les actions entreprises et la décision finale.

Les échanges et le maintien de la communication avec l'enfant et son entourage sont des éléments primordiaux de la prise en charge.

Si l'intervenant qui recueille les propos de l'enfant a besoin de prendre l'avis d'autres professionnels, il devra expliquer à l'enfant qu'il ne peut respecter la confidentialité de l'échange et qu'il devra partager ses propos avec d'autres professionnels. Il devra observer comment l'enfant réagit à cette démarche et le rassurer sur le fait qu'il sera toujours informé des suites de l'affaire **(32)**.

Dans un chapitre consacré aux abus sexuels chez l'enfant dans des recommandations **australiennes**, publiées en **2008** à l'intention des médecins généralistes sur le thème de la « Maltraitance et violence », il est rappelé qu'une très grande variété de signes peuvent être observés en cas de maltraitance et que cette symptomatologie est variable d'un enfant à l'autre. Dans ces recommandations une liste de signes possiblement liés à un abus sexuel chez l'enfant est proposée :

- céphalées et douleurs abdominales ;
- comportements ou connaissances en lien avec la sexualité précoces par rapport à l'âge de l'enfant ;
- attitude d'évitement soudain vis-à-vis d'adultes ou de lieux familiaux ;
- crainte d'être changé ou de prendre un bain ;
- difficultés à faire confiance vis-à-vis des autres ou de l'entourage ;
- confusion concernant l'identité sexuelle ;
- addiction vis-à-vis de l'alcool, la drogue, les aliments ;
- dépression ou comportement suicidaire ;
- infections sexuellement transmissibles, infections génitales ou urinaires, grossesse **(37)**.

4.2 Circonstances et obstacles au dévoilement

Le contexte particulier qui entoure les cas de maltraitance sexuelle intrafamiliale a des répercussions sur les circonstances de dévoilement. Ainsi, ces violences s'inscrivent souvent dans le silence et le secret et les enfants victimes de ces abus appréhendent d'en parler par crainte de l'agresseur, ou par loyauté à son égard ou en supposant à tort avoir contribué à la survenue de l'agression. Parfois les victimes peuvent aussi se rétracter face à la crise familiale provoquée par leur dévoilement.

Enfin, face à leur malaise et leur embarras vis-à-vis de la sexualité, les révélations des enfants victimes d'agression sexuelle sont souvent inattendues, irrationnelles ou minorées (40).

Une étude a été menée en **2005** en **Norvège**, auprès de 22 enfants (15 filles et 7 garçons âgés de moins de 18 ans) victimes de violences sexuelles par un membre de la famille ou de l'entourage très proche, afin d'analyser les circonstances du dévoilement de l'enfant et les obstacles à un dévoilement spontané.

Cette étude a consisté à recueillir les témoignages des enfants et de leurs mères dans le cadre de sessions thérapeutiques, sur une période de plusieurs mois, concernant le processus qui a favorisé le dévoilement de leur histoire.

- Concernant le délai de dévoilement par rapport aux faits : aucun des enfants n'a fait de dévoilement immédiatement après les faits, la plupart des enfants ont gardé le secret plusieurs années, dans un seul cas, le dévoilement a eu lieu une semaine après l'agression.
- Concernant la personne qui a reçu le dévoilement : 17 enfants ont parlé à leur mère, 3 ont parlé à un ami (après avoir tenté de parler à leur mère sans résultat), un enfant s'est confié à son père, et un autre à son oncle (après aussi avoir tenté de parler à sa mère).

De cette étude, il apparaît que le dévoilement semble facilité si la question de l'abus sexuel est abordée par l'entourage ou suscitée par des circonstances extérieures. Ainsi, trois éléments apparaissent comme notables dans le processus de dévoilement :

- Un premier élément est de favoriser *l'opportunité* de parler : les enfants pour la plupart n'osent pas parler spontanément des faits (ne trouvent pas le bon moment, craignent de faire du mal). Il sera plus facile pour un enfant de se dévoiler si la question est abordée par l'adulte. Dans d'autres cas, la crainte d'être à nouveau en contact avec l'agresseur peut induire de la part de l'enfant une demande de ne plus voir l'agresseur ce qui peut conduire à lui demander les raisons de cet évitement. Parfois, ce n'est qu'après être assuré de ne plus être en contact avec l'agresseur que l'enfant consentira à parler. Des symptômes cliniques exprimés par l'enfant, en lien ou pas avec les violences reçues, peuvent aussi constituer un signal pour dévoiler les faits.
- Le deuxième élément concerne *les raisons* pour lesquelles l'enfant va faire un dévoilement ou pas. Ainsi les conséquences potentielles du dévoilement pour l'enfant mais aussi pour la mère et pour l'entourage constituent un facteur essentiel aux yeux de l'enfant. La crainte de faire du mal autour de lui (à sa mère, à son entourage mais aussi parfois à l'agresseur), de ne pas être protégé, de ne pas être cru ou le fait d'être l'objet de menaces de la part de son agresseur sont des éléments qui peuvent empêcher le dévoilement. Le dévoilement sera facilité si l'enfant perçoit qu'il engendrera le moins de conséquences négatives possible.
- Enfin le dernier élément concerne l'existence d'un *contexte extérieur favorable* pour aborder les faits, tel qu'un débat ou le visionnage d'un film sur le thème de l'inceste. Le fait que le sujet soit abordé par un facteur extérieur constitue un support ou une référence et aide l'enfant à s'exprimer.

Dans certaines situations, les professionnels de santé peuvent être confrontés à des obstacles qui peuvent les gêner à identifier une maltraitance chez l'enfant.

Par exemple :

- une préoccupation médicale centrée sur une maladie curable ;
- l'habitude de prendre en charge les soins de l'enfant en collaboration avec les parents et la crainte de perdre cette relation de confiance ;
- la gêne et l'incrédulité à suspecter voire à blâmer des parents ;
- le maintien d'une attitude compréhensive quant aux raisons de la maltraitance et considérer qu'il n'y avait pas intention de nuire à l'enfant ;
- la perte de confiance vis-à-vis des services de protection de l'enfance et douter des bénéfiques d'une démarche de prise en charge ;
- le stress ;
- un réflexe d'autoprotection ;
- la crainte d'une plainte judiciaire **(41)**.

Aux États-Unis, selon un rapport publié en **2005** par l'Académie américaine de pédiatrie sur l'évaluation des abus sexuels chez l'enfant, différentes circonstances peuvent être à l'origine de la découverte d'un abus sexuel chez un enfant :

- suite à une déclaration de la victime ou de la part d'un témoin de l'agression ;
- la victime est adressée par des services judiciaires pour un examen médical en cas de possible abus sexuel ;
- la victime est adressée aux urgences pour examen médical, exploration et prise en charge après suspicion d'abus sexuel récent ;
- la victime est amenée par un membre de son entourage qui soupçonne un abus sexuel ;
- l'enfant vient pour un examen médical de routine et à cette occasion, des signes d'abus sexuels sont détectés.

Le diagnostic de maltraitance sexuelle dépend beaucoup de la vigilance du pédiatre vis-à-vis de ce risque d'abus. La plupart des victimes qui ne se sont pas dévoilées se présentent avec des symptômes très variés et non spécifiques (ex. troubles du sommeil, douleurs abdominales, énurésies, ou phobies). Le plus souvent l'enfant se renferme dans son secret et il faut beaucoup de prudence et de perspicacité au praticien pour mettre en lumière le diagnostic.

Selon ce rapport, en cas de suspicion il peut être utile d'en parler aux parents de l'enfant, calmement, sans termes accusateurs.

La responsabilité principale du médecin est de protéger l'enfant. Si le médecin a un doute sur le rôle des parents vis-à-vis de l'enfant (parents abuseurs ou ne soutenant pas l'enfant), l'information des parents peut être reportée mais un signalement doit être fait aux autorités compétentes **(10)**.

Dans un guide publié en **2002** par le **ministère de l'Éducation nationale**, « Prévention et traitement des violences sexuelles », un chapitre est consacré aux circonstances de dévoilement. Il y est rappelé que lorsqu'un enfant révèle une agression sexuelle, il est exceptionnel qu'il fabule et même s'il fabule, c'est le signe qu'il est en difficulté et a besoin d'écoute et d'aide. Ce n'est de toute façon pas à l'adulte qui reçoit le témoignage d'en rechercher la preuve. L'adulte a uniquement pour rôle d'écouter l'enfant et de noter ce qu'il a dit pour ensuite le transmettre aux professionnels chargés de l'enquête. Les modes de révélation sont de deux types :

- parler et raconter les faits ;
- émettre des signaux de souffrance (troubles du comportement, manifestations psychosomatiques) **(42)**.

Dans un rapport publié en **2009**, par l'**Ined/CNRS**, « Trajectoires des prises en charge par la protection de l'enfance dans deux départements d'une cohorte de jeunes ayant atteint 21 ans », un chapitre est consacré aux révélations tardives. Ainsi, il apparaît que parfois les enfants attendent d'être protégés pour révéler des maltraitances qui se sont passées auparavant : c'est principalement le cas dans les situations de

maltraitances sexuelles. Certains enfants « attendent » en effet d'être protégés, quel que soit le motif de protection, pour révéler leur souffrance.

Un quart des jeunes ont révélé au moins une forme de maltraitance au cours de la prise en charge. Les filles ont tendance à révéler plus de maltraitances que les garçons (34 % vs 16 %). En revanche les garçons, lorsqu'ils révèlent, le font en moyenne à 12,6 ans alors que les filles le font plus tard (14,6 ans).

Ce sont les violences sexuelles qui forment la maltraitance la plus souvent révélée une fois que les enfants sont protégés. Ainsi 8 % des garçons et 25 % des filles ont révélé des violences sexuelles en cours de prise en charge, faisant alors passer le taux de prévalence de 3 % à 12 % pour les garçons et de 5 à 31 % pour les filles **(43)**

Selon les recommandations publiées par le *Royal College of Paediatrics and Child Health* **au Royaume-Uni en 2008**, sur les signes cliniques d'abus sexuels chez l'enfant, les révélations d'un enfant concernant un abus sexuel sont souvent perçues comme un choc.

Face à un dévoilement, les auteurs recommandent de :

- écouter l'enfant et accepter ses propos sans les remettre en question ni montrer une réaction émotionnelle intense ;
- rassurer l'enfant sur le fait qu'il a bien fait de parler ;
- ne faire aucune promesse qui ne pourrait être tenue et ne pas promettre le « secret », le professionnel ayant le devoir de signaler ce type de situation ;
- adapter l'entretien et l'examen de l'enfant dans le but de recueillir uniquement ce qu'il sera nécessaire pour le signalement, ne pas interroger la victime à la recherche de détails ;
- poser des questions ouvertes et éviter des questions pouvant induire les réponses ;
- ne pas porter de commentaires ou de critiques à l'encontre de l'agresseur désigné ;
- expliquer à l'enfant ce que vous devez faire face à ces déclarations et qui vous allez contacter **(14)**.

4.3 Quelles sont les situations à risque de violence sexuelle intrafamiliale ?

Selon le rapport intitulé « L'abus sexuel des enfants en Europe » publié en **2003**, sous l'égide du **Conseil de l'Europe**, la perpétration d'abus sexuel chez l'enfant doit être replacée dans son contexte environnemental et les facteurs de risque doivent être évalués en fonction de ces paramètres (environnement de l'enfant, noyau familial, personnes côtoyées, caractéristiques de l'enfant et de l'agresseur).

Le facteur de vulnérabilité le plus marqué est celui du sexe : les filles risquent davantage d'être victimes de violences sexuelles et l'auteur de ces violences est plus souvent masculin.

Les autres facteurs susceptibles d'accroître la vulnérabilité de l'enfant sont l'âge (plus élevée chez les préadolescents et les adolescents) et l'existence d'un handicap chez l'enfant.

Concernant l'environnement de l'enfant, la notion d'isolement ou celle d'éclatement social sont des facteurs de vulnérabilité mais les violences sexuelles ne touchent pas une communauté ou un groupe socio-économique spécifique, les études montrent que des enfants issus de tous les milieux peuvent être victimes. De même, différents types de violences peuvent être associés, et les enfants évoluant dans un univers familial violent (séances corporels et affectifs) sont plus exposés aux violences sexuelles **(11)**.

Dans un rapport faisant suite à un congrès de psychiatrie et de neurologie sur le thème « Syndromes traumatiques du viol et de l'inceste » qui s'est tenu à Toulouse en **1996**

(44), l'auteur rapporte le profil de 39 enfants ou adolescents violés, dont l'agression avait été commise par une personne de la famille de la victime.

Ces sujets étaient issus d'une enquête prospective des victimes de viol du centre médico-légal de Tours.

Les principales caractéristiques extraites de cette étude concernant les victimes d'inceste sont :

- Les victimes étaient âgées de 13 à 24 ans au moment de l'entretien. L'agression datait de plus de 5 ans dans 90 % des cas.
- L'auteur de l'inceste était le père pour 33 % des cas, le beau-père pour 28 %, un oncle pour 21 %, un frère pour 13 %, un grand-père pour 3 % et un arrière-grand-père pour 3 %.
- Dans 8 % des cas les victimes sont des garçons (au lieu de 11 % chez les victimes de viol non incestueux : différence non significative).
- Pas de différence pour ce qui concerne la catégorie socioprofessionnelle du père ; 29 % étaient cadres chez les victimes d'inceste (au lieu de 25 %), les autres pères appartenant à une catégorie socioprofessionnelle moins élevée.

En ce qui concerne le contexte de l'agression :

- les viols ont été plus souvent répétés en cas d'inceste que chez les victimes de viols non-incestueux (85 % au lieu de 39 %, $p < 0,00001$).
- Et souvent répétés pendant une période prolongée (plusieurs mois) comparé aux victimes de viol non incestueux (64 % au lieu de 13%, $p < 10^{-7}$).
- Le viol incestueux était souvent associé à une violence physique mais la différence n'était pas significative avec les viols non incestueux : 49 % des victimes d'inceste (au lieu de 36 %, différence non significative) avaient été battues en dehors des viols. Pour 46 % des victimes d'inceste (au lieu de 63 %, différence non significative) il y a eu pendant les viols, outre la violence sexuelle, une violence physique additionnelle (violence exprimée, menace avec une arme ou un objet, menace d'être frappé).

Les conséquences observées chez ces victimes, qui se distinguent des troubles liés aux viols non incestueux, sont :

- La mauvaise estime de soi et les sentiments de vide sont très présents chez les victimes d'inceste. C'est là, sans doute, le témoin d'une dépression narcissique plus sévère chez elles et le témoin de l'identification à l'agresseur très forte qui se met en place.
- L'inceste apparaît comme un événement plus traumatique que les viols non incestueux, puisque le syndrome secondaire à un stress traumatique (PTSD) a un odd ratio voisin de quatre.
- Les troubles dissociatifs dans leur ensemble (dépersonnalisation, amnésie dissociative, fugue dissociative, personnalité multiple et autres troubles dissociatifs) sont aussi plus fréquents chez les victimes d'inceste. (44)

4.3.1 Risque de récurrence de l'inceste d'une génération à l'autre

Dans ce même rapport (44) la question de la reproduction de l'inceste entre générations a été évaluée. L'idée qu'un enfant maltraité deviendrait un parent maltraitant est régulièrement évoquée dans les médias, mais cette théorie n'a pas été confirmée par la littérature.

Certaines études ont mis en évidence le manque de repères éducationnels qui pouvait exister chez certaines victimes d'inceste et qui pouvait avoir un retentissement dans l'éducation de leurs enfants.

Ainsi dans des études effectuées chez des enfants de victimes d'incestes, on a pu observer :

- des cas de réelle maltraitance ;
- des mères qui se sentaient débordées, avaient tendance à se montrer très ambivalentes, et avaient des difficultés à poser des limites.

Selon l'auteur, ces indications tendent à confirmer que les victimes d'inceste ont besoin d'aide dans tous les secteurs de la vie psychologique et sociale, y compris d'aide dans la manière d'élever leurs enfants **(44)**.

En **1997**, une étude cas-contrôle auprès de femmes ayant ou pas subi des abus sexuels durant l'enfance fut menée afin d'évaluer la possible corrélation entre des facteurs de risque et des cas d'abus sexuels chez l'enfant, de sexe féminin **(27)**. Cette étude conduite **en Australie**, réévalua des facteurs déjà identifiés en utilisant une analyse multivariée.

Comparées aux non-victimes d'abus sexuels, les femmes ayant subi des abus sexuels étaient deux fois plus nombreuses à avoir aussi subi de la maltraitance physique.

En termes de relation émotionnelle avec l'entourage, les mères des victimes d'abus sexuels se sont avérées moins affectueuses mais plus protectrices et autoritaires, de même les pères étaient aussi moins affectueux et plus autoritaires.

Les facteurs socio-démographiques tels que le niveau d'éducation des parents, leur profession, ou l'origine ethnique n'étaient pas associés de façon significative.

Concernant les facteurs initialement identifiés comme possiblement liés à un abus sexuel, après analyse en tenant compte des corrélations pouvant exister entre ces facteurs, les variables qui restent significativement associées à un abus sexuel chez l'enfant sont :

- la maltraitance physique ;
- une mère atteinte de pathologie mentale ;
- l'absence de confident ou de proche à qui se confier ;
- l'isolement social (mal-être social au primaire, peu d'amis au primaire ou au collège, insatisfaction de sa vie sociale d'adolescent).

Une analyse a montré la présence de facteurs prédictifs différents selon que l'abus avait eu lieu avant l'âge de 12 ans ou après.

Ainsi l'isolement social et le décès de la mère étaient des facteurs prédictifs significatifs en cas d'abus avant 12 ans, tandis que, après 12 ans, ces facteurs étaient la maltraitance physique et la pathologie mentale de la mère.

De même, une analyse secondaire a été menée entre les abus sexuels intrafamiliaux et extrafamiliaux.

En cas *d'abus intrafamiliaux*, les facteurs prédictifs significatifs étaient la maltraitance physique, l'absence de confident ou de proche à qui se confier, l'absence de femme dans l'entourage proche, la présence d'un père alcoolique.

En cas *abus extrafamiliaux*, les facteurs prédictifs significatifs étaient la maltraitance physique, l'isolement social, le décès de la mère, et une mère alcoolique.

Le facteur dont la significativité reste la plus élevée est la maltraitance physique, quel que soit le contexte (abus intrafamiliaux, ou avant l'âge de 12 ans).

La maltraitance physique est positivement corrélée à un climat familial de violence et à une présence masculine froide et agressive. Ces climats de violence au sein de la famille sont propices à l'isolement en favorisant le secret et la honte, cet isolement social et émotionnel de l'enfant pouvant ensuite le rendre plus vulnérable à des abus sexuels.

Compte tenu du contexte il persiste souvent un lien entre ces différents facteurs. Cependant l'objectif de ce travail est avant tout d'identifier les principaux facteurs associés à des abus sexuels dans l'enfance afin de fournir des indicateurs qui peuvent aider au repérage des patients à risque **(27)**.

Selon le rapport intitulé « L'abus sexuel des enfants en Europe » publié en **2003**, sous l'égide du **Conseil de l'Europe**, il n'a pas été démontré que les auteurs d'abus sexuels seraient d'anciennes victimes. Selon les études de prévalence, 3 à 19% de l'ensemble

de la population masculine et environ 30 % des auteurs connus de ce type d'infraction ont été victimes d'abus sexuels dans leur enfance, il apparaît donc que la majorité des auteurs n'ont pas été victimes de violences sexuelles. (11).

4.4 Les signaux d'alerte (interrogatoire, signes physiques, comportements de l'enfant, comportements de l'entourage, etc.) ?

4.4.1 Les principaux signes d'alerte (interrogatoire, signes physiques, comportements de l'enfant, comportements de l'entourage, etc.)

