

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Laboratoire d'Éthique Médicale
et Médecine Légale
Directeur : Professeur Christian HERVÉ

MASTER 2 SANTE

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2009-2010

**UN DISPOSITIF ORIGINAL DE PRISE EN CHARGE MULTI-
DISCIPLINAIRE DE L'ENFANCE EN DANGER : LA
PERMANENCE D'ACCUEIL PEDIATRIQUE POUR
L'ENFANCE EN DANGER DU C.H.U. D'ANGERS**

Présenté et soutenu par Pauline Beluet

Le 1er juillet 2010

Directeur du mémoire : Professeur Rouge-Maillart

Je tiens à remercier toute l'équipe de Médecine légale du C.H.U. d'Angers, pour son aide, et tout particulièrement le Professeur Rouge-Maillart, dont les conseils m'ont permis de réaliser ce travail.

Je remercie également le Docteur Plu pour les éclairages qu'elle m'a apportés.

Merci aussi à toutes les personnes qui m'ont accompagnée tout au long de cette année...

RESUME

Dans le cadre d'un stage au sein du Service de Médecine légale du C.H.U. d'Angers, nous nous sommes intéressés au dispositif original que constitue la Permanence d'Accueil Pédiatrique pour l'Enfance en Danger. Les enfants victimes de maltraitance y sont auditionnés par les enquêteurs et pris en charge par l'équipe médico-sociale. L'ambition de cette recherche est de mettre en évidence **en quelle mesure