Selon la conférence de consensus menée par la **SFMU en 2004**, sur le thème « Maltraitance : dépistage et conduite à tenir aux urgences », poser un diagnostic de maltraitance est souvent difficile car il ne repose sur aucun signe spécifique, et il n'existe pas d'outil validé en France pour aider au diagnostic de maltraitance.

Il faut donc savoir y penser quel que soit le motif de recours et même devant des signes discrets. Ainsi, la démarche diagnostique accorde beaucoup d'importance à des éléments souvent négligés, comme l'attitude du patient et de son entourage.

La présomption s'appuie sur différents éléments recueillis au cours de l'examen : motif de recours, signes d'alerte (notamment ceux liés aux interactions entre le patient, son entourage et les soignants), anamnèse, données de l'examen clinique et facteurs de risque (individuels et environnementaux) de maltraitance.

La recherche de discordances et d'incohérences entre les éléments de l'anamnèse et l'examen clinique est une étape clé du diagnostic présomptif de maltraitance.

Ainsi, un faisceau d'arguments concordants tout comme la discordance entre plusieurs données recueillies peuvent faire évoquer le diagnostic de maltraitance notamment lorsque les explications sont :

- invraisemblables sur les circonstances du traumatisme ;
- variables dans le temps ou selon les interlocuteurs ;
- absentes ou lacunaires ;
- incompatibles avec l'état de développement ou l'autonomie du patient ;
- ne justifient pas le retard du recours aux soins (25).

Selon le rapport intitulé « L'abus sexuel des enfants en Europe » publié en **2003**, sous l'égide du **Conseil de l'Europe**, les études consacrées aux effets de l'abus sexuel dans l'enfance reconnaissent qu'il peut entraîner un large éventail de conséquences psychiques et physiques, dans l'enfance et jusqu'à l'âge adulte.

Les enfants d'âge préscolaire peuvent présenter un comportement agressif ou renfermé, une attitude sexuelle explicite soudaine, des troubles du sommeil ou une énurésie. Les enfants en âge d'être scolarisés peuvent être sujets à l'absentéisme, à l'échec scolaire, transgresser les limites ou présenter une identité sexuelle confuse.

Chez les adolescents, on retrouve la dépression, l'anxiété, les troubles du comportement affectif, les névroses post-traumatiques, les idéations suicidaires voire une tentative de suicide.

Les études rapportent aussi l'augmentation de conduites addictives (alcool, tabac, substances illicites) et de troubles du comportement (fugue, vol, etc.)

Les effets à moyen et long terme comprennent les névroses post-traumatiques, la mauvaise opinion de soi, la dépression, les difficultés sexuelles, un comportement autodestructeur, la consommation abusive d'alcool et de drogue. Mais selon les études, ces effets seraient d'autant plus marqués en cas de sévices précoces (dans l'enfance), fréquents, et/ou infligés avec violence (menaces, emploi de la force).

A contrario, sur le long terme certains facteurs peuvent avoir un effet bénéfique et aider à la résistance et à la reconstruction de la victime, les plus fréquemment retrouvés dans les études sont : le soutien d'un parent ou d'un partenaire, un lien affectif solide entre l'enfant et sa mère (ou la personne qui en a la garde), un milieu socio-économique privilégié et une réussite scolaire, mais ces facteurs ne s'avèrent pas toujours suffisants **(11)**.

Les indices évocateurs d'une agression sexuelle sont très variés dans leur profil (signes cliniques, psychologiques, manifestations physiques, émotionnelles, comportementales) et dans leur intensité (troubles discrets à symptômes massifs).

Selon E Josse, dans un article publié **en 2007 (23)** sur les violences sexuelles faites aux enfants, les principaux indices sont rapportés dans les tableaux 1 et 2 suivants.

Tableau 1. Signes évocateurs d'une atteinte corporelle	
Maltraitance	Agression sexuelle
<p>Lésions de la peau :</p> <ul style="list-style-type: none"> • plaies et cicatrices disséminées sur tout le corps, d'âges différents et situées sur des zones non habituellement exposées aux chutes chez l'enfant • brûlures par contact ayant la forme de l'objet brûlant 	<p>Lésions traumatiques au niveau génital, périnéal et anal :</p> <ul style="list-style-type: none"> • présence de fistules • des saignements vaginaux et rectaux • des douleurs pelviennes, génitales ou anales • contusions, déchirures et cicatrices hyménales
<p>Lésions traumatiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • lésions internes • fractures, luxations • lésions du SNC (traumatisme par secouement) 	<p>Les IST hautement probables :</p> <ul style="list-style-type: none"> • herpès simplex de type II périnéal (au-delà de la période néonatale de 3 mois) • Trichomonas vaginalis (après 6 mois) • Neisseria gonorrhoeae (après 1 an) • Chlamydiae trachomatis (après 3 ans) • syphilis ou HIV si la mère est séronégative
<p>Signes de dénutrition et de mauvaise hygiène</p>	<p>Les IST possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gardnerella vaginalis et mycoplasmes génitaux (transmission périnatale aussi possible) • condylomes à papillomavirus (contamination materno-fœtale aussi possible ou par simple contact avec des vêtements ou des objets) • condylomes acumines dans la région génitale ou anale
	<p>Les infections non sexuelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • streptocoques du groupe A • Candida Albicans • shigella • salmonelles • Streptococcus pneumonia • Haemophilus influenzae • staphylocoque doré • Moraxella catarrhalis • Yersinia enterocolitica
	<p>Présence de sperme sur le corps ou les vêtements de l'enfant</p>
	<p>Manifestations somatiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • troubles gastro-intestinaux (constipation, diarrhée, anisme³, douleurs abdominales) • troubles urinaires • les maux de gorge et les gênes à la déglutition

³ Contraction paradoxale du sphincter anal externe au cours d'un effort de défécation

Maltraitance	Agression sexuelle
Changement récent et massif du comportement de l'enfant	Rapport à la sexualité : troubles de la conduite sexuelle et comportements sexuels précoces
Attitude des parents non adaptée à la situation pouvant renforcer la suspicion de maltraitance : <ul style="list-style-type: none"> • n'ont pas signalé un traumatisme, ou le signalent très tardivement, refusent d'expliquer les circonstances de ce traumatisme ou donnent des explications vagues ou incohérentes • minimisent ou dénie les symptômes de l'enfant • dénigrent ou accusent l'enfant • refusent les investigations médicales • ont une attitude agressive ou sur la défensive 	Rapport au corps et à l'hygiène : lavages obsessionnels ou refus d'hygiène
Attitude de l'adulte accompagnant vis-à-vis de l'enfant : <ul style="list-style-type: none"> • proximité malsaine ou indifférence notoire (absence de regard, de geste, de parole) 	Rapport à la nudité : refus de se déshabiller ou comportement dénudé provocant
Comportement de l'enfant vis-à-vis des intervenants : <ul style="list-style-type: none"> • esquive de mouvements de protection • gêne excessive ou refus de se déshabiller • refus d'être touché ou examiné 	Rapport aux autres : refus soudain de côtoyer une personne connue

Selon les recommandations du **NICE** publiées **en 2009 (32)**, les symptômes physiques pouvant faire penser à une violence sexuelle chez l'enfant peuvent être divisés en deux catégories, ceux qui sont « évocateurs » d'une maltraitance sexuelle, c'est-à-dire que la maltraitance peut être une explication possible des lésions, et ceux qui sont « suspects », c'est-à-dire qu'il existe de fortes présomptions quant à la possibilité d'une maltraitance.

Signes « évocateurs »	Signes « suspects »
Symptômes ano-génitaux	
Présence d'une dilatation anale sans cause médicale retrouvée (trouble neurologique, constipation sévère)	Présence de lésions génitales, anales ou périanales en l'absence d'explication cohérente
Présence de symptômes génitaux ou anaux sans cause médicale retrouvée	Persistance ou répétition de symptômes génitaux ou anaux associés à des troubles émotionnels ou comportementaux sans cause médicale retrouvée
Persistance ou répétition de dysurie ou de gêne ano-génitale sans cause médicale retrouvée	Présence de fissure anale et de constipation après avoir éliminé une maladie de Crohn ou des lésions traumatiques dues à une exploration médicale avec un instrument dur
Présence de corps étrangers dans le vagin ou l'anus. Les corps étrangers pouvant être	

Tableau 3.

Les symptômes les plus caractéristiques des abus sexuels selon le NICE

Signes « évocateurs »	Signes « suspects »
révélés par la présence de sécrétions vaginales	
Infections sexuellement transmissibles	
Diagnostic d'infection hépatite B chez un enfant de moins de 13 ans, sans cause médicale (transmission périnatale, contamination sanguine)	Infection à gonocoque, chlamydia, syphilis, herpès génital, hépatite C, HIV, trichomonas chez un enfant de moins de 13 ans, en l'absence d'explication médicale (transmission mère-enfant à la naissance ou contamination sanguine)
Présence de verrues ano-génitales chez un enfant de moins de 13 ans, sans cause médicale	
Diagnostic d'infection hépatite B chez un enfant de 13 à 15 ans, sans cause médicale (transmission périnatale, contamination sanguine) et en l'absence de rapports sexuels consentis avec un jeune du même âge	
Présence de verrues ano-génitales chez un enfant de 13 à 15 ans, sans cause médicale (transmission périnatale et en l'absence de rapports sexuels consentis avec un jeune du même âge	
Infection à gonocoque, chlamydia, syphilis, herpès génital, hépatite C, HIV, trichomonas chez un enfant de 13 à 15 ans, en l'absence d'explication médicale (transmission mère-enfant à la naissance ou contamination sanguine) et en l'absence de rapports sexuels consentis avec un jeune du même âge	
Diagnostic d'infection hépatite B chez un enfant de 16 ou 17 ans, <ul style="list-style-type: none"> ● sans cause médicale (transmission périnatale, contamination sanguine) et en l'absence de rapports sexuels consentis avec un jeune du même âge ● associé à un rapport de pouvoir avec le partenaire ● associé à un doute sur le fait que l'enfant est exploité 	
Présence de verrues ano-génitales chez un enfant de 16 ou 17 ans, <ul style="list-style-type: none"> ● sans cause médicale (transmission périnatale, contamination sanguine) et en l'absence de rapports sexuels consentis avec un jeune du même âge ● associée à un rapport de pouvoir avec le partenaire ● associée à un doute sur le fait que l'enfant est exploité 	
Infection à gonocoque, chlamydia, syphilis, herpès génital, hépatite C, HIV, trichomonas chez un enfant de 16 ou 17 ans, <ul style="list-style-type: none"> ● sans cause médicale (transmission périnatale, contamination sanguine) et en l'absence de rapports sexuels consentis 	

Tableau 3.	
Les symptômes les plus caractéristiques des abus sexuels selon le NICE	
Signes « évocateurs »	Signes « suspects »
avec un jeune du même âge <ul style="list-style-type: none"> • associé à un rapport de pouvoir avec le partenaire • associé à un doute sur le fait que l'enfant est exploité 	
Diagnostic de grossesse	
Diagnostic de grossesse chez un enfant de 13 à 15 ans	Diagnostic de grossesse chez un enfant de moins de 13 ans
Diagnostic de grossesse chez une jeune femme de 16 ou 17 ans, associé : <ul style="list-style-type: none"> • à un rapport de pouvoir avec le partenaire • doute sur le fait que l'enfant est exploité • possibilité d'une relation sexuelle non consentie 	
Troubles du comportement sexualisé	
	Chez un enfant prépubère, observation d'un comportement sexualisé répété avec un autre enfant
	Chez un enfant prépubère, observation d'un comportement sexualisé inhabituel (contacts oro-génitaux avec d'autres enfants ou une poupée, demande d'attouchements dans la région génitale, introduction ou tentative d'introduction d'un objet, doigt ou pénis dans la région ano-génitale d'un autre enfant)

Au-delà de ces signes physiques plus spécifiques des abus sexuels, certains signes psychologiques relevant des modifications comportementales ou des modes d'interaction avec l'entourage peuvent aussi être des signes d'alerte de maltraitance.

Parmi ces signes on retrouve :

- un changement notable de comportement ou d'état émotionnel ne correspondant pas au stade de développement normal et ne pouvant être expliqué par un événement extérieur :
 - des cauchemars répétés sur un thème récurrent,
 - une détresse sévère,
 - un comportement d'opposition marqué,
 - un arrêt de la communication,
 - un comportement introverti ;
- un comportement ou état émotionnel non adapté à l'âge de l'enfant ou non expliqué par des facteurs extérieurs :
 - une perte d'estime de soi, un comportement renfermé, craintif, agressif,
 - une opposition marquée,
 - des mouvements de balancement du corps répétés ;
- un comportement relationnel perturbé :
 - une recherche de contact ou d'affection disproportionnée,
 - une cordialité exagérée vis-à-vis d'étrangers incluant les professionnels de santé,
 - une recherche excessive de contact physique,
 - un comportement théâtral pour attirer l'attention,

- ▶ une démonstration excessive d'une attitude « correcte » pour prévenir la désapprobation des parents,
 - ▶ une incapacité à rechercher ou à accepter du réconfort de la part d'une personne appropriée quand il est en situation de détresse significative,
 - ▶ un comportement coercitif vis-à-vis des parents,
 - ▶ un très jeune enfant montrant un comportement réconfortant excessif vis-à-vis d'un parent en détresse ;
- des comportements émotionnels répétés et disproportionnés et non adaptés à l'âge de l'enfant ou non expliqués par des facteurs extérieurs :
 - ▶ colère ou frustration exprimée sous forme de crise colérique chez un enfant scolarisé,
 - ▶ fréquents accès de colère pour des provocations minimales
 - ▶ détresse exprimée par des pleurs inconsolables ;
 - des comportements de type « dissociation » (épisodes transitoires de détachement de l'enfant) non expliqués par des lésions traumatiques ;
 - un l'enfant qui supporte régulièrement des responsabilités interférant avec son activité quotidienne (activité scolaire /ex.) ;
 - un comportement de l'enfant non adapté lors de l'examen ou de l'évaluation médicale (extrême passivité, résistance, refus).

Les autres comportements observés ou rapportés pouvant évoquer une possible maltraitance concernent :

- le comportement d'automutilation ;
- des troubles du comportement alimentaire ;
- la persistance d'énurésie diurne et/ou nocturne voire d'encoprésis ;
- un comportement hypersexualisé (suspect en particulier d'abus sexuel) dans les gestes, les propos, les préoccupations avec d'autres enfants, sous forme de comportements répétés ou coercitifs :
 - ▶ contact oro-génital avec d'autres enfants ou une poupée,
 - ▶ demande d'attouchement des parties génitales,
 - ▶ tentatives de pénétration dans les parties génitales d'autres enfants ;
- le comportement de fugue.

Enfin, concernant les relations parents-enfants, certains comportements peuvent être délétères, tels que :

- la négativité ou une hostilité vis-à-vis de l'enfant ;
- le rejet ou une considération de l'enfant comme un bouc émissaire ;
- une relation éducative non adaptée à l'âge de l'enfant (menace inappropriées, méthode de discipline) ;
- la confrontation de l'enfant à des expériences traumatisantes ou effrayantes ;
- l'utilisation de l'enfant pour l'épanouissement personnel de l'adulte ;
- ne pas favoriser la sociabilisation de l'enfant ;
- l'indifférence (absence de disponibilité et de réponse) vis-à-vis de l'enfant en demande ;
- le refus du parent que l'enfant voie un professionnel de santé **(32)**.

En **2007**, des recommandations **(45)** pour la prise en charge médicale de mineurs qui pourraient avoir été abusés sexuellement ont été publiées afin d'aider les professionnels pour la pratique et l'interprétation des données de l'examen lors de l'évaluation médicale de mineurs.

Selon les auteurs, les principaux objectifs de l'évaluation médicale sont :

- recueillir l'histoire de l'enfant et/ou de ceux qui s'en occupent ;

- reconnaître et décrire une lésion ou une infection manifeste et considérer s'il n'y a pas d'autres explications à la découverte d'un signe ou d'un symptôme particulier ;
- diagnostiquer et traiter les conséquences médicales résultant d'un abus ;
- apprécier si l'enfant présente des problèmes émotionnels, de comportement, de développement pouvant nécessiter une évaluation approfondie, un traitement voire un signalement ;
- évaluer si l'enfant est en sécurité et faire un signalement à un service de protection si nécessaire ;
- consigner les données de l'évaluation de telle sorte que cette information puisse être effectivement et rapidement présentée en cas de réquisition par un service social ou judiciaire ;
- rassurer l'enfant et sa famille de façon appropriée et aider à assurer le bien-être de l'enfant.

Ces recommandations détaillent les aspects de traumatisme observés à l'examen clinique et évocateurs d'un abus sexuel, il s'agit de :

Aspects cliniques de spécificité moyenne

- Déchirures aiguës, ecchymoses : lèvres, pénis, scrotum, périnée
- Déchirure aiguë de la fourchette postérieure épargnant l'hymen (éliminer une séparation de coalescence, une dysraphie anovulvaire)
- Cicatrice anale (difficile à apprécier en dehors de la notion de traumatisme) rarement due à des causes médicales (Crohn, accident, iatrogène...)
- Cicatrice fossette naviculaire, fourchette postérieure. (diagnostic difficile si traumatisme pas connu)

Aspects cliniques de haute spécificité : pénétration.

- Déchirure aiguë de l'hymen (partielle ou totale).
- Ecchymose de l'hymen.
- Déchirure aiguë de l'anus (profonde).
- Déchirure totale guérie de l'hymen postérieur (avec plusieurs techniques d'examen).
- Absence totale d'hymen sur tout ou partie de l'hymen postérieur (avec plusieurs techniques d'examen).

Infections sexuellement transmissibles

- Contact sexuel sauf si autre contexte clair
- Gonocoques avec culture confirmée : génital, anal, pharyngé, en dehors période néonatale.
- Syphilis en dehors d'une transmission périnatale.
- Trichomonas vaginalis : examen direct, culture, technicien entraîné (enfant de plus d'un an).
- Chlamydia trachomatis génital ou anal : technique approuvée (enfant de plus de 3 ans).
- HIV en dehors d'une transmission autre (néonatal, sang..).

Contact sexuel

- Grossesse.
- Sperme recueilli sur le corps du mineur **(45)**.

4.4.2 Existe-t-il des spécificités si l'enfant présente un handicap ?

Dans un chapitre consacré à la personne handicapée, la conférence de consensus de la fédération française de Psychiatrie **en 2003** sur conséquences des maltraitances sexuelles, insiste sur les conditions de vulnérabilité qui peuvent gêner le diagnostic :

- absence ou insuffisance de moyens de défense, de langage, de crédibilité, qui attire les pervers ;
- grande dépendance physique qui suscite des rapprochements corporels inadéquats ;

- désert affectif dans lequel vivent beaucoup de personnes handicapées qui augmente leur vulnérabilité ;
- vie en institution qui ne permet pas toujours que les intérêts de la personne handicapée soient supérieurs aux intérêts de la famille (pas de place ailleurs) et de l'institution (image) ;
- déni de la sexualité des personnes handicapées.

Il existe comme chez les valides des signes somatiques directs (lésions des organes génitaux, de la région anale, MST, etc.) mais il convient de s'alarmer devant des signes indirects d'apparition récente. Ces signes sont les mêmes que pour les autres personnes. En l'absence de communication verbale, la découverte retardée du lien avec la maltraitance sexuelle a ici des conséquences aggravées car l'examen clinique est fait alors que les signes corporels ont disparu.

La recherche des manifestations de honte, de culpabilité, de pression morale exercée par l'entourage doit faire partie intégrante de l'évaluation clinique.

Une des meilleures préventions du retard diagnostique est d'avoir l'attention éveillée devant toute modification du comportement d'une personne handicapée. Ce qui suppose qu'un médecin assure un suivi régulier et que le dossier médical soit particulièrement rigoureux **(7)**.

Selon les recommandations du **NICE publiées en 2009**, sur le thème de la maltraitance à enfant, il est rappelé que les signes évocateurs de maltraitance chez un enfant handicapé peuvent être interprétés par erreur comme des manifestations liées au handicap, rendant le diagnostic plus difficile. Ils recommandent dans ce cas de rechercher l'expertise d'un spécialiste du handicap pour qu'il l'aide à interpréter les comportements de l'enfant **(32)**.

Une étude a été publiée en **Norvège en 2000**, dans le but d'évaluer la prévalence et les caractéristiques des enfants handicapés (handicap léger et sévère) victimes d'abus sexuels. Sur la base de l'analyse de la littérature, l'auteur rapporte que le risque d'abus sexuels est 2 à 3 fois plus élevé chez les enfants handicapés, comparé à la population générale. En Norvège, il est estimé qu'environ 11 % des enfants présentent un handicap (léger ou sévère).

Cette étude a retrouvé 1 293 enfants ayant eu un examen médical pour suspicion d'abus sexuel. Parmi eux, 83 enfants étaient porteurs d'un handicap, soit 6,4 % des cas suspectés. L'auteur interprète la différence entre les chiffres observés et les chiffres attendus (cette différence étant encore plus marquée en cas de handicap sévère) par le fait que la révélation d'abus sexuel est probablement moins fréquente chez les enfants handicapés. Différentes raisons sont évoquées pour expliquer cette sous-déclaration, (mais aucune n'est bien sûr acceptable) :

- la difficulté à comprendre et à interpréter les signaux ou les modifications de comportement de l'enfant compte tenu de son handicap ;
- la non-reconnaissance de l'abus chez ces enfants par l'entourage ;
- la crainte des conséquences du dévoilement sur la réputation d'un établissement ou l'absence de confiance dans le système judiciaire.

Concernant les caractéristiques des enfants victimes, la proportion de filles était moins importante dans le groupe « handicap » comparé au groupe « général », 65 % *versus* 79 %. L'inverse a bien sûr été observé dans le groupe « garçons » soit 35 % *versus* 21 %, les garçons étaient donc sur-représentés dans le groupe « handicap ». En termes d'âge, le groupe « handicap » est apparu un peu plus âgé que le groupe « général », le dévoilement survenant plus tardivement en cas de handicap **(46)**.

Toujours en **Norvège**, le même auteur a publié une étude rétrospective **en 2004** sur une population de personnes sourdes dans le but d'évaluer la prévalence des abus sexuels chez les enfants sourds, la nature des abus et les facteurs de risque.

L'étude a été menée auprès de 302 personnes (58,6 % de femmes et 41,4 % d'hommes) âgées de plus de 18 ans et dont la surdité est apparue avant l'âge de 9 ans. Les femmes sourdes ont subi un abus sexuel avec contact dans plus de 2 fois plus de cas que les femmes non sourdes (39,6 % *versus* 19,2 %) et les hommes sourds dans plus de 3 fois plus de cas (32,8 % *versus* 9,6 %). Presque la moitié des victimes sourdes rapportèrent que leur agresseur était lui-même sourd et la moitié des cas ont eu lieu dans des écoles spécialisées pour les sourds. Dans 18,7 % des cas l'agresseur faisait partie de la famille de la victime.

Concernant le dévoilement, 49 % des victimes sourdes ne révélèrent pas l'abus, 10,8 % tentèrent d'en parler mais ne furent pas crues et seulement 5,9 % des cas furent révélés et pris en charge **(47)**.

4.4.3 Existe-t-il des spécificités en fonction de la situation selon laquelle le professionnel exerce (médecin généraliste, urgence hospitalière, gynécobstétricien, pédiatre, chirurgien-dentiste, ...) ?

► Examen buccal et dentaire

Une maltraitance sexuelle chez l'enfant peut aussi être révélée lors de la découverte de lésions buccales ou dentaires. De même, des lésions provoquées par la bouche ou les dents de l'agresseur peuvent laisser des traces exploitables pour sa confrontation.

En 2005 aux **Etats-Unis**, l'*American Academy of Pediatrics* a publié des recommandations sur les lésions orales et dentaires pouvant être observées en cas d'abus ou de négligence chez l'enfant. Il y est rappelé que bien que la cavité orale soit un site fréquent de violence sexuelle chez l'enfant, les lésions ou les infections y sont rarement retrouvées. Ainsi chez l'enfant prépubère, les infections à gonocoques orales et péri-orales confirmées par culture sont pathognomoniques d'abus sexuel mais elles sont en fait rarement observées parmi les jeunes filles prépubères examinées pour violence sexuelle.

En cas de violence sexuelle avérée avec contact oro-génital, la recherche systématique de MST dans la cavité buccale de la victime est controversée, son intérêt devra être évalué par le clinicien en fonction des facteurs de risque connus (MST connue chez l'agresseur, maltraitance chronique) et l'examen clinique de l'enfant.

En ce qui concerne les lésions buccales non expliquées, une ulcération ou des pétéchies du palais, en particulier au niveau de la jonction du voile du palais et de la voûte palatine, peuvent évoquer un acte sexuel contraint.

De même, des marques de morsure récentes ou anciennes peuvent être le signe d'un abus sexuel. Les morsures humaines peuvent être distinguées de morsures animales par des caractéristiques qui leur sont propres (ainsi les morsures humaines compriment les chairs et provoquent des abrasions, des contusions ou des lacérations mais rarement des avulsions de tissus, une distance intercanine de plus de 3 cm est évocatrice d'une morsure humaine).

Quel que soit le type de lésion suspectée, il est recommandé que l'examen buccal et péri-orale soit pratiqué par un odontologiste ou un praticien spécialisé en médecine légale afin de mettre en œuvre toutes les analyses qui pourront aider à identifier l'agresseur (photographie et empreinte de la morsure, prélèvement ADN, détermination du groupe sanguin) **(48)**.

► Examen à visée médico-légale

Au **Royaume Uni**, le *Royal College of Paediatrics and Child Health* britannique a édité des recommandations **en 2008** sur le thème des signes cliniques en cas d'abus sexuel

chez un enfant. Il est rappelé l'importance qu'un examen pédiatrique médico-légal soit menée par un médecin expérimenté pour ce type de pratique. Mais, si cela s'avère nécessaire, le médecin légiste peut se faire assister par un autre spécialiste (pédiatre, gynécologue, médecin de PMI, etc.). L'examen doit avoir lieu dans un environnement chaleureux, en présence d'une personne de confiance si l'enfant le désire.

Le délai de réalisation de l'examen est établi avant tout en fonction de l'intérêt de l'enfant. En cas d'agression récente, il doit en pratique être le plus proche possible du moment de l'agression (moins de 24 h voire jusqu'à 72 h) car les signes cliniques et les éléments de preuve disparaissent très rapidement, et ce d'autant plus vite chez les jeunes victimes. L'examen doit être objectivé par des notes précises, des dessins voire des photographies des lésions, tous ces éléments pouvant par la suite être utilisés devant une cour de justice. Toutes ces investigations doivent être expliquées au patient et à l'adulte qui l'accompagne et elles doivent, avant d'être effectuées, avoir reçu leur accord (14).

5 Quel bilan initial est recommandé en cas de doute ?

5.1 Comment mener l'entretien ?

La qualité des premiers échanges entre le professionnel de santé, la victime et sa famille est essentielle pour engager un climat de confiance et faciliter les futurs contacts avec les autres professionnels concernés (juridique, social, médical, etc.) (49).

Selon la conférence de consensus menée par la SFMU en 2004 sur le thème « Maltraitance : dépistage et conduite à tenir aux urgences », l'entretien doit se dérouler dans un endroit calme, respectant la confidentialité et le rythme de la personne (prendre du temps, respect des silences, temps de pause...) et avec un nombre limité d'interlocuteurs auprès de la victime afin d'éviter les redites.

Les données recueillies doivent être rapportées avec rigueur dans le dossier du patient. Chez l'enfant, l'entretien doit s'adapter à son niveau de développement (tableau).

Attitude soignante face au comportement de l'enfant (extrait de la conférence de consensus SFMU en 2004) (25)

Attitude de l'enfant	Attitude soignante
L'enfant ne fait pas spontanément confiance à un adulte qu'il ne connaît pas	Le soignant doit écouter, ne pas effrayer l'enfant
Ses capacités d'expression sont limitées	Utiliser les propres mots et termes de l'enfant quand cela est possible
Il ne demande pas spontanément de reformuler une question incomprise	Poser des questions simples et s'assurer que l'enfant a compris
L'enfant possède une mémoire moins apte à gérer et à hiérarchiser les informations récentes et anciennes	Tenir compte de cet état de fait dans le recueil de la chronologie des informations
L'enfant est en position de dépendance vis-à-vis de l'adulte	Ne pas se substituer aux parents
L'enfant est réticent à « trahir » ses parents: le conflit de loyauté	Ne pas dénigrer les parents
<ul style="list-style-type: none"> • Dans son récit, il peut être amené à se conformer à ce qu'il imagine être les attentes, les convictions de l'adulte • Sa suggestibilité est forte 	<ul style="list-style-type: none"> • Tout propos, toute mimique ou toute attitude peut contaminer son récit • Il est nécessaire de le laisser apporter seul les détails, sans les interpréter

Une étude a été menée aux **États-Unis** en **2002** pour évaluer les caractéristiques des questions à utiliser au cours de l'entretien avec un enfant adressé pour suspicion d'abus sexuel. D'une façon générale, dans la littérature, les auteurs conseillent de mener l'entretien en utilisant le plus possible des questions ouvertes non suggestives. Les réponses apportées librement par l'enfant à une question ouverte seraient alors plus précises même si les informations restent incomplètes. Cependant, cette étude rapporte qu'en plus des questions ouvertes plus générales, le recours à des questions ouvertes mais plus ciblées, sans être orientées ni suggestives, peut être utile pour aider l'enfant à préciser les circonstances de l'abus. **(50)**

5.1.1 Eléments à rechercher à l'interrogatoire

En 1999 aux **Etats-Unis**, l'*American Academy of Paediatrics* a publié des recommandations sur le thème de l'évaluation des abus sexuels chez l'enfant afin d'aider les pédiatres à penser à l'abus sexuel et à mener au mieux l'examen de l'enfant.

Le diagnostic de violence sexuelle dépend beaucoup de la perspicacité du médecin à envisager l'abus comme une possibilité, d'autant plus que dans ce contexte, l'enfant est souvent contraint au secret et que l'abus sexuel peut se présenter sous des formes très variées avec des symptômes déclarés non spécifiques de ce type d'abus (troubles du sommeil, douleurs abdominales, énurésie, phobies, etc.).

Les symptômes plus caractéristiques des abus sexuels sont les lésions et saignements génitaux et de la région anale, les maladies sexuellement transmissibles et le développement de troubles du comportement à visée sexuelle de l'enfant.

En cas de suspicion, il est recommandé d'entreprendre un interrogatoire complété par un examen clinique complet de l'enfant et des examens complémentaires si nécessaire.

L'interrogatoire peut être conduit avant l'examen clinique ou au cours de cet examen en demandant à l'enfant d'explicitier les lésions observées.

Il est recommandé de mener cet entretien en posant des questions ouvertes, en évitant de montrer ses propres émotions et si possible de faire cet entretien seul avec l'enfant. L'entretien doit porter sur le récit de la maltraitance racontée par l'enfant mais aussi éventuellement sur l'évolution du comportement de l'enfant qui peut aussi être le révélateur d'abus sexuels. Dans la plupart des cas, les enfants de moins de 3 ans ne sont pas interrogés. Enfin il est recommandé de prendre des notes ou d'enregistrer l'entretien **(33)**. Ces recommandations ont été reprises dans une actualisation des *guidelines* en **2005 (10)**.

Selon les recommandations pour la prise en charge médicale de mineurs qui pourraient avoir été abusés sexuellement publiées **en 2007**, aux **États-Unis**, tous les enfants suspects d'avoir été abusés sexuellement devraient pouvoir bénéficier d'une évaluation médicale, et cette première évaluation doit toujours comporter une histoire médicale. Des questions spécifiques peuvent porter sur des antécédents traumatiques ou chirurgicaux intéressant la sphère génitale ou anale, des antécédents d'abus sexuels ou physiques, des symptômes récents ou habituels de douleurs ano-génitales, de saignements, de prurit, de pertes, de dysurie, de mictions douloureuses, de douleurs abdominales, de constipation, et si cela a fait l'objet d'un traitement récent.

En ce qui concerne les adolescents, on doit les interroger aussi bien sur les rapports forcés que sur des rapports consentis et connaître la date du dernier contact.

De façon générale, il faut limiter le nombre de fois où l'enfant doit répéter les détails de son agression. Les professionnels de santé qui recueillent l'histoire médicale du mineur doivent utiliser des questions ouvertes et des techniques spécifiques adaptées au bagage culturel et au niveau de langage du mineur.

Le lieu, la date de l'examen, l'examineur médical devraient être choisis en fonction de la possibilité de lésions aiguës ou autres éléments physiques à documenter, ou du matériel biologique à conserver.

Les raisons justifiant un examen en urgence comprennent, (mais ne sont pas limitées à) :

- des douleurs anales ou génitales ;
- des saignements ou des lésions ano-génitales ;
- le délai de l'agression (depuis moins de 72 heures), permettant de recueillir du matériel biologique pour une analyse médico-légale ultérieure ;
- la nécessité d'une intervention médicale en urgence pour la sécurité et la santé de l'enfant ;
- des problèmes comportementaux ou émotionnels chez le mineur, nécessitant d'évaluer le risque de suicide.

Enfin, des prélèvements biologiques peuvent avoir un intérêt diagnostique **(45)**.

Ces recommandations pour la prise en charge médicale de mineurs qui pourraient avoir été abusés sexuellement ont été actualisées **en 2008**. Les principales modifications par rapport à la version précédente concernent :

- la possible guérison rapide des lésions génitales aiguës (guérison complète en 3 jours de lésions superficielles : abrasions, pétéchies, lésions hémorragiques superficielles) chez l'enfant prépubère ;
- les techniques d'examen gynécologique : la position gèneupectorale semblerait plus efficace pour l'examen de l'hymen ;
- la mise en évidence de preuve médico-légale (données de l'examen clinique, test d'infections sexuellement transmissibles [IST], recueil de preuve sur le corps de la victime) : la présence de ces éléments semble plus rare chez l'enfant prépubère que chez l'adolescent, d'où l'importance de recueillir les vêtements ;
- les infections herpétiques de type HSV-1 et HSV-2 chez l'enfant peuvent être de plusieurs origines et ne peuvent constituer la preuve d'un contact sexuel. Un auteur a évoqué que les infections HSV-2 chez les enfants âgés de plus de 5 ans pourraient être plus fréquemment transmises par voie sexuelle mais aucune étude comparative n'a permis de confirmer cette hypothèse ;
- les ulcérations vulvaires peuvent être dues à d'autres causes que l'herpès, il est donc utile de faire des prélèvements et d'en attendre le résultat avant de porter le diagnostic ;
- enfin les IST ne sont pas toujours transmises lors d'un contact sexuel et la mise en évidence d'une IST ne constitue pas la preuve à 100 % d'un contact sexuel **(51)**.

Selon une revue de la littérature concernant l'évaluation, au sein d'un service d'urgence hospitalière, d'abus sexuels envers des enfants publiée aux **États-Unis en 2004**, l'examen clinique médical doit être mené de façon minutieuse, par un professionnel formé à ces circonstances. L'examen clinique a alors trois objectifs : évaluer et traiter les complications médicales en lien avec le traumatisme, collecter des éléments de preuve d'ordre médical, offrir à l'enfant une aide et une protection immédiates.

Dans le cadre de cette évaluation, l'entretien doit être le plus scrupuleux possible, et si besoin l'entourage (famille, professeurs, etc.) peut être interviewé séparément. L'entretien avec l'enfant peut être fait en tête à tête si l'enfant l'accepte. Il est souvent nécessaire de prendre du temps pour que l'enfant se sente en confiance. Le dévoilement peut être facilité en expliquant à l'enfant que cette démarche est la première étape pour l'aider et aider son agresseur et qu'elle peut aussi aider à protéger d'autres enfants victimes. Soit l'enfant peut dévoiler avec des mots, soit il en est incapable et l'information peut être transmise par le biais de supports non verbaux tels que les dessins, l'utilisation de poupées ou l'observation de jeux. Cependant, les

auteurs rappellent que ces outils sont parfois d'interprétation difficile ou contradictoire (49).

5.2 Comment mener l'examen médical physique et psychique ?

Examen clinique

Selon les recommandations **américaines** pour l'évaluation des abus sexuels chez l'enfant, publiées **en 1999**, avant d'être entrepris l'examen clinique doit être expliqué à l'enfant et si possible il doit être mené en présence d'une personne de confiance de l'enfant.

Il comprend :

- un examen complet des zones d'activité sexuelle : organes génitaux, région périnéale et anale (ainsi que la laxité du sphincter), bouche, poitrine, fesses. Il n'est pas recommandé d'utiliser un spéculum ou de faire un examen digital chez l'enfant prépubère ;
- un examen clinique complet en insistant sur les paramètres de croissance et le développement sexuel de l'enfant ;
- une observation du comportement de l'enfant durant l'examen clinique.

Les lésions ou les signes cliniques observés doivent être consignés par écrit ou photographiés.

Il peut être envisagé de recourir à une sédation sous surveillance stricte, dans de très rares cas, quand par exemple l'enfant est incapable de coopérer et l'examen est indispensable compte tenu de l'existence d'un traumatisme, d'une infection ou de la nécessité de recueillir des sécrétions (33).

Selon l'actualisation **en 2005** de ces recommandations, si l'agression a eu lieu plus de 72 h avant la consultation, l'examen physique n'est plus une urgence. Cet examen peut être programmé afin d'être pratiqué dans les meilleures conditions pour l'enfant et l'équipe médicale (il est préférable que l'examen soit fait par un praticien expérimenté pour ce diagnostic).

Lors de cet examen, il est recommandé :

- de rechercher des signes de maltraitance physique (contusions, ecchymoses, troubles du comportement) ;
- d'évaluer la maturité sexuelle de la victime ;
- de rechercher des signes de maltraitance sexuelle (le recours à une sédation doit être réservé aux cas où l'enfant ne peut coopérer pour l'examen), en ciblant l'examen sur les zones d'activité sexuelle (organes génitaux, région anale, buccale, poitrine) il est recommandé de documenter les lésions par des photographies ou à défaut par un dessin précis. En cas de doute sur une lésion, un avis spécialisé doit être recherché. L'examen digital ou avec un spéculum n'est pas recommandé chez l'enfant prépubère sauf pour rechercher un corps étranger et il est alors pratiqué sous anesthésie. Enfin la mesure de l'orifice hyménal doit être interprétée avec prudence compte tenu de la grande variété congénitale qui peut être observée (10).

En 2001, suite à la publication de données récentes relatives à l'évaluation médicale d'une suspicion d'abus sexuel chez l'enfant, Adams (52) a proposé une nouvelle échelle de classification des paramètres recueillis lors de l'examen de l'enfant.

Cette échelle est classée en deux parties, la première listant les données de l'examen ano-génital et la deuxième concernant des critères plus généraux pouvant être en rapport avec un abus sexuel. Pour chacune de ces parties, l'auteur propose une échelle des différents types de signes allant de ceux correspondant à un examen normal (non évocateurs d'abus sexuel) à ceux pour lesquels il existe la preuve d'un traumatisme contendant ou d'une pénétration traumatique.

Les critères correspondant à la première partie, soit l'examen ano-génital, nécessitent un examen gynécologique et donc un avis spécialisé. Nous ne citerons donc que les principaux éléments rapportés dans les catégories « abus fortement suspecté » et « preuve d'un traumatisme contendant ou d'une pénétration traumatique » qui sont repris dans le tableau suivant.

Examen ano-génital d'après Adams, 2001 (52)

Catégorie 3 : Forte suspicion d'abus ou de traumatisme (si les données sont insuffisantes pour confirmer le diagnostic d'abus sexuel, l'interrogatoire reste déterminant pour interpréter les éléments observés)
Dilatation anale prononcée, sans selles visibles ou palpables, et en l'absence d'encoprésis, de constipation chronique, de troubles neurologiques ou de sédation
Entailles ou fissures de l'hymen sur plus de 50 % de la largeur de l'anneau hyménal, au niveau du segment postérieur (inférieur)
Abrasions aiguës, lacérations ou contusions des lèvres, des tissus périhyménaux, du pénis, du scrotum ou au niveau périnéal
Marques de morsures ou de succions sur les parties génitales ou au niveau fessier (aussi possible traumatisme accidentel ou punition corporelle)
Cicatrices ou lacérations récentes de la fourchette postérieure sans atteindre l'hymen (possible lésion accidentelle)
Cicatrices périanales (rares mais peuvent être aussi dues à la maladie de Crohn ou à un examen médical antérieur)
Catégorie 4 : Preuve d'un traumatisme contendant ou d'une pénétration traumatique
Lacérations ou contusions de l'hymen
Lacérations périanales s'étendant vers le sphincter anal
Section ou déchirure importante de l'hymen (tel qu'on peut le voir après une défloration)
Absence de tissu hyménal

Concernant la deuxième partie reprenant des critères plus généraux pouvant être en rapport avec un abus sexuel, l'échelle liste les critères suivants :

Catégorie 2 : Possible abus sexuel
Signes retrouvés à l'examen médical associés à un changement significatif du comportement, en particulier des comportements sexualisés chez un enfant incapable de raconter un épisode d'abus sexuel
Lésions ano-génitales d'herpès de type 1 sans notion d'abus à l'interrogatoire et associées à un examen normal
Condylomes acuminés associé à un examen normal (chez un enfant de plus de 3-5 ans, très évocateurs d'une transmission sexuelle)
L'enfant a fait une déclaration mais insuffisamment détaillée compte tenu de son niveau de développement ou déclaration non cohérente ou déclaration obtenue suite à des questions orientées par les éléments retrouvés à l'examen médical
Catégorie 3 : Probable abus sexuel
L'enfant a déclaré de façon spontanée, claire, cohérente et détaillée, avoir été agressé sexuellement même en l'absence d'éléments retrouvés à l'examen médical
Culture positive à <i>Chlamydia trachomatis</i> provenant de la région génitale chez un enfant pré-pubère ou du col cervical chez une adolescente
Culture positive à l'herpès simplex type 2 provenant de lésions anales ou génitales
Infection à <i>Trichomonas</i>
Catégorie 4 : Preuve d'un abus ou d'un contact sexuel
Catégorie 4 de l'examen ano-génital sans notion d'accident
Mise en évidence de sperme ou de liquide séminal dans ou sur le corps de l'enfant
Grossesse
Culture positive confirmée pour <i>N gonorrhoea</i> au niveau vaginal, urétral, anal, ou pharyngé
Preuve d'une syphilis acquise après un accouchement
Existence de photos ou de cassettes montrant l'enfant abusé
Infection HIV (après élimination de transmission périnatale ou par voie sanguine ou contamination par une seringue)

Pour conclure, il est rappelé que la plupart des enfants qui ont été abusés sexuellement présentent un examen ano-génital normal ou montrant des lésions non spécifiques **(52)**.

Selon les recommandations pour la prise en charge médicale de mineurs qui pourraient avoir été abusés sexuellement publiées en **2007** aux **États-Unis**, l'examineur doit être compétent dans l'utilisation de techniques d'examen appropriées et les moins invasives possible. L'anesthésie générale est rarement indiquée et ne doit être utilisée que si les bénéfices médicaux dépassent très largement les risques potentiels.

Concernant la technique de l'examen ano-génital, chez les enfants prépubères, la position gènupectorale est souvent utile.

Pour la recherche d'infections sexuellement transmissibles, il est rappelé que la prévalence de ces infections chez les mineurs abusés est faible. Les indications des traitements des infections sexuellement transmissibles dépendent de l'âge du patient et d'autres éléments. Alors que dans certains centres, les adultes ou adolescents les plus âgés reçoivent systématiquement un traitement, il n'y a pas de standard en ce qui concerne les enfants ; un traitement systématique d'infection sexuellement transmissible chez l'enfant prépubère est généralement non préconisé en raison de la faible prévalence des infections à ces âges.

Les résultats de l'examen clinique sont à interpréter avec prudence, car les données les plus récentes ont démontré que seulement un faible pourcentage de mineurs évalués pour abus sexuel avait des lésions anales ou génitales au moment de l'examen.

Ce faible pourcentage de lésions est expliqué par trois raisons, soit l'agression ne pouvait entraîner de lésions, comme des attouchements, des caresses, des contacts bucco-génitaux, soit les tissus pénétrés - se sont étirés sans avoir été lésés, soit les tissus- avaient cicatrisé ou guéri au moment de l'examen **(45)**.

Selon une revue de la littérature concernant l'évaluation en secteur hospitalier, d'abus sexuels envers des enfants publiée aux **États-Unis en 2004**, l'examen physique et en particulier l'examen génital peut être source de résurgences douloureuses chez l'enfant, cet examen n'est donc pas obligatoire en urgence, de façon systématique. L'examen physique est recommandé en cas de contacts sexuels datant de moins de 72 heures, en cas de saignements ou de lésions des parties ano-génitales ou en cas de risque de grossesse chez l'enfant pubère.

Si l'examen est entrepris, il est préférable qu'il soit fait en présence d'un parent et d'un personnel hospitalier (infirmière, etc.).

Il est préconisé d'informer l'enfant qu'il va avoir un examen clinique complet (et non uniquement limité aux zones génitales), de lui détailler les mesures qui vont être prises ultérieurement et de lui proposer de répondre à toutes les questions qu'il pourrait avoir. Tous les éléments observés au cours de cet examen doivent être notés scrupuleusement, en incluant l'aspect physique général, l'état psychologique, l'apparence de ses vêtements **(49)**.

Selon E Josse, psychologue spécialiste de la maltraitance, dans un article relatif aux violences sexuelles faites aux enfants, paru en **2007**, les violences sexuelles n'entraînent pas toujours une souffrance psychique immédiate : plus de 30 % des enfants ne manifestent pas de réactions préoccupantes au moment des faits. Mais la souffrance est toujours présente, elle peut être initialement non apparente sous la forme d'un « traumatisme silencieux » et se révéler plus tardivement à l'occasion d'un événement personnel ou familial (relation amoureuse, grossesse, reportage, séparation, etc.)

De même, les violences sexuelles sont rarement dévoilées au moment de leur occurrence. Généralement la victime ne révèle les faits que plusieurs mois ou plusieurs années plus tard.

Les révélations claires et spontanées sont rares avant 4 ans mais l'enfant dénoncera plus facilement une maltraitance si une autre victime signale une violence similaire avec le même auteur, si l'agresseur ne fait pas partie du cercle familial et si on lui pose des questions directes au sujet de l'agression **(23)**.

Enfin concernant les examens complémentaires, les prélèvements ne sont indiqués que si l'abus date de moins de 72 heures. Le taux de cultures positives étant très bas chez l'enfant prépubère, la recherche de MST sera entreprise après avoir considéré : la possibilité de contact oral, génital ou anal, et la présence de symptômes chez l'enfant **(33)**.

5.3 Diagnostic différentiel

Les recommandations **américaines** pour l'évaluation des abus sexuels chez l'enfant, publiées **en 1999**, rappellent que le diagnostic d'abus sexuel est envisagé le plus souvent sur la base du témoignage de l'enfant. L'examen clinique permet rarement à lui seul de faire le diagnostic, en particulier en l'absence d'éléments à l'interrogatoire et lors des prélèvements biologiques. De nombreux types de violence n'entraînent pas de lésions physiques et les traces biologiques disparaissent souvent rapidement.

Les lésions traumatiques génitales et anales si elles sont isolées (interrogatoire et prélèvements négatifs) ne peuvent à elles seules confirmer le diagnostic de violences sexuelles.

En revanche, la présence de sperme, de phosphatase acide, une culture positive à gonocoque, un test sérologique positif pour la syphilis ou l'HIV témoignent du diagnostic d'abus sexuels, même en l'absence d'éléments à l'interrogatoire.

Enfin en cas de doute sur l'origine des lésions observées (abus sexuel ou cause traumatique accidentelle), il faut rappeler que les violences sexuelles surviennent souvent dans un contexte familial où il existe déjà d'autres problèmes tels qu'une maltraitance physique ou psychologique, des comportements d'addiction ou des violences familiales **(33)**.

6 Quelles démarches peut-on proposer pour protéger l'enfant ?

6.1 Historique de la protection de l'enfance en France

Un rapport a été publié **en 2009** par l'**Oned/CNRS**, dans le cadre des politiques sociales à l'égard des enfants en danger : « Trajectoires des prises en charge par la protection de l'enfance dans deux départements, d'une cohorte de jeunes ayant atteint 21 ans ». L'objet de ce rapport était d'analyser les parcours de prises en charge par la protection de l'enfance de jeunes selon le sexe de l'individu, afin d'en étudier les différences.

En introduction de ce rapport sont rappelées les grandes dates qui ont façonné la protection de l'enfance en France :

- **Troisième République** : loi Roussel en 1874 qui permet un contrôle de l'État sur les placements nourriciers des enfants de moins de 2 ans. À cette époque, la protection de l'enfance ne regroupait que les enfants abandonnés ou orphelins de père et de mère ou d'un seul des deux parents mais ce système ne protégeait pas les enfants victimes de mauvais traitements.

- **Loi de 1889** : l'État protège les enfants maltraités et moralement abandonnés (déchéance de la puissance paternelle et « confiage » des enfants à l'Assistance publique).
- **Loi de 1904** : organise l'Assistance publique.
- **Loi de 1912** : crée les premiers tribunaux pour enfants et adolescents.
- **Ordonnance du 2 février 1945** : relative à l'enfance délinquante.
- **Ordonnance du 23 décembre 1958 et décret du 7 janvier 1959** : régissent le système bipolaire (administratif et judiciaire) de protection de l'enfance actuel, avec l'abaissement de la majorité à 18 ans.
- **Décrets du 18 février 1975 et du 2 décembre 1975** : précisent la protection des jeunes majeurs.
- **Loi du 10 juillet 1989** : précise l'articulation entre l'autorité judiciaire et administrative.
- **Loi en 2002** : redéfinit les conditions de l'autorité parentale en ces termes « l'autorité parentale appartient aux père et mère pour protéger l'enfant dans sa sécurité, sa santé, sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne ».
- **Loi du 5 mars 2007** : réforme la protection de l'enfance afin d'éviter qu'un enfant en danger ne soit pas repéré et donc ne soit pas protégé. Elle prévoit la création d'observatoires dans chaque département afin de mettre en commun les informations « préoccupantes » provenant de tous les intervenants travaillant auprès des familles (travailleur social, éducateur, magistrat, police, médecin...).

Par ailleurs en 1990, la France signe la Convention internationale des droits de l'enfant : ainsi l'enfant devient sujet titulaire de droits, dont le droit à la protection (article 19) : « *Les États parties prennent toutes les mesures législatives, administratives et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toutes les formes de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris de violence sexuelles pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou de ses représentants légaux ou de toute personne à qui il est confié* » (43).

6.2 Cadre législatif de la protection de l'enfance

En France, une nouvelle loi réformant la protection de l'enfance a donc été promulguée **le 5 mars 2007**. À travers cette loi, le législateur a abandonné la notion « d'enfants maltraités » trop restrictive par celle « d'enfants en danger », soit « des mineurs dont la santé, la sécurité, la moralité sont en danger ou risquent de l'être ou dont l'éducation ou le développement sont compromis ou risquent de l'être ».

Cette loi entérine la mise en place d'un dispositif unique de recueil et de traitements des informations préoccupantes. Il appartient dorénavant à une instance sociale, le président du conseil général, de recevoir ces informations afin de procéder à une évaluation de la situation et de déterminer les actions de protection requises. Le président du conseil général a la responsabilité de saisir l'autorité judiciaire selon les motifs inscrits dans la loi. Ce fonctionnement repose sur une étroite communication entre l'instance sociale et l'instance judiciaire représentée par le procureur de la République. Les deux systèmes de protection sont censés se relayer entre eux pour ne pas banaliser la réponse judiciaire.

Toutefois, cette perméabilité des sphères dépend en partie de la matière traitée. En matière civile, les questions peuvent être traitées de manière complémentaire par les deux systèmes. En revanche, la matière pénale reste de l'appréciation judiciaire. Ainsi en cas d'abus sexuel, sur le plan pénal, le traitement de la réponse dépendra du Parquet mais sur le plan civil, l'étude de la mesure la plus appropriée pourra bénéficier d'une approche pluridisciplinaire sous couvert de la cellule (53).

Selon le **guide pratique** élaboré par le ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité **en 2008**, « La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation », au-delà de son rôle de recueil d'informations, a aussi un rôle de conseil des professionnels qui peuvent s'adresser à elle pour avis et conseil à propos de la situation d'un mineur. **(54)**.

6.3 Faut-il demander un autre avis, à qui, dans quel contexte ?

Avant la loi réformant la protection de l'enfance, aucun partage n'était possible en droit entre les professionnels soumis au secret professionnel de différents services participant aux missions de protection de l'enfance.

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance aménage le secret professionnel pour permettre à ces professionnels d'échanger entre eux les informations nécessaires à l'évaluation d'une situation, et à la mise en œuvre des actions de protection. La loi introduit à cet effet l'article L. 226-2-2 de Code de l'action sociale et des familles :

« Par exception à l'article 226-13 du code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant. »

Cet article concerne, entre autres, les professionnels qui participent au traitement de l'information préoccupante, qu'ils exercent au sein de la cellule départementale, ou qu'ils aient à effectuer l'évaluation de la situation de l'enfant, à donner leur avis ou à décider.

Ces derniers sont autorisés à échanger entre eux des informations à caractère secret sans s'exposer à des sanctions pénales.

Le partage est strictement limité aux informations qui sont nécessaires pour évaluer et traiter la situation dans le respect de la vie privée des familles comme le précise l'article L. 226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles.

Ainsi, lorsque la situation de l'enfant, ou de sa famille, nécessite d'être portée à la connaissance d'un autre professionnel dans le cadre de la mission de protection de l'enfance, les parents doivent en être préalablement informés, sauf si cela est contraire à l'intérêt de l'enfant.

Les informations à caractère médical restent couvertes par le secret médical, mais doivent pouvoir faire l'objet d'échange entre médecins.

Le partage d'information n'est autorisé que dans le but de permettre une évaluation pluridisciplinaire de la situation de l'enfant, de déterminer et de mettre en œuvre des actions pour assurer sa protection, de l'aider et d'aider sa famille.

La cellule départementale a pour mission de conseiller les professionnels. Ainsi, toutes les personnes qui participent au dispositif de protection de l'enfance peuvent s'adresser à la cellule départementale pour avis et conseil lorsqu'elles sont dans le questionnement et le doute à propos de la situation d'un mineur.

À cet égard, il est recommandé que chaque cellule départementale se dote d'un numéro d'appel à leur disposition (utilisable en cas de besoin par les personnels de

l'éducation, de santé, les services de police et de gendarmerie, les services municipaux, les associations) **(54)**.

La présence de médecins au sein de ces cellules n'est pas encore systématique. Mais, selon le rapport **2008** de l'Observatoire national de l'enfance en danger (**Oned**), **(55)** « État des lieux de la mise en place des cellules de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes », pour la transmission d'informations de nature médicale, l'intérêt de la présence d'un médecin au sein de la cellule (ce qui est le cas dans au moins 23 dispositifs de centralisation existant) est fortement souligné.

Cette organisation présente trois avantages :

- un motif tenant aux procédures, traduisant la plus grande facilité de communication d'un certificat médical de médecin à médecin ;
- un motif technique tenant à l'apport d'un étayage, pour la lecture des éléments du certificat, permettant d'en apprécier la portée donc l'éventuelle gravité pour l'enfant ;
- un motif enfin tenant à la fluidification des orientations, la présence d'un médecin dans la cellule rendant plus facile le recours à l'accueil de l'enfant à l'hôpital avec l'accord de ses parents, pour l'approfondissement d'un diagnostic.

Il est rappelé dans ce rapport que dans leur grande majorité, les médecins libéraux semblent ne pas être informés de l'existence de la cellule et du cadre de la loi du 5 mars 2007. **(55)**

6.4 Hospitalisation du mineur

Selon la conférence de consensus menée par la SFMU **en 2004**, sur le thème « Maltraitance : dépistage et conduite à tenir aux urgences », l'hospitalisation est nécessaire devant toute suspicion de maltraitance chez l'enfant et elle s'impose en cas de suspicion de maltraitance physique.

Elle a pour objectifs, entre autres, de protéger l'enfant en l'éloignant de son milieu, de confirmer le diagnostic d'une maltraitance devant un mode d'entrée inhabituel (fugue, tentative de suicide accident domestique suspect...) d'éliminer les diagnostics différentiels, d'effectuer le bilan médico-psychosocial indispensable à la prise en charge et de rédiger le signalement, rarement en urgence, après une évaluation pluridisciplinaire.

Si les parents refusent l'hospitalisation, si la maltraitance est évidente ou si les lésions sont graves, le médecin doit réaliser un signalement judiciaire auprès du Procureur de la République du tribunal de grande instance ou de son substitut (joignable 24 h/24, même les jours fériés, par le biais d'une permanence téléphonique du commissariat ou de la gendarmerie) **(25)**.

Déjà en **1997**, durant les Journées parisiennes de pédiatrie un article concernant l'accueil et la prise en charge aux urgences des enfants victimes d'abus sexuels rapportait qu'en cas d'agression sexuelle intrafamiliale, l'hospitalisation devait toujours être proposée. En cas de refus, le recours à une délivrance d'ordonnance de placement provisoire (OPP) permettait de maintenir l'enfant à l'hôpital. Cependant, si des mesures de protection efficaces pouvaient être mises en place autour de l'enfant (abuseur présumé non présent, parent accompagnateur soutenant et engagé à déposer plainte), il était possible d'y surseoir en prévoyant impérativement une consultation sous huitaine pour s'assurer de la sécurité de l'enfant et de l'engagement de la procédure judiciaire **(56)**.

7 Quand et comment informer et signaler ?

7.1 Distinction entre « information » et « signalement »

Depuis la **loi du 5 mars 2007**, il existe dorénavant une distinction entre les informations susceptibles d'être transmises à l'autorité administrative qui sont désormais nommées « informations préoccupantes » et celles destinées à l'autorité judiciaire, pour lesquelles le terme de « signalement » est réservé.

La notion « d'informations préoccupantes » se réfère à l'article 375 du Code civil et correspond selon la loi à « tout élément d'information, y compris médical, susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque de danger, puisse avoir besoin d'aide, et qui doit faire l'objet d'une transmission à la cellule départementale pour évaluation et suite à donner ».

Cette loi réaffirme le principe d'une intervention subsidiaire de l'autorité judiciaire et précise les critères de saisine judiciaire par le président du conseil général :

- mineur en danger au sens de l'article 375 du Code civil, qui a fait l'objet d'action préventive sans résultat ou dont la famille a refusé l'intervention des services de l'ASE ;
- mineur présumé en situation de danger au sens de l'article 375 du Code civil et dont la situation est impossible à évaluer **(57)**.

Dans un rapport de **l'Igas publié en 2006**, sur le thème « Recensement et analyse des bonnes pratiques en matière de signalement », les auteurs rapportaient que dans certains départements, afin d'aider les professionnels à orienter au mieux leurs alertes, il avait été proposé de protocoliser la distinction entre « information » et « signalement » et de les rapporter aux notions « d'enfants en danger » et « d'enfants à risque ».

La terminologie d'« enfant en danger » définie dans ce rapport comprenait :

- le danger avéré et évident qui recouvre la maltraitance et suppose une mise à l'abri immédiate de l'enfant ;
- les situations de collaboration difficile ou impossible avec la famille, qui imposent le recours à l'institution judiciaire.

En se fondant sur ces expériences locales, le rapport proposait alors trois critères justifiant le recours direct à l'institution judiciaire après un signalement :

- nécessité de protection immédiate (maltraitance grave, abus sexuel, etc.) n'offrant pas la possibilité d'une évaluation ;
- impossibilité d'évaluer une « information » du fait par exemple du refus de réponse ou de coopération de la famille ;
- impossibilité de travailler avec la famille après évaluation de « l'information » **(58)**.

Selon la définition proposée par le ministère de la Justice **(59)**, le signalement correspond à « un écrit objectif comprenant une évaluation de la situation d'un mineur présumé en risque de danger ou en danger nécessitant une mesure de protection administrative ou judiciaire ».

7.2 Cadre juridique du repérage

7.2.1 Qui doit informer et signaler ?

Le repérage est l'action de déceler et de connaître, ce qui n'implique pas de démarche systématique et qui peut être fait par des non-professionnels.

Différents types de structure sont plus à même de faire le repérage de maltraitance chez l'enfant :

- **L'aide sociale à l'enfance (ASE)** dont la mission est d'apporter un soutien aux enfants et à leur famille en cas de difficultés risquant de mettre en danger l'enfant. Mais en pratique, ce service intervient souvent en aval du repérage.
- **Les services d'action sociale** dont la mission est de mettre en œuvre la politique d'aide à la famille. Ce sont les assistants sociaux qui participent à cette mission, qui peuvent repérer des cas d'enfants en danger.
- **La protection maternelle et infantile (PMI)** dont les activités de prévention médico-sociale comprennent le repérage de mauvais traitements, notamment lors des consultations et examens préventifs auprès des enfants de moins de 6 ans ainsi que des visites à domicile. La loi n°2000-197 du 6 mars 2000 visant à renforcer les consultations et actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de 6 ans, à l'école maternelle, a, entre autres, pour objectif de prévenir et détecter les cas d'enfants maltraités. La loi du 5 mars 2007 conforte les mesures et les objectifs de celle de 2000 et rajoute dans les actions médico-sociales un bilan de santé vers l'âge de 3-4 ans, jusque-là non généralisé. Cette même loi prévoit aussi deux modalités de prévention périnatale (entretien individuel en début de grossesse et un suivi en période postnatale) afin de dépister des troubles de l'attachement entre les parents et l'enfant.
- **Les services de l'Éducation nationale** dans le cadre du suivi de la santé des élèves participent au repérage sur la base de bilans obligatoires (à 6 ans et depuis la loi du 5 mars 2007, à 9, 12 et 15 ans) et sur des examens médicaux périodiques effectués à la demande qui ont notamment pour objet de prévenir et détecter les cas d'enfants maltraités.
- **Le milieu hospitalier** a vu son organisation évoluer au fil du temps et des textes de loi, afin d'améliorer le dispositif de détection de mauvais traitements aux enfants :
 - La circulaire n° 81-5 du 23 janvier 1981 précise le rôle des maternités en regard de la prévention, de la détection et des soins aux enfants victimes de sévices.
 - La circulaire DGS/407/2B du 9 juillet 1985 prévoit la sensibilisation et l'information des professionnels hospitaliers.
 - La circulaire DGS/DH n° 92-22 du 16 juin 1992 instaure la création de cellules d'accueil spécialisées au sein de l'hôpital.
 - La circulaire DGS/DH n° 97-380 du 27 mai 1997 crée des pôles de référence régionaux où peuvent être accueillis et pris en charge des mineurs victimes de violences sexuelles puis des mineurs victimes de toute forme de maltraitance (circulaire DGS/DH n° 2000-399 du 13 juillet 2000).
 - La circulaire DHOS/DH n° 2003-238 du 20 mai 2003 institue la création d'unités médico-judiciaires afin de concilier :
 - la prise en charge de la souffrance de l'enfant sur le plan médical, psychologique et social ;
 - les nécessités judiciaires.

Mais le repérage peut aussi être effectué par d'autres institutions, conformément à la loi n° 89-487 du 10 juillet 1989, qui l'élargit à « l'ensemble des services et établissements susceptibles de connaître des situations de mineurs maltraités ».

Enfin le repérage peut être secondaire à l'initiative directe des enfants victimes et de personnes témoins par l'intermédiaire du **Snated** (Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger) anciennement dénommé Snatem (Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée), dont le numéro est le 119 et dont la mission est d'accueillir les appels des victimes ou de personnes confrontées à des situations de maltraitance et de transmettre ces informations au président du conseil général **(57)**.

Selon le **guide pratique** élaboré par le ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité **en 2008 (54)**, « La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation », cette cellule départementale est chargée du recueil, du traitement et de l'évaluation, à tout moment et quelle qu'en soit l'origine, des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être. Elle opère en interface, en premier lieu, avec les services propres au département (protection maternelle et infantile, action sociale et aide sociale à l'enfance), mais également avec les juridictions et principalement le parquet dont elle est l'interlocuteur privilégié.

Elle travaille aussi avec l'ensemble des professionnels, et notamment ceux de l'Éducation nationale, des divers services sociaux, des hôpitaux, des médecins et spécialistes libéraux, des associations, des services de police et de gendarmerie, des élus locaux, etc.

7.2.2 Transmission d'une « information préoccupante » aux services de protection de l'enfance

Depuis la **loi de juillet 1989**, le président du conseil général est considéré comme le chef de file du dispositif. Afin de formaliser et de centraliser⁴ les informations par les départements (et donc le conseil général), des modifications ont été apportées par la loi de mars 2007 :

Le nouvel **article L. 226-3 du Code de l'action sociale** et des familles issu de la loi du 5 mars 2007 définit ainsi le rôle du président du conseil général :

« Le président du conseil général est chargé du recueil, du traitement et de l'évaluation, à tout moment et quelle qu'en soit l'origine, des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être. »

La **loi 5 mars 2007** a créé une « cellule départementale de recueil, traitement et évaluation » sous la responsabilité du président du conseil général. Cette cellule peut être missionnée à tout moment dès qu'il existe des « informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être ».

Cette cellule constitue donc une **porte d'entrée unique** et donc plus visible pour le grand public. Elle a pour finalité l'amélioration du repérage des cas et du recoupement des informations entre les différentes institutions. Il s'agit donc d'avoir une connaissance la plus exhaustive possible de la situation de l'enfant, d'en assurer le traitement et l'évaluation sur la base d'une concertation pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle.

Il s'agit de faire converger vers un même lieu toutes les informations préoccupantes concernant des mineurs en danger ou en risque de l'être de manière à éviter la déperdition de ces informations, l'objectif étant de fiabiliser le dispositif de recueil.

Ainsi, toutes les personnes qui connaissent des situations d'enfants en danger ou supposés l'être doivent transmettre les informations qu'elles détiennent à la cellule départementale.

Si elles jugent nécessaire de faire un signalement au procureur de la République, en raison de l'extrême gravité, elles sont tenues d'en adresser une copie à la cellule départementale.

La cellule départementale doit aussi être destinataire des informations transmises par le parquet lorsque celui-ci a été avisé directement.

En conclusion, quel que soit le circuit de transmission, la cellule départementale a vocation à être destinataire de toutes les informations préoccupantes et des signalements au parquet.

Les suites possibles de cette évaluation peuvent être :

- classement sans suite si danger non confirmé ;

⁴ Le conseil général n'était pas systématiquement informé de l'existence d'une procédure dans certaines situations, par exemple en cas de signalement direct au parquet des mineurs.

- mise en place d'actions préventives auprès de la famille ou protection administrative de l'enfant ;
- signalement au procureur de la République en cas de danger pour l'enfant ou en cas de refus d'intervention des parents ou en cas d'échec de la protection administrative **(57)**.

Un guide pratique a été publié par le ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité en 2008 **(54)**, afin de donner un cadre de référence pour accompagner la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Ce guide précise le rôle de la cellule départementale. Ainsi la cellule est garante du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes. À ce titre, elle doit veiller à ce que toutes les informations préoccupantes soient prises en compte dans un délai le plus court possible. La cellule départementale doit également veiller à ce que les personnes ayant transmis des informations préoccupantes soient destinataires en retour d'un accusé de réception attestant de leur prise en compte et de leur instruction. Ces mêmes personnes doivent être informées de l'issue du traitement.

L'évaluation de la situation d'un mineur, à partir d'une information préoccupante consiste à apprécier le danger ou le risque de danger auquel il est exposé.

La pratique de l'évaluation est consacrée par la loi du 5 mars 2007 qui dispose d'une part, à l'article 12 :

« Après évaluation, les informations individuelles font, si nécessaire, l'objet d'un signalement à l'autorité judiciaire ».

Selon le **guide** pratique publié par le **ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité en 2008**, en ce qui concerne plus particulièrement les situations de violences, notamment sexuelles, révélées par un enfant ou par l'un de ses proches ou mises en évidence à l'occasion d'une évaluation, le signalement doit être effectué sans délai au procureur de la République.

Si l'enfant est l'auteur de la révélation, le recueil de ses paroles doit être fidèlement retranscrit. Il convient de veiller à ce que la protection de l'enfant soit immédiatement assurée et d'éviter que l'enfant fasse l'objet de pressions familiales ou extrafamiliales. Les éléments déjà connus des services départementaux susceptibles d'éclairer la situation de l'enfant doivent être joints au signalement.

Sauf si cela expose le mineur à un danger (représailles sur l'enfant...), ou si cela compromet les investigations futures (lorsqu'une infraction pénale est susceptible d'avoir été commise), les parents sont informés de la saisine du procureur de la République **(54)**.

7.3 Quel est le cadre légal du signalement ?

7.3.1 Selon les textes législatifs

Selon l'**article 434-3 du Code pénal**, « *Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros 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.* »

L'**article 226-13 du Code Pénale** précise que « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par*

profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende. »

L'article 226-14 du Code Pénal, établit une **dérogation au secret professionnel** en précisant que « L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable:

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire. »

Ainsi, face à une suspicion de maltraitance sexuelle chez le mineur, le médecin qui est normalement tenu au secret professionnel selon **l'article 226-13** du Code Pénal, peut être délié de ce secret par **l'article 226-14** du même Code.

L'article 226-13 du Code pénal a succédé à **l'ancien article 378** en vigueur **depuis 1810** et qui stipulait « *Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession ou par fonctions temporaires ou permanentes, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 500 F à 15.000 F. »*

Cet article fut ensuite complété par :

- la loi L. 71-446 du **15 juin 1971** : « *Les mêmes personnes n'encourent pas les peines prévues à l'alinéa 1^{er} lorsqu'elles informent les autorités médicales ou administratives chargées des actions sanitaires et sociales des sévices ou privations sur la personne de mineurs de quinze ans et dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession ; citées en justice pour une affaire de sévices ou privations sur la personne de ces mineurs, elles sont libres de fournir leur témoignage sans s'exposer à aucune peine ».*
- puis par la loi L. n° 80-1041 du **23 déc. 1980** : « *N'encourt pas les peines prévues à l'alinéa 1^{er} tout médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer qu'un viol ou un attentat à la pudeur a été commis ».*

Concernant l'obligation légale de dénoncer les crimes et délits, **l'article 223-6 du Code Pénal**, en vigueur depuis 1994, stipule : « *Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit*

contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende.

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

Cet article remplace l'ancien **article. 62.** (Ord. n° 45-1391 du 25 juin 1945) qui précisait : « Sera puni d'un emprisonnement d'un mois à trois ans et d'une amende de 360 F à 20 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement, celui qui, ayant connaissance d'un crime déjà tenté ou consommé, n'aura pas, alors qu'il était encore possible d'en prévenir ou limiter les effets ou qu'on pouvait penser que les coupables ou l'un d'eux commettraient de nouveaux crimes qu'une dénonciation pourrait prévenir, averti aussitôt les autorités administratives ou judiciaires. »

(L. n° 81-82 du 2 févr. 1981) « Sera puni d'un emprisonnement de deux mois à quatre ans et d'une amende de 2 000 F à 20 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement celui qui, ayant connaissance de sévices ou de privations infligés à un mineur de quinze ans, n'en aura pas, dans les circonstances définies à l'alinéa précédent, averti les autorités administratives ou judiciaires ».

Sont exceptés des dispositions du présent article les parents ou alliés, jusqu'au quatrième degré inclusivement, des auteurs ou complices du crime ou de la tentative (L. n° 54-411 du 13 avr. 1954) « sauf en ce qui concerne les crimes commis sur les mineurs de quinze ans ».

Le **Code de l'action sociale et des familles** instaure aussi la règle du secret professionnel pour les PMI et les établissements d'aide sociale.

L'article L 221-6 précise : « Toute personne participant aux missions du service de l'aide sociale à l'enfance est tenue au secret professionnel sous les peines et dans les conditions prévues par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Elle est tenue de transmettre sans délai au président du conseil général ou au responsable désigné par lui toute information nécessaire pour déterminer les mesures dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier, et notamment toute information sur les situations de mineurs susceptibles de relever du chapitre VI du présent titre.

L'article 226-13 du code pénal n'est pas applicable aux personnes qui transmettent des informations dans les conditions prévues par l'alinéa précédent ou dans les conditions prévues par l'article L. 221-3 du présent code. »

Afin d'encadrer le partage d'informations entre professionnels œuvrant pour la protection de l'enfance, **l'article L. 226-2-2 inséré par la loi du 5 mars 2007** donne un cadre légal à la notion de partage du secret professionnel : « Par exception à l'article 226-13 du code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L.112-3 ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier.

Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant. »

Depuis la loi de mars 2007, l'autorité judiciaire doit informer le conseil général :

- des suites judiciaires quand le signalement a été fait par lui ;
- des cas de signalement quand celui-ci a été fait directement au procureur (57).

7.3.2 Selon le Code de déontologie médicale

Selon l'article 4 (article R. 4127-4 du Code de la santé publique) : « *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.*

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »

Annexe de l'article 4 : Les dérogations au secret médical

Parmi les dérogations légales, le code distingue les « dérogations obligatoires » et les « permissions de la loi ». Ces dernières comprennent entre autres :

- Les mauvais traitements infligés à des mineurs de 15 ans ou à une personne incapable de se protéger (art. 226-14 du Code pénal).

Cet article *autorise* les médecins qui en ont connaissance à dénoncer les sévices et privations. Le rapprochement de ces dispositions avec celles de l'article 434-3 réprimant la non-dénonciation de crime et qui exclut expressément leur application aux personnes tenues au secret professionnel montre clairement qu'il ne s'agit pas d'une obligation de dénonciation pour le médecin.

Ce n'est pas l'objection du secret professionnel qui peut retenir le médecin. Mais la difficulté d'appréciation de la situation peut le conduire, au moins temporairement, à préférer d'autres mesures (hospitalisation par exemple) que le signalement.

Il convient de rappeler qu'en cas de mauvais traitements *un médecin ne saurait rester passif* sans encourir les peines prévues à **l'article 223-6 du Code pénal** réprimant la non-assistance à personne en péril.

- Les sévices permettant de présumer des violences sexuelles de toute nature (art. 226-14 du Code pénal).

Cette déclaration ne peut être faite auprès du procureur de la République qu'avec *l'accord de la victime*, en règle générale majeure.

Le certificat descriptif, avec mention éventuelle de l'état psychologique et psychique, doit être remis à la victime. Il sera opportun de la diriger vers un confrère gynécologue ou un service compétent en gynécologie.

Article 43 (article R. 4127-43 du Code de la santé publique) : « *Le médecin **doit** être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage. »*

Article 44 (article R. 4127-44 du Code de la santé publique) : « *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. S'il s'agit d'un mineur de quinze 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**, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives. »*

Il y a donc obligation déontologique à signaler les sévices, mais il n'est pas précisé que le signalement devienne une dérogation au secret médical.

7.4 Y a-t-il des risques à signaler ? Et des risques à ne pas signaler?

7.4.1 Le partage d'informations entre professionnels

► Aménagement du secret professionnel

Selon le **guide pratique** élaboré par le **ministère du Travail**, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité **en 2008**, « La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation », la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance aménage le secret professionnel pour permettre aux professionnels d'échanger entre eux les informations nécessaires à l'évaluation d'une situation et à la mise en œuvre des actions de protection.

La loi introduit, à cet effet, un nouvel article dans le Code de l'action sociale et des familles, **l'article L. 226-2-2** qui contient les dispositions suivantes :

« Par exception à l'article 226-13⁵ du code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. »

Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance.

Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant. »

Cet article concerne :

- les personnes non concernées par le partage d'informations, qui peuvent être amenées à transmettre des informations préoccupantes à la cellule départementale ; ce peut être l'assistant maternel, l'éducateur de jeunes enfants, l'enseignant, l'éducateur sportif, le bénévole, etc ;
- les professionnels qui participent au traitement de l'information préoccupante (travailleurs sociaux, médico-sociaux, médecins, psychologues, etc.), qu'ils exercent au sein de la cellule départementale, ou qu'ils aient à effectuer l'évaluation de la situation de l'enfant, à donner leur avis ou à décider.

Ces derniers sont autorisés à échanger entre eux des informations à caractère secret sans s'exposer à des sanctions pénales.

Les informations à caractère médical restent couvertes par le secret médical, mais doivent pouvoir faire l'objet d'échange entre médecins.

Si les assistants sociaux, les infirmiers et le personnel médical sont tous soumis au secret professionnel par la loi, le personnel éducatif et les intervenants sociaux autres que les assistants sociaux ne le sont pas automatiquement **(54)**.

Ainsi, même si le partage d'informations se trouve encadré par cette nouvelle loi, la notion de « secret partagé » n'est pas devenue un principe. La règle déontologique applicable reste le secret professionnel, le partage d'informations confidentielles,

⁵ « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 13 000 euros d'amende. »

l'exception. Par ailleurs, la mise en œuvre opérationnelle du secret partagé pose toujours des difficultés **(60)**.

► **Partage d'informations : dans quel but ?**

Le partage n'est autorisé que dans le but de permettre une évaluation pluridisciplinaire de la situation de l'enfant, de déterminer et de mettre en œuvre des actions pour assurer sa protection, de l'aider et d'aider sa famille **(54)**.

► **Les limites du partage d'informations**

Les informations susceptibles d'être légalement partagées sont strictement limitées à celles qui sont nécessaires à l'évaluation, à la détermination et à la mise en œuvre d'actions à des fins de protection du mineur.

Parallèlement aux cas prévus par l'article 226-14 du Code pénal, il est légalement admis de partager des informations confidentielles dans trois autres situations. C'est tout d'abord possible entre professionnels de santé. En effet, en vertu de **l'article L. 1110-4 du CSP**, si « *toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant* », les professionnels de santé peuvent échanger des informations relatives à une personne prise en charge et avertie – sauf opposition de celle-ci –, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible.

Les informations concernant une personne prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé sont réputées confiées par celle-ci à l'ensemble de l'équipe (art. L. 1110-4, al. 3 du CSP).

Le partage d'informations confidentielles est ensuite possible pour les professionnels concourant à la politique de protection de l'enfance. En vertu de **l'article L. 226-2-2 du CASF**, issu de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre ou participent à cette politique de protection sont en effet autorisées à partager des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier.

Le partage est enfin autorisé dans le cadre de la politique de prévention de la délinquance **(60)**.

Le partage n'est possible qu'après en avoir informé les parents ou la personne exerçant l'autorité parentale, et l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité. Toutefois, cette exigence peut être levée lorsque l'information préalable est contraire à l'intérêt de l'enfant, par exemple si elle implique un risque pour l'enfant (article L. 226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles) **(54)**.

► **Les modalités du partage d'informations**

En ce qui concerne le partage d'informations confidentielles entre professionnels de santé, **l'article L. 1110-4 du CSP** prévoit les conditions et les limites nécessaires à la conciliation entre respect des droits du patient et efficacité de la prise en charge. Ainsi, ce partage n'est légal qu'entre professionnels de santé directement chargés du suivi d'une même personne, après accord de cette dernière, et uniquement dans un but thérapeutique.

En matière de partage d'informations confidentielles entre professionnels concourant à la politique de protection de l'enfance, les professionnels participant au traitement de l'information préoccupante, qu'ils exercent au sein de la cellule départementale ou qu'ils aient à effectuer l'évaluation de la situation de l'enfant, à donner leur avis ou à décider, sont autorisés à échanger des informations à caractère secret sans risque pénal.

Les modalités de partage d'informations confidentielles doivent cependant respecter certaines règles.

Tout d'abord, celui-ci n'est légal que s'il vise à la meilleure prise en charge possible de la situation.

Ensuite, il doit respecter un principe de proportionnalité et être strictement limité à ce qu'il est nécessaire de révéler pour assurer la mission de protection de l'enfance.

Enfin, une information des représentants légaux de l'enfant (ou de l'enfant, selon son âge et sa maturité) précède obligatoirement le partage. Il s'agit d'une information préalable, et non d'une autorisation préalable **(60)**.

Dans une analyse publiée en **2009** sur le partage du secret, l'auteur émet quelques recommandations en matière d'échanges d'informations confidentielles qui, sans garantir l'immunité pénale ni l'exonération de responsabilités, s'inspirent de la pratique professionnelle, des principes généraux du droit français et de la synthèse du régime juridique des cas autorisés.

Ainsi, le principe de proportionnalité – impliquant que seules les informations strictement nécessaires soient partagées – doit être impérativement respecté, et le partage d'informations entre personnes déjà soumises au secret professionnel, privilégié.

Par ailleurs, la préservation de l'anonymat sera recherchée chaque fois que possible. L'information de la personne concernée – quand cela est faisable ou pertinent – est aussi recommandée.

Enfin, et de manière globale, il peut être judicieux de définir un cadre d'échange, le cas échéant par un document interne à l'instance concernée, dans lequel seront rappelés les principes déontologiques fondamentaux – secret professionnel, discrétion professionnelle, réserve, etc. –, ainsi que les modalités pratiques du travail partenarial et pluridisciplinaire **(60)**.

7.4.2 Les risques du signalement et le devoir de signaler

► Les risques du signalement

L'article 44 du Code de déontologie médicale insiste sur le devoir qu'a le médecin de signaler les cas de maltraitance en faisant preuve *de prudence et de circonspection* et *sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience*.

Le Conseil national de l'ordre précise: « *Dans tous les cas, le médecin aura à peser les différents avantages et inconvénients, dans la situation considérée, des solutions possibles avant de prendre une décision, sans oublier qu'il pourra ultérieurement avoir à la justifier.* »

Il est essentiel que le médecin s'en tienne à ne signaler aux autorités que les faits constatés. En effet, un des risques pour le médecin est d'être poursuivi pour dénonciation abusive par une personne désignée comme étant l'agresseur.

Un formulaire de signalement type est mis à disposition par le Conseil National de l'Ordre des médecins, afin d'aider à la procédure de signalement par les professionnels et d'éviter les erreurs rédactionnelles (mauvaise rédaction ou prise de parti du médecin, ce qui n'est pas son rôle) qui peuvent conduire à une condamnation.

► **Le devoir de signaler**

La loi du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance a modifié l'article 226-14 du Code pénal, en précisant les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret.

Dans sa nouvelle rédaction, l'article L. 226-14, vise à faciliter le signalement des actes de malveillance envers des mineurs, à travers les modifications suivantes :

- Il permet d'étendre à tous les mineurs, qu'ils soient âgés de plus ou moins de 15 ans, le champ de la procédure de signalement prévue par cet article.
- Il prévoit que le médecin, avec l'accord de la victime, peut signaler non seulement les sévices, mais également « les privations », qu'il a constatés « sur le plan physique ou psychique » et qui lui permettent de présumer que des « violences physiques ou sexuelles » de toute nature ont été commises.
- Il précise que désormais, lorsque la victime est un mineur, il n'est pas nécessaire que le médecin recueille son consentement avant de saisir le procureur de la République.

Cet article de loi libère le médecin de toute sanction pénale en cas de signalement et permet de renforcer la protection du médecin, en prévoyant que le signalement de sévices constatés sur un enfant, dans les conditions prévues par cet article, ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.

► **Les éléments constitutifs du délit de dénonciation calomnieuse**

L'article 226-10 du code pénal dispose que « *la dénonciation, effectuée par tout moyen et dirigée contre une personne déterminée, d'un fait qui est de nature à entraîner des sanctions judiciaires, administratives ou disciplinaires et que l'on sait totalement ou partiellement inexact, lorsqu'elle est adressée soit à un officier de justice ou de police administrative ou judiciaire, soit à une autorité ayant le pouvoir d'y donner suite ou de saisir l'autorité compétente, soit aux supérieurs hiérarchiques ou à l'employeur de la personne dénoncée, est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.*

La fausseté du fait dénoncé résulte nécessairement de la décision, devenue définitive, d'acquiescement, de relaxe ou de non-lieu déclarant que la réalité du fait n'est pas établie ou que celui-ci n'est pas imputable à la personne dénoncée.

En tout autre cas, le tribunal saisi des poursuites contre le dénonciateur apprécie la pertinence des accusations portées par celui-ci. »

L'article 226-11 du même Code précise quant à lui que « *lorsque le fait dénoncé a donné lieu à des poursuites pénales, il ne peut être statué sur les poursuites exercées contre l'auteur de la dénonciation qu'après la décision mettant définitivement fin à la procédure concernant le fait dénoncé* ».

Le délit de dénonciation calomnieuse est un délit intentionnel au sens de **l'article 121-3 du Code pénal**. Ses éléments constitutifs sont les suivants :

- la plainte doit viser une personne déterminée ou identifiable ;
- elle doit être spontanée, c'est-à-dire qu'elle ne doit pas avoir été faite en exécution d'une obligation ou même de l'injonction d'une autorité légitime ;
- les faits dénoncés doivent être de nature à entraîner pour leur auteur des sanctions judiciaires, administratives, disciplinaires ;
- les faits dénoncés doivent être inexacts ou partiellement inexacts. Le texte envisage deux hypothèses pour l'appréciation du caractère inexact des faits dénoncés :
 - soit une décision définitive d'acquiescement, de relaxe ou de non-lieu « déclarant que la réalité du fait n'est pas établie ou que celui-ci n'est pas imputable à la personne dénoncée » est intervenue, et la fausseté du fait dénoncé « résulte nécessairement » de cette décision (le texte écarte la décision de classement sans suite par le parquet qui avait un temps figuré dans l'article 373 de l'ancien Code pénal),
 - soit une telle décision judiciaire n'a pas été prononcée et la juridiction saisie de l'action en dénonciation doit apprécier la « pertinence » des accusations portées par le dénonciateur ;
- s'agissant de l'élément intentionnel, la Cour de cassation veille à ce que les juridictions de fond ne se contentent pas d'une intention de nuire mais constatent que le dénonciateur connaissait la fausseté du fait dénoncé (Cass. crim. 30 janvier 1979 ; Cass. crim. 11 mars 2008).

La preuve de la mauvaise foi, s'agissant d'un élément constitutif de l'infraction, est, naturellement, à la charge de la partie poursuivante (Cass. crim, 7 décembre 2004). Le dénonciateur n'a pas à prouver sa bonne foi.

Seule une dénonciation faite de mauvaise foi, par une personne ayant conscience du caractère mensonger des éléments dénoncés, pourrait donner lieu à des sanctions pénales de ce chef.

7.4.3 L'immunité des médecins en matière de signalement

Il résulte des dispositions **de l'article 226-10 du Code pénal** que le délit de dénonciation calomnieuse n'est constitué qu'à la condition que la personne qui dénonce les faits sache, au moment de cette dénonciation, que ces éléments sont partiellement ou totalement inexacts.

Dès lors, un médecin de bonne foi qui, dans le cadre d'un signalement, dénoncerait des faits de sévices ou d'agressions sexuelles commis sur un mineur ne pourrait voir sa responsabilité engagée.

Cet élément de la nécessaire mauvaise foi tend à protéger la quasi-intégralité des praticiens, sans qu'il soit nécessaire d'envisager un système spécifique d'immunité pénale.

De surcroît **l'article 226-14 du Code pénal** délivre expressément le médecin du secret médical, lui permettant de ce fait de révéler :

- les privations et sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou de mutilations sexuelles dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;
- avec l'accord de la victime, les sévices ou privations qu'il a constatés sur le plan physique ou psychique et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire.

Le dernier **alinéa de l'article 226-14 du code pénal** confère en outre une immunité disciplinaire aux médecins qui signalent aux autorités compétentes certains faits dans les conditions prévues par cet article.

Enfin, aucune condamnation de médecin, du chef de dénonciation calomnieuse, pour avoir signalé aux autorités compétentes des sévices et agressions sexuelles sur mineur n'a été portée à la connaissance de la Direction des affaires criminelles et des grâces.

L'article 44 du Code de déontologie médicale (art R. 4127-44 du Code de la santé publique) établit 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. S'il s'agit d'un mineur de moins de quinze 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, sauf circonstances particulières, qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives. »*

Dans la pratique, si le médecin est souvent l'intervenant le mieux placé pour détecter une éventuelle maltraitance, il reste que l'exercice du signalement est toujours difficile, tant les conséquences sociales et/ou judiciaires sont importantes.

Dans un article paru en **mars 2009**, est rapporté le cas d'un enfant de 5 ans, décédé à la suite de coups et de sévices répétés, alors que cet enfant avait été vu par deux médecins dans le mois ayant précédé son décès. Ces deux médecins ont été poursuivis pour non-assistance à personne en danger et ils ont été condamnés par la cour d'assises, chacun à une peine de 3 ans d'emprisonnement avec sursis et des amendes de 60 000 euros pour l'un et 75 000 euros pour l'autre. Un appel a été formé dont les décisions sont en attente.

Selon les auteurs, cette nouvelle pression juridique est symptomatique d'une évolution de notre société avec pour objectif probable d'amener les médecins à signaler beaucoup plus facilement et spontanément.

Cependant si le médecin généraliste est en position de dépister les cas de maltraitance, c'est parce qu'il entretient une relation de confiance avec ses patients et il est essentiel de préserver cette relation de confiance.

Pour les auteurs, la prise en charge efficiente de ces situations souvent complexes tant sur le plan médico-judiciaire que social, nécessite un travail pluriprofessionnel en réseau. Le médecin généraliste doit alors savoir s'entourer des compétences tant de confrères médecins (service d'urgences pédiatriques, unité médico-judiciaire, protection maternelle et infantile, médecin scolaire, pédiatre, etc.) pouvant lui apporter un regard extérieur, que des professionnels du champ socio-éducatif (travailleurs sociaux, etc.).

Ces intervenants ponctuels pourront apporter leur propre évaluation de la situation et jouer le « mauvais rôle » en procédant eux-mêmes au signalement.

Reste évidemment à résoudre la difficulté de l'introduction de personnes tierces dans le suivi de l'enfant, et tout particulièrement lorsque l'entourage se méfie d'un signalement **(61)**.

7.5 Quelles sont les modalités du signalement : qui doit signaler ?

Le médecin est un témoin privilégié pour observer et signaler des cas de maltraitance, cependant il est soumis au devoir du secret médical selon l'article 4 du Code de déontologie médicale.

Cependant, il faut rappeler que l'auteur du signalement est celui qui apporte des constatations sur la situation de l'enfant et non des preuves ; un signalement n'est pas un jugement **(62)**.

Dans un rapport du **CNOM** publié en octobre **2010**, sur le signalement et l'information préoccupante, il est rappelé que le signalement est un terme juridique réservé à la transmission au Procureur de la République de faits graves nécessitant des mesures appropriées dans le seul but de protéger l'enfant.

En pratique : le médecin doit signaler directement au Procureur, éventuellement dans l'urgence par téléphone et courrier à suivre, dès qu'il estime que les faits dont il a été témoin, ou qui lui ont été rapportés, revêtent un caractère de gravité. Il doit utiliser le «*signalement type* » (site du CNOM) et le remplir en fonction de ce qu'il a constaté uniquement. Il ne doit en aucun cas mettre un tiers en cause.

Le Procureur destinataire du signalement peut :

- renvoyer au président du conseil général si les éléments sont insuffisants après enquête
- saisir le juge des enfants pour suites à donner

Dans le cadre de la transmission d'informations, un médecin n'est pas enquêteur. Il porte à la connaissance de la cellule ses appréhensions. Il ne peut pas être poursuivi pour diffamation même si elles ne sont pas confirmées, car seules les informations qu'il saurait être fausses, et qu'il transmettrait, seraient de la diffamation **(63)**

Un guide de bonnes pratiques sur le thème « Enfants victimes d'infractions pénales : du signalement au procès pénal » a été publié en **2003** par le ministère de la Justice, afin de mieux accompagner les enfants victimes du signalement jusqu'au procès pénal. Les modalités de signalement au sein des établissements scolaires y sont préconisées car ces structures sont souvent en première ligne face à ce type de situation.

Ainsi l'Éducation nationale recommande, notamment en cas de suspicion ou de doute, si un membre de l'équipe éducative remarque des signes de maltraitance, qu'il sollicite prioritairement le médecin et l'infirmière de l'Éducation nationale pour participer à l'évaluation de la situation de danger de l'élève, après avoir prévenu les autorités hiérarchiques. Il est aussi recommandé que les inspecteurs d'académie soient systématiquement avisés de ces démarches.

Ce guide propose par ailleurs une fiche type de signalement, détaillant les éléments indispensables à recueillir pour procéder à un signalement, soit :

- données relatives au rédacteur du signalement ;
- données relatives à l'enfant : informations sur l'enfant et éléments justifiant le signalement ;
- données relatives à la famille : informations sur la famille, préciser si la famille est informée du signalement, détailler le contexte familial ;
- actions déjà menées **(59)**.

Le conseil général de Franche-Comté a élaboré en **2002** un guide du signalement destiné aux professionnels de la protection de l'enfance, dans lequel il recommande les informations à mentionner dans un formulaire de signalement :

Composition familiale	<ul style="list-style-type: none"> ● Identité de l'enfant concerné (nom, date et lieu de naissance, établissement scolaire) ● État civil des membres de la famille ● Adresse de chaque parent et de l'(des) enfant(s) (préciser si elle est différente de celle des parents au moment du signalement) ● Exercice de l'autorité parentale ● Situation par rapport à l'emploi des parents et catégorie socioprofessionnelle
Présentation de la situation	<ul style="list-style-type: none"> ● Indiquer les éventuelles interventions développées auprès de la famille en précisant si elles ont été acceptées ou refusées ● Dégager le motif du signalement du contexte ● Privilégier les faits et les éléments objectifs avec le souci constant d'être le plus précis possible
Conclusion	<p>Elle indique une ou des propositions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Elle précise sur quel(s) membre(s) de la famille la mesure devrait porter ● Si l'enfant peut être confié à un tiers, ne pas omettre de préciser l'adresse de celui-ci <p>Elle indique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● si les parents ont été avisés du signalement et si non pour quel motif ● si les parents sont d'accord pour l'aide qui leur est proposée <ul style="list-style-type: none"> ▸ Nom et qualité du signataire du rapport ▸ Origine de l'information ▸ Date des événements et des mesures déjà prises ▸ Lieux où se sont produits les différents événements signalés ▸ Les faits rapportés sont-ils isolés ? ou répétitifs, accidentels ou non? Ont-ils été constatés ou rapportés ? ▸ Paroles de l'enfant ▸ Constatations médicales (certificat médical joint) ▸ Conséquences pour l'enfant de ces faits

Il est rappelé que tout élément de danger survenu depuis l'envoi du premier signalement doit faire l'objet d'un signalement complémentaire **(62)**.

7.6 Le suivi d'une procédure de signalement

Selon le guide de bonnes pratiques sur le thème « Enfants victimes d'infractions pénales : du signalement au procès pénal », publié en **2003** par le ministère de la Justice, les titulaires de l'autorité parentale doivent être informés par écrit de la démarche entreprise par le président du conseil général. Exception sera faite à ce principe dans le cas où l'information peut mettre l'enfant en danger et/ou entraver le cours de la justice **(59)**.

7.6.1 La protection administrative

La prise en charge par l'ASE provient soit d'une décision du président du conseil général soit d'une décision du juge des enfants. Cette prise en charge repose soit :

- sur les actions éducatives menées tout en maintenant l'enfant au domicile des parents ;
- sur les mesures de placement, qui retirent l'enfant du milieu familial.

7.6.2 La protection de l'autorité judiciaire

Les services de la PJJ (protection judiciaire de la jeunesse) assurent la prise en charge et la protection des mineurs en danger moral et physique et des majeurs de moins de 21 ans en grande difficulté, qui leur sont confiés par le juge des enfants.

Les enfants sont alors confiés par décision judiciaire à des établissements du secteur associatif.

7.7 Expériences internationales

7.7.1 Le Conseil de l'Europe

En novembre **2009**, le Comité des Ministres du **Conseil de l'Europe** (représentant ses 47 Etats membres) a adopté une recommandation contenant les lignes directrices sur les stratégies nationales intégrées de protection des enfants contre la violence.

Ces lignes directrices encouragent la promotion d'une « culture du respect des droits de l'enfant », fondée sur une connaissance approfondie de ces droits, des points vulnérables des enfants et de leurs aptitudes. Elles ciblent principalement tous les professionnels travaillant au contact d'enfants.

Une recommandation importante concerne la déclaration des incidents de violences sur enfants. Ainsi, le Conseil de l'Europe préconise « Le signalement de violences devrait être obligatoire pour tous les professionnels travaillant avec des enfants, y compris dans les organismes et les entités privées agissant pour le compte de l'Etat.... » **(64)**

Les recommandations du Comité des droits de l'enfant des Nations Unies et de l'étude du Secrétaire Général des Nations Unies sur la violence contre les enfants, encouragent l'élaboration et la mise en œuvre d'un dispositif national global visant à protéger les droits de l'enfant et à éliminer les violences à l'encontre des enfants. Le Comité des Droits de l'Enfant dans son observation générale N°13 (avril 2011) recommande l'obligation du signalement pour ceux qui travaillent auprès d'enfants et la protection de ceux qui signalent **(65)**.

7.7.2 La protection de l'enfance au Québec

Au **Canada**, la législation civile relève des provinces et, comme la loi française, la loi québécoise sur la protection de la jeunesse privilégie la responsabilisation des parents et le maintien de l'enfant dans son milieu familial.

En **2008**, 31 689 mineurs bénéficiaient de mesures de protection ; 38 % d'entre eux étaient placés, le plus souvent en famille d'accueil.

Le dispositif québécois comporte, comme le dispositif français, deux types de protection civile des mineurs, administratif et judiciaire, mais l'équilibre y est plus favorable au premier. L'organisation administrative repose sur 18 « centres jeunesse » régionaux dotés chacun d'un directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) dont le rôle est prépondérant.

Le DPJ gère l'ensemble du processus de protection. Destinataire unique des signalements, il déclenche, s'il l'estime nécessaire, l'évaluation de la situation avec l'obligation d'en informer la famille. Ses pouvoirs d'investigation sont importants et il peut recourir aux forces de police. Il établit un « plan de mesures » (aides financières, assistance en milieu ouvert, placement), qui peut aller jusqu'à une recommandation d'adoption plénière.

Le DPJ décide de l'orientation de la procédure : « entente sur les mesures volontaires » ou procédure judiciaire. Il est seul, hormis la famille ou le mineur de plus

de 14 ans, à pouvoir saisir le juge civil ; le procureur n'agit qu'en matière pénale. L'intervention du juge concerne les situations dans lesquelles la famille refuse de coopérer ou pour lesquelles le DPJ envisage un placement prolongé. Après avoir statué sur la nécessité d'une protection, le juge ordonne les mesures sur la base de propositions du DPJ. Une commission indépendante peut être saisie par la famille si la décision d'un DPJ ne lui semble pas correspondre aux besoins d'un enfant.

Le ministère chargé de la santé et des services sociaux a développé un plan stratégique 2005-2010 pour dynamiser ce secteur sensible. L'orientation générale est l'intervention précoce, intensive et en continuité, le plus près possible des milieux de vie. Les préoccupations sont proches de celles de la France : améliorer la prévention (accès des familles vulnérables aux services pour la petite enfance) et l'accessibilité des services psychosociaux pour les jeunes et leur famille. Le raccourcissement des délais est un objectif prioritaire (12 jours pour les investigations, 30 pour la mise en œuvre des décisions de protection) (66).

7.7.3 La protection de l'enfance dans plusieurs pays européens

Dans un rapport publié en 2007 par le Sénat (67), un examen des structures de protection de l'enfance dans différents pays a été mené afin d'évaluer le rôle respectif des structures administratives et judiciaires.

Sept pays ont été retenus : l'Allemagne, l'Angleterre, la Belgique, le Danemark, l'Italie, le Portugal et la Suède. L'examen des structures de la protection de l'enfance de ces sept pays montre que :

- Tous les pays étudiés sauf le Danemark ont institué un double système de protection de l'enfance :

a) En Allemagne, en Angleterre, en Belgique, en Italie, au Portugal et en Suède, la protection de l'enfance relève de la compétence de l'administration et, à titre subsidiaire, de celle de la justice.

Les mesures de protection administrative doivent être prises en accord avec les parents, voire avec les enfants lorsque ceux-ci atteignent un certain âge, qui varie entre 12 et 15 ans.

Lorsqu'il est impossible d'obtenir l'assentiment des parents, lorsque ceux-ci sont incapables de se conformer à la mesure prescrite ou lorsque le maintien de l'enfant au domicile familial semble dangereux pour le mineur, l'organe administratif chargé de la protection de l'enfance peut saisir la justice afin qu'une mesure de protection judiciaire soit ordonnée. Cette saisine s'effectue directement en Allemagne, en Angleterre et en Suède. Elle requiert l'intermédiaire du ministère public en Belgique, en Italie et au Portugal.

Le juge peut imposer une mesure analogue à celles décidées par l'organisme administratif (accompagnement des parents, surveillance des mineurs, placement, etc.). Par ailleurs, le juge est le seul qui puisse retirer l'autorité parentale aux parents.

b) Le Danemark fait exception à cette règle.

Au Danemark, lorsque les parents ne sont pas d'accord avec la mesure de protection administrative prescrite, c'est une commission indépendante rattachée au ministère des Affaires sociales qui étudie leur recours. La place du juge dans la protection de l'enfance apparaît très limitée, puisque celui-ci n'intervient qu'exceptionnellement, notamment pour prononcer le retrait de l'autorité parentale.

- L'administration chargée de la protection de l'enfance diffère d'un pays à l'autre, notamment parce que la collectivité territoriale responsable n'est pas la même partout :

a) *La collectivité territoriale responsable de la protection de l'enfance*

C'est la commune dans plusieurs pays. Dans les autres, c'est une collectivité de niveau supérieur.

Le **Danemark, l'Italie, le Portugal et la Suède** ont confié la gestion du système de protection de l'enfance aux communes.

En revanche, en **Allemagne**, c'est l'arrondissement qui en est responsable, tandis qu'en **Angleterre**, c'est le comté.

En **Belgique**, la protection de l'enfance est organisée par les communautés. Dans la communauté flamande, ce sont les arrondissements administratifs qui sont chargés de la protection de l'enfance, tandis que, dans la communauté française, ce sont les arrondissements judiciaires.

b) *L'administration chargée de la protection de l'enfance*

En **Angleterre**, dans la communauté française de **Belgique et en Italie**, les services sociaux des collectivités compétentes prennent les décisions exigées pour la protection des mineurs.

En **Suède**, les décisions sont arrêtées par des élus locaux. En effet, le conseil municipal délègue ses attributions en matière sociale à sa commission sociale, laquelle peut créer des groupes de travail, en particulier un groupe spécialisé dans les questions relatives aux enfants.

Dans les autres pays, les mesures de protection administrative sont prises par des commissions pluridisciplinaires.

En **Allemagne**, il s'agit de l'office de la jeunesse, dont l'organe de décision est composé à la fois de membres de l'assemblée délibérante de l'arrondissement, de personnes choisies par cette assemblée pour leur compétence et de représentants des associations actives dans le domaine de la protection de l'enfance.

En **Belgique**, la communauté flamande a confié la protection de l'enfance à des comités pluridisciplinaires qui réunissent des représentants d'organisations et d'administrations actives dans différents domaines sociaux (la formation, la santé, etc.).

Au **Danemark**, les communes ont l'obligation de mettre en place une commission des enfants et des jeunes, qui réunit trois conseillers municipaux, un juge et un psychopédagogue.

Au **Portugal**, les commissions pluridisciplinaires instituées au niveau municipal rassemblent essentiellement des représentants du monde associatif ainsi que des membres des professions qui sont en contact avec les jeunes.

- Sauf en **Suède**, c'est la juridiction spécialisée dans les affaires familiales qui intervient dans la protection des mineurs :

a) *La **Suède** prévoit l'intervention du juge administratif.*

Les décisions de la commission municipale peuvent être contestées devant le juge administratif. Par ailleurs, lorsqu'une décision de placement doit être imposée, c'est aussi le juge administratif qui prend la décision, à la demande de la commission municipale.

b) *Les autres pays font intervenir la juridiction spécialisée dans les questions touchant à la famille ou aux mineurs.*

En **Allemagne**, il s'agit du tribunal de la famille, en **Angleterre** du tribunal pour les affaires familiales, en **Belgique** du tribunal de la jeunesse, en **Italie** du tribunal des mineurs et au **Portugal** du tribunal de la famille et des mineurs.

L'analyse des législations étrangères fait apparaître une forte déjudiciarisation des structures de protection de l'enfance, et le pays qui s'est le plus engagé dans cette voie est le Danemark. Seules, les décisions les plus lourdes de conséquences, en particulier le retrait de l'autorité parentale, restent l'apanage du juge **(67)**.

Dans les recommandations anglaises du *Royal College of Paediatrics and Child Health*, publiées **en 2008**, sur les signes cliniques en cas d'abus sexuel chez un enfant, il est rappelé que selon le ministère de la Santé britannique tout professionnel de santé a le devoir de signaler et de protéger un enfant qu'il pense être en danger ou en risque de l'être. « Ne rien faire ne peut pas constituer une option. »

Et en cas de suspicion, il n'est pas nécessaire de disposer de preuves confirmant le diagnostic pour signaler et le devoir de signaler dans ce contexte prévaut sur l'obligation de confidentialité. Tous les professionnels doivent être informés des procédures à suivre pour signaler et des référents à contacter.

Le Ministère de la Santé a édicté des règles pour aider les professionnels à rédiger le formulaire de signalement. Il y est précisé :

- de prendre des notes précises au moment de l'examen de la victime ;
- de rapporter précisément les propos de l'enfant et des accompagnants ;
- d'explicitier les raisons de l'examen, qui en a fait la demande, où l'examen a eu lieu et qui y a assisté ;
- de noter précisément tous les éléments observés à l'examen clinique, en s'aidant éventuellement de dessins et/ou de photographies ;
- en cas de dévoilement et si il n'y a pas d'urgence à faire un examen clinique ou à recueillir des prélèvements, il peut être préférable que l'examen clinique soit mené secondairement par un spécialiste médico-légal ;
- tous les éléments inclus dans le dossier médical du patient pourront être retenus dans l'éventuel dossier judiciaire, ils doivent donc être le plus précis et complets possible **(14)**.

8 Comment favoriser la formation et l'information de tous les professionnels intervenants ?

8.1 Sur les modalités de repérage, le signalement, les premières démarches, le comportement à avoir vis-à-vis de l'enfant, de la famille

La loi n° **2007-293 du 5 mars 2007** réformant la protection de l'enfance a entre autres pour objectif d'améliorer la formation des professionnels aux questions relatives à la protection de l'enfance.

Cette formation, initiale et continue, dispensée dans des conditions fixées par voie réglementaire, concerne l'ensemble des professionnels susceptibles de connaître des situations d'enfant en danger : médecins, personnels médicaux et paramédicaux, travailleurs sociaux, enseignants, policiers, animateurs (article 542-1 du Code de l'éducation).

Par ailleurs, est également prévue une formation spécifique des cadres territoriaux qui prennent des décisions relatives à la protection de l'enfance, cette formation étant en partie commune aux différentes institutions et professions (article L. 226-12-1 du CASF).

Dans un rapport intitulé « L'abus sexuel des enfants en Europe » publié **en 2003**, sous l'égide du Conseil de l'Europe, sont rapportées les conclusions du CAPCAE (*Concerted Action on the Prevention of Child Abuse in Europe* : action concertée pour la prévention des sévices à enfant en Europe). Cette commission s'est attachée à identifier et à évaluer les stratégies préventives en Europe occidentale, selon le groupe auquel elles étaient destinées.

Le grand public

Les stratégies visant à sensibiliser et à informer le public sur les violences sexuelles sont essentielles. L'augmentation du nombre de signalements d'abus sexuel est probablement une conséquence des campagnes d'information grand public.

Les parents potentiels

Pour sensibiliser et aider les parents, différentes stratégies ont été mises en place.

- En Espagne, un programme de prévention primaire « Soutien psychologique mère/enfant » ouvert aux mères d'enfants âgés de 0 à 18 mois a été largement plébiscité (taux de participation 75 % sur une population de 20 000 hab.) et a montré une efficacité dès la 3^e séance. Ce programme avait pour objectif principal de renforcer les aptitudes maternelles et de favoriser ainsi les facteurs protecteurs.
- Aux Pays-Bas, des services d'assistance téléphonique ont été développés pour répondre aux interrogations des parents sur l'éducation des enfants.
- Enfin, des systèmes de visites à domicile se sont aussi révélés efficaces pour la prévention des sévices corporels.

Les enfants

Vis-à-vis des enfants les établissements scolaires ont un rôle important à jouer dans ces projets de prévention.

De nombreux programmes ont été mis en place à travers toute l'Europe.

- En Belgique, le Centre d'information et de prévention pour le respect de l'enfant et de l'adolescent (Cipréa) vise à prévenir les sévices dans les établissements scolaires. Ce programme, auquel participent des enseignants, des parents et des intervenants, a pour objectif d'aider les adultes à apprendre aux enfants à exprimer leurs émotions et à faire face aux événements imprévisibles.
- En Allemagne, un programme éducatif plus spécifiquement destiné aux parents a été élaboré afin de favoriser les connaissances relatives à l'abus sexuel des enfants.

Le CAPCAE est arrivé à la conclusion que les projets éducatifs pour enfants permettent de les sensibiliser à la question, mais certaines études montrent également qu'ils produisent un sentiment accru de vulnérabilité chez les enfants **(11)**.

Suite à une enquête menée en **1999** dans le canton de Vaud en Suisse, en vue des états généraux de la maltraitance en 2001 à Lausanne, des recommandations ont été émises en particulier sur le domaine du dépistage et de la protection des enfants en âge préscolaire. Il est ainsi proposé :

- le dépistage des situations à risque durant la période pré et postnatale par les sages-femmes, les assistantes sociales des plannings ou les infirmières ;
- des notions de base d'éducation parentale ainsi qu'une présentation des différentes aides existantes pour les familles devraient être intégrées à tous les cours de préparation à l'accouchement ;
- la formation des assistantes maternelles au dépistage des enfants en risque devrait être intensifiée ;
- la vigilance des pédiatres installés devrait être maintenue **(12)**.

Dans un rapport faisant suite à un congrès de psychiatrie et de neurologie sur le thème « Syndromes traumatiques du viol et de l'inceste » qui s'est tenu à Toulouse en 1996, l'auteur rappelle les principales mesures de prévention, qui passe par une large information, à mettre en place pour réduire le risque d'abus sexuel :

- des campagnes d'information destinées à des professionnels de l'enfance (des instituteurs ou des professeurs, des gens d'église, des journalistes ou des avocats) ;
- la formation de professionnels spécialisés destinés à jouer un rôle d'intervention sur les cas d'abus sexuels, notamment dans le domaine de leur diagnostic et de leur traitement ;

- l'information préventive des jeunes sur le sujet ;
- la formation d'équipes qui aient pour objectif de traiter les agresseurs **(44)**.

8.2 Éducation des professionnels de santé

Considérant que les maltraitements aux enfants pouvaient être facilement méconnus lors d'une consultation pour traumatisme aux urgences, une étude a été menée en Grande-Bretagne, en 2002, afin d'évaluer l'impact d'un aide-mémoire rajouté dans le dossier de tout enfant arrivant aux urgences. Ce « *reminder* », destiné à rappeler à l'intervenant de penser systématiquement au risque de maltraitance, se présentait sous la forme d'un algorithme vérifiant « l'absence de délai entre le traumatisme et la consultation d'un médecin », « la cohérence de l'histoire de la maladie par rapport aux lésions observées », « l'absence de lésions inexplicables », et « un comportement de l'enfant approprié ».

Une évaluation avant et après mise à disposition de l'algorithme portant sur 1 000 enfants de 0 à 5 ans a révélé que la vérification de « la cohérence de l'histoire de la maladie » et sa compatibilité avec les lésions observées est passée de 2 % à plus de 70 % ($p < 0,0001$). Et plus d'enfants ont été orientés vers des services sociaux (0.6 % *versus* 1.4 % $p = 0.072$) bien que cette différence ne soit pas significative.

Cette sensibilisation au risque de maltraitance a même été observée chez les enfants pour qui l'algorithme avait été oublié. Ainsi, un outil très simple sous la forme d'un aide-mémoire peut servir de support pour penser plus régulièrement au risque de maltraitance chez l'enfant **(68)**.

Selon des recommandations émises en 2007 sur la prise en charge médicale de mineurs qui pourraient avoir été abusés sexuellement, la prise en charge médicale des victimes mineures d'abus sexuels nécessite des connaissances spécialisées croissantes. Les compétences requises pour cette prise en charge sont détaillées comme suit :

- L'intervenant de soins qualifié peut être un médecin ou une puéricultrice, un médecin d'enfant, un médecin d'urgence pédiatrique, un pédiatre gynécologue ou un médecin de famille.
- L'intervenant doit avoir un entraînement médical soutenu dans ces évaluations avec un enseignement didactique, une expérience pratique dans la conduite des évaluations, supervisées, si besoin, par un expert correspondant.
- L'intervenant doit avoir pour habitude de se tenir au courant des études et recherches publiées concernant les données chez les mineurs abusés et non abusés, les données concernant la spécificité des infections sexuellement transmissibles chez les mineurs et connaître les recommandations de l'Académie américaine de pédiatrie ou le comité d'abus sexuels ainsi que des centres de contrôle de maladies.
- L'intervenant doit être capable de démontrer une expérience substantielle et des compétences dans ces évaluations médicales, être clair et précis dans les éléments de diagnostic différentiel que l'on pourrait confondre avec des abus.
- L'intervenant doit avoir des correspondants lui permettant de consulter des experts reconnus dans le domaine de l'évaluation des abus sexuels, afin d'avoir un avis surtout si le cas étudié semble anormal d'un point de vue clinique ou biologique.
- L'intervenant s'il veut être qualifié est encouragé à participer à :
 - des réunions d'information, des présentations permettant la mise à jour des éléments importants des évaluations médicales ;
 - des réunions avec d'autres spécialistes au niveau régional ou national ;
 - une collaboration avec une équipe multidisciplinaire. ;
 - ayant la possibilité de pouvoir régulièrement témoigner en cour de justice, l'intervenant spécialisé est ainsi encouragé à avoir un rôle actif dans la réponse de la société face à ces situations d'abus sexuels chez les mineurs **(45)**.

Toujours dans le rapport « L'abus sexuel des enfants en Europe » publié en **2003**, sous l'égide du Conseil de l'Europe, les conclusions du CAPCAE confirment le caractère essentiel des stratégies visant à améliorer les compétences professionnelles dans le domaine de la détection et de la gestion des abus sexuels. Différentes mesures destinées aux professionnels ont montré leur efficacité :

- formation, régulièrement actualisée, des professionnels à la reconnaissance des signes de violences sexuelles ;
- faciliter l'implication des professionnels (médicaux et para-médicaux) auprès des familles : évaluation des situations à risque, dialogue avec les familles ;
- renforcement du contrôle des professionnels travaillant au contact des enfants **(11)**.

Annexe 1. Cadre législatif

Les crimes et délits d'agression sexuelle comportent les infractions suivantes :

- le viol est défini par **l'article 222-23 du Code pénal** comme tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature que ce soit, commis sur la personne d'autrui par violence, menace, contrainte ou surprise ;
- l'agression sexuelle est définie par **l'article 222-22 du Code pénal** comme toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise ;
- l'exhibition sexuelle est réprimée par **l'article 222-32 du Code pénal** comme imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public ;
- le harcèlement sexuel est défini par **l'article 222-33** comme le fait de harceler en usant d'ordres, de menaces ou de contraintes dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle par personne abusant de l'autorité que lui confèrent ses fonctions.

Les délits d'atteinte sexuelle sont définis par les **articles 227-25 à 227-27 du Code pénal** :

- atteinte sexuelle sur mineur de 15 ans : le fait, pour un majeur, d'exercer sans violence, contrainte, menace, ni surprise une atteinte sexuelle ;
- atteinte sexuelle sur mineur de plus de 15 ans non marié : atteinte sexuelle sans violence, contrainte, menace, ni surprise, lorsqu'elle est commise par un ascendant ou toute personne ayant autorité sur la victime.

Les facteurs d'aggravation sont déterminés par le Code pénal qui prévoit :

- la qualité de la victime : mineur de 15 ans (mineur dont l'âge est inférieur à 15 ans), personne particulièrement vulnérable en raison de son âge, d'une déficience physique, psychique ;
- la qualité de l'auteur : ascendant légitime, naturel, adoptif, personne abusant d'une autorité que lui confèrent ses fonctions ;
- la modalité de commission de l'infraction : précédée, accompagnée de torture, acte de barbarie ; en groupe ; sous menace ou usage d'une arme ; quand la victime a été mise en contact avec l'auteur par un réseau de télécommunications ; infraction accompagnée d'une rémunération ;
- le résultat des violences : mort de la victime, mutilation ou infirmité permanente ; blessure ou lésion.

Un texte de loi a été promulgué le 8 février 2010 dans la loi n° 2010-121 tendant à inscrire l'inceste commis sur les mineurs dans le Code pénal et à améliorer la détection et la prise en charge des victimes d'actes incestueux.

Ainsi selon **l'article 222-31-1 du Code pénal**, « les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis au sein de la famille sur la personne d'un mineur par un ascendant, un frère, une sœur ou par toute autre personne, y compris s'il s'agit d'un concubin d'un membre de la famille, ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ». Avant cette loi, le terme même d'inceste n'était pas inscrit dans la législation française.

Par ailleurs, ces maltraitances imposent aux soignants l'impérieuse nécessité de la protection des droits de la personne, droit au respect de la personne dans son intégrité physique comme psychique, qui rappelle que la non-ingérence dans le cercle privé de la famille ou de l'institution s'arrête là où commence la non-assistance à personne en péril quand quelqu'un et notamment un enfant ou une personne vulnérable est victime de maltraitances sexuelles.

Code pénal art. 226-13 : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »

Code pénal art. 226-14 : « L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1. A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;
2. Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;
3. Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire. »

Code de l'action sociale et des familles : l'article L. 226-3, issu de la loi du 5 mars 2007, définit ainsi le rôle du président du conseil général :

« Le président du conseil général est chargé du recueil, du traitement et de l'évaluation, à tout moment et quelle qu'en soit l'origine, des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être. »

Code de l'action sociale et des familles : article L. 226-2-1 :

« Les personnes qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ainsi que celles qui lui apportent leur concours transmettent sans délai au président du conseil général ou au responsable désigné par lui, conformément à l'article L. 226-3, toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être, au sens de l'article 375 du code civil. »

« Sauf intérêt contraire de l'enfant, le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale ou le tuteur sont préalablement informés de cette transmission selon des modalités adaptées. » »

Code civil: article 375 (mineur en danger) :

« Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public. ».

En cas de danger pour l'enfant, **l'article 12** de la loi réformant la protection de l'enfance, qui modifie sensiblement **l'article L. 226-4 du Code de l'action sociale et des familles**, s'applique :

« Le président du conseil général avise sans délai le procureur de la République lorsqu'un mineur est en danger au sens de l'article 375 du code civil et :

« 1° Qu'il a déjà fait l'objet d'une ou plusieurs actions mentionnées aux articles L. 222-3 et L. 222-4-2 et au 1° de l'article L. 222-5, et que e celles-ci n'ont pas permis de remédier à la situation ;

« 2° Que, bien que n'ayant fait l'objet d'aucune des actions mentionnées au 1°, celles-ci ne peuvent être mises en place en raison du refus de la famille d'accepter l'intervention du service de l'aide sociale à l'enfance ou de l'impossibilité dans laquelle elle se trouve de collaborer avec ce service.

« Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur »

« Il avise également sans délai le procureur de la République lorsqu'un mineur est présumé être en situation de danger au sens de l'article 375 du code civil mais qu'il est impossible d'évaluer cette situation.

« Le président du conseil général fait connaître au procureur de la République les actions déjà menées, le cas échéant, auprès du mineur et de la famille intéressés.

« Le procureur de la République informe dans les meilleurs délais le président du conseil général des suites qui ont été données à sa saisine. »

Références bibliographiques

1. Béteille L. Identifier, prévenir, détecter et lutter contre l'inceste sur les mineurs et améliorer l'accompagnement médical et social des victimes. Rapport. Paris: Sénat; 2009.
2. Observatoire national de la délinquance, Institut national de la statistique et des études économiques. Les résultats de l'enquête de victimation de violences physiques et de violences sexuelles en 2005 et 2006. In: La criminalité en France. Rapport 2007. Paris: Institut national des hautes études de sécurité; Observatoire national de la délinquance; 2007. p. 29-61.
3. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Cavalin C. Les violences subies par les personnes âgées de 18 à 75 ans. Premiers résultats de l'enquête Evénements de vie et santé (1/2). Etudes et Résultats 2007;598.
4. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Cavalin C. Santé dégradée, surexposition aux violences et parcours biographiques difficiles pour un tiers de la population. Résultats de l'enquête Evénements de vie et santé (2/2). Etudes et Résultats 2009;705.
5. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Institut national d'études démographiques, Agence national de recherche sur le sida et les hépatites virales, Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris: Edition La Découverte; 2008.
6. Fort ML. Mission de lutte contre l'inceste. Rapport. Groupe UMP. Paris: 2009.
7. Horassius N, Mazet P. Les conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir. Conférence de consensus 6-7 novembre 2003. Paris, Hôpital de la Salpêtrière. Paris: John Libbey Eurotext; 2004.
8. Hochart F, Roussel A. L'hôpital face à l'enfance maltraitée. Paris: Fleurus; 1997.
9. Hargrave DR, Warner DP. A study of child homicide over two decades. Med Sci Law Jul 1992;32(3):247-50.
10. Kellogg N, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. Pediatrics 2005;116(2):506-12.
11. May-Chahal C, Herczog M. L'abus sexuel des enfants en Europe. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2003.
12. Hospices cantonaux, Département universitaire de médecine et de santé communautaires Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Policlinique médicale universitaire Lausanne, Service cantonal de recherche et d'informations statistique. Recherche sur la maltraitance envers les enfants dans le canton de Vaud. Raison de santé 2001;60.
13. Agence de la santé publique du Canada. L'étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants. Ottawa: ASPC; 2001.
14. Royal College of Paediatrics and Child Health. The physical signs of child sexual abuse. An evidence-based review and guidance for best practice. London: RCPCH; 2008.
15. Préfecture de Police. Zoom sur la brigade de protection des mineurs (BPM). PPRAMA - Panorama Hebdomadaire de la Préfecture de Police 2011;159.
16. Ministère de la justice du Canada. Violence ou exploitation sexuelle des enfants et des adolescents : fiche d'information du ministère de la justice du Canada. Ottawa: Ministère de la justice du Canada; 2005.
http://www.justice.gc.ca/fra/pi/vf-fv/info-facts/sex_abu.pdf
17. Observatoire national de l'action sociale décentralisé. Protection de l'enfance : observer, évaluer pour mieux adapter nos réponses. Paris: ODAS; 2005.
http://www.odas.net/IMG/pdf/200511_Rapport_Enfance_2005.pdf
18. Observatoire national de l'action sociale décentralisé. Protection de l'enfance : une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs. La lettre de l'Odas 2007;Novembre.
19. Finkelhor D, Moore D, Hamby SL, Straus MA. Sexually abused children in a national survey of parents: methodological issues. Child Abuse Negl 1997;21(1):1-9.

20. Sariola H, Uutela A. The prevalence and context of incest abuse in Finland. *Child Abuse Negl* 1996;20(9):843-50.
21. Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée. Rapport d'activité. Paris: SNATEM; 1999.
22. Fischer DG, McDonald WL. Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1998;22(9):915-29.
23. Josse E. Déceler les violences sexuelles faites aux enfants 2007. <<http://www.psy-desir.com/resilience/spip.php?article74>> [consulté en 10/2009].
24. Manciaux M, Gabel M, Girodet D, Mignot C, Rouyer M. *Enfances en danger*. Paris: Ed Fleurus; 1997.
25. Société Francophone de Médecine d'Urgence. Maltraitance : dépistage conduite à tenir aux urgences (en dehors des maltraitances sexuelles). Conférence de consensus Nantes 3 décembre. Nantes: SFMU; 2004.
26. Stier DM, Leventhal JM, Berg AT, Johnson L, Mezger J. Are children born to young mothers at increased risk of maltreatment? *Pediatrics* 1993;91(3):642-8.
27. Fleming J. A study of potential risk factors for sexual abuse in childhood. *Child Abuse Negl* 1997;21(1):49-58.
28. Tursz A. La maltraitance cachée : pour une meilleure connaissance épidémiologique. *Arch Pediatr* 2009;16(6):936-9.
29. Flaherty EG, Sege RD, Griffith J, Price LL, Wasserman R, Slora E, *et al.* From suspicion of physical child abuse to reporting: primary care clinician decision-making. *Pediatrics* 2008;122(3):611-9.
30. Bouchard EM, Tourigny M, Joly J, Hébert M, Cyr M. Les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique vécue pendant l'enfance. *Rev Epidemiol Santé Publ* 2008;56:333-44.
31. World Health Organization, International Society for prevention of child abuse and neglect. Preventing child maltreatment. A guide to taking actions and generating evidence. Geneva: WHO; 2006.
32. National Institute for Health and Clinical Excellence, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. When to suspect child maltreatment. London: NHS; 2009.
33. American Academy of Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics* 1999;103(1):186-91.
34. Estrosi C. Mission parlementaire : faut-il ériger l'inceste en infraction spécifique ? Paris: Ministère de la Justice; 2005.
35. Bellour R, Clément C. Claude Levi-Strauss. Paris: Gallimard; 1979.
36. Observatoire national de l'action sociale décentralisée. L'observatoire de l'enfance en danger : guide méthodologique. Paris: ODAS; 2001.
37. Royal Australian College of General Practitioners. Abuse and violence. Working with our patients in general practice. Melbourne: RACGP; 2008.
38. Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics* 2007;119(6):1232-41.
39. Finkelhor D, Ormrod R, Turner H, Hamby SL. The victimization of children and youth: a comprehensive, national survey. *Child Maltreat* 2005;10(1):5-25.
40. Levenson JS, Morin JW. Risk assessment in child sexual abuse cases. *Child Welfare* 2006;85(1):59-82.
41. Jensen T. Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child Abuse Negl* 2005;29:1395-413.
42. Ministère de l'éducation nationale. Prévention et traitement des violences sexuelles. Paris: Centre national de documentation pédagogique; 2002.
43. Observatoire national de l'enfance en danger, Frechon, I, Boujut, S. Trajectoires des prises en charge par la protection de l'enfance dans deux départements d'une cohorte de jeunes ayant atteint 21 ans. Différences entre les filles et les garçons. Séminaire de l'ONED - séance du 10 avril 2009. Paris: ONED; 2009. <http://www.oned.gouv.fr/docs/production->

[interne/recherche/seminaire2009_seance4_10_042009](#)

44. Darves-Bornos JM. Syndromes traumatiques du viol et de l'inceste. Paris: Masson; 1996.

45. Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, Mehta NH, Finkel MA, Botash AS, *et al.* Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007;20(3):163-72.

46. Kvam NH. Is sexual abuse of children with disabilities? *Child Abuse Negl* 2000;24(8):1073-84.

47. Kvam NH. Sexual abuse in deaf children. A retrospective analysis of the prevalence and characteristics of childhood sexual abuse among deaf adults in Norway. *Child Abuse Negl* 2004;28(3):241-51.

48. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatric Dentistry, American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatr Dent* 2005;27(7 Suppl):64-7.

49. Glick NP, Lating JM, Kotchick B. Child sexual abuse evaluations in an emergency room: an overview and suggestions for a multidisciplinary approach. *Int J Emerg Ment Health* 2004;6(3):111-20.

50. Devoe ER, Faller KC. Questioning strategies in interviews with children who may have been sexually abused. *Child Welfare* 2002;81(1):5-31.

51. Adams JA. Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse: an update for 2008. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2008;20(5):435-41.

52. Adams JA. Evolution of a classification scale: medical evaluation of suspected child sexual abuse. *Child Maltreat* 2001;6(1):31-6.

53. Observatoire franco-qubécois de la santé et de la solidarité. Violence et maltraitance envers les enfants. *Santé Société et Solidarité* 2009;1.

54. Ministère du Travail des Relations sociales de la Famille et de la Solidarité. La cellule départementale de recueil de traitement et d'évaluation. Paris: La documentation

française; 2008.

55. Observatoire national de l'enfance en danger. Etat des lieux de la mise en place des cellules de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes. Nouvelle estimation du nombre d'enfants bénéficiant d'une mesure. Quatrième rapport annuel au parlement et au gouvernement. Paris: ONED; 2008.

56. Girodet D. Accueil et prise en charge aux urgences pédiatriques des enfants victimes d'abus sexuels. In: Aujard Y, Beaufile F, Chaussain JL, Dehan M, Dommergues JP, Fischer A, *et al.*, ed. Journées parisiennes de Pédiatrie 1997. Paris: Médecine-Sciences Flammarion; 1997. p. 351-4.

57. Tursz A, Gerbouin-Rérolle P. Enfants maltraités. Les chiffres et leur base juridique en France. Paris: Lavoisier; 2008.

58. Inspection générale des affaires sociales, Boutereau-Tichet S, Giorgi D, Jourdain-Menninger D, Moyen H. Recensement et analyse des bonnes pratiques en matière de signalement, dans le cadre de la politique de protection de l'enfance. Paris: IGAS; 2006.

59. Direction des Affaires Criminelles et des Grâces. Enfants victimes d'infractions pénales : guide de bonnes pratiques. Du signalement au procès pénal. Paris: Ministère de la Justice et des Libertés; 2003.

60. Dyens S. Le cadre légal du secret professionnel partagé. *La Gazette Santé Sociale* 2009;50:48-50.

61. Gignon M, Manaouil C, Verfaillie F, Garnier C, Paupière S, Jardé O. Suspicion de maltraitance à enfant : une situation périlleuse pour le médecin ? *Presse Med* 2009;38(3):344-5.

62. Direction de la vie familiale et sociale du Conseil général de Franche-Comté. Guide du signalement en Franche-Comté 2002. <<http://www.textes-psy.com/spip.php?article0860>> [consulté en 05/2010].

63. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Kahn-Bensaude, I, Faroudja, JM. La Protection de l'enfance. Signalement et information préoccupante. Paris: CNOM; 2010.

64. Conseil de l'Europe. Lignes directrices du Conseil de l'Europe sur les stratégies

nationales intégrées de protection des enfants contre la violence. Strasbourg: CE; 2009.

65. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. The right of the child to freedom from all forms of violence. Convention on the rights of the child. General comment n°13. Geneva: ONU; 2011.

66. Cour des Comptes. La protection de l'enfance. Rapport public thématique. Paris: Cour des Comptes; 2009.

67. Sénat. Les structures de protection de l'enfance. Les documents de travail du Sénat. Série Législation comparée n°LC170. Paris: Sénat; 2007.

68. Benger JR, Pearce V. Simple intervention to improve detection of child abuse in emergency departments. *BMJ* 2002;324(7340):780.

Participants

Les déclarations d'intérêts de l'ensemble des participants sont consultables sur le site de la HAS (www.has-sante.fr).

Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées dans le cadre de l'élaboration de ces recommandations afin de transmettre des noms de participants aux différents groupes ci-dessous :

- Société française de médecine générale
- Association internationale des victimes de l'inceste
- Institut national d'aide aux victimes et de médiation
- Direction de la police judiciaire
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- Société française de pédiatrie
- Société de formation thérapeutique du généraliste
- Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé
- Association nationale des puéricultrices diplômées et des étudiantes
- Société française de médecine légale et de criminologie
- Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie
- Collège français de médecine d'urgence
- Conseil national de l'ordre des médecins
- Fédération française de psychiatrie
- Ministère de la Justice
- Société française de médecine générale
- Collège national des généralistes enseignants
- Ministère de l'Éducation nationale
- Haut Conseil de la santé publique
- Collectif interassociatif sur la santé
- Centre nationale de recherche scientifique
- Convention nationale des associations de protection de l'enfant
- Association Docteur Bru
- Œuvre de secours aux enfants

Comité d'organisation

Mme Aubry Isabelle, représentante associative, présidente, Paris
Dr Boraud Cyril, médecin légiste, Bondy
M. Boulouque Thierry, commissaire divisionnaire, Paris
Dr Caudron-Lora Jeanne, anesthésiste-réanimateur, Créteil
Dr Chochon Martine, pédiatre, médecin de PMI, Paris

Mme Francart Laetitia, magistrate, Paris
Dr Isserlis Catherine, psychiatre, Le Chesnay
Dr Samson Brigitte, pédiatre, Créteil
Mme Sourmais Laure, représentante associative, Paris
Dr Tursz Anne, pédiatre épidémiologiste, Villejuif

Groupe de travail

Dr Vila Gilbert, psychiatre, Paris, président du groupe de travail

Dr Revel-Delhom Christine, chef de projet HAS, Saint-Denis La Plaine

Mme Aubry Isabelle, représentante associative, présidente, Paris

M. Bauchot Lionel, psychologue clinicien, ancien directeur de Meecs, Avignon

Dr Bonnet Catherine, pédopsychiatre, Paris

M. Boulouque Thierry, commissaire divisionnaire, Paris

Me Brault Catherine, avocate, Paris

Dr Chabernaude Jean-Louis, pédiatre hospitalier, Clamart

Mme Chadeville Monique, magistrate, Paris

Dr Chochon Martine, pédiatre, médecin de PMI, Paris

Dr De Leersnyder Hélène, pédiatre libéral, Paris

Mme Fernet-Lucas, directrice CMPP, Corbeil-Essonnes

Dr Kahn-Bensaude Irène, pédiatre, représentante du CNOM, Paris

Mme Laridan Marie-Josée, commandant de police, Paris

Mme Rosenstein Rachel, puéricultrice, Paris

Dr Rougeron Claude, médecin généraliste, Anet

Dr Tisseron Barbara, pédiatre, Orléans

Dr Urcun Jeanne-Marie, médecin conseillère technique, Paris

Dr Vazquez Pierre, pédiatre gynécologue, Paris

Groupe de lecture

Dr Argelès Jacques, représentant associatif, directeur général, Paris

Dr Becchio Mireille, médecin généraliste, Villejuif

Pr Berger Maurice, pédopsychiatre, Saint-Étienne

Me Blanc Martine, avocate, Paris

Dr Bohl Isabelle, gynécologue-obstétricien, Hagondange

Mme Boujut Stéphanie, sociologue, Paris

Dr Briand-Huchet Élisabeth, pédiatre, Clamart

Mme Carn Martine, assistante sociale, Paris

Dr Cau Daniel, pédiatre, Chalons-sur-Saone

Dr Charritat Jean-Luc, pédiatre, Paris

Dr Cheymol Jacques, pédiatre, Clichy

Mme Crociati Agnès, assistante sociale, Grenoble

Mme Damiani Carole, psychologue, Paris

Me De Blignières Inès, avocate, Paris

Dr De Surmain Nathalie, pédiatre, Paris

Dr Desurmont Martine, pédiatre, Lille

Mme Deutschmann Claudine, assistante sociale, conseillère technique, Strasbourg

Mme Englin Muriel, juge d'instance, ancienne juge des enfants, Bobigny

M. Esch Roland, magistrat, Chambéry

Mme Frechon Isabelle, sociologue, Paris

Dr Frybourg Nadine, pédiatre, médecin de PMI, Paris

Mme Gabel Marceline, travailleur social, Paris

M. Ghozlan Éric, représentant associatif, Paris

Mme Guignard Aude, représentante associative, Maisons-Laffitte

Dr Jehel Louis, psychiatre, Paris

Dr Lehembre Olivier, psychiatre, Valenciennes

Dr Lubelski Patricia, pédiatre, Verrières-le-Buisson

Me Micallef-Napoly Laurence, avocate, Paris

Pr Mouren-Simeoni Marie-Christine, pédopsychiatre, Paris

Dr Nathanson Mireille, pédiatre, Bondy

Mme Peltier-Chevillard, assistante sociale, Rennes

Dr Picherot Georges, pédiatre, Nantes

Mme Plumail Céline, commissaire de police, adjointe au chef de la brigade de protection des mineurs, Paris

Dr Querleu Dorothée, médecin conseillère technique, Toulouse

Mme Quiriau Fabienne, représentante associative, Paris

M. Raynaud Stéphane, lieutenant de police, chef de la brigade départementale de protection de la famille, Orléans

Mme Rousseau Catherine, infirmière conseillère technique, Beauvais

Pr Roussey Michel, pédiatre, Rennes

Dr Rouyer Michelle, pédopsychiatre, Antony

Pr Sibertin-blanc Daniel, pédopsychiatre, Lunéville

Mme Sivek Chantal, assistante sociale, Paris

Dr Stefani François, médecin généraliste, Cherbourg

Dr Tardy-Ganry Marie-Nöelle, pédopsychiatre, Paris

Me Tartour Laurence, avocate, Paris

Dr Thibaud Élisabeth, gynécologue en pédiatrie, Paris

M. Vanderstukken Olivier, psychologue, Lille

Mme Venisse Anne, infirmière puéricultrice, Rennes

M. Wawrzyniak Michel, psychologue, Amiens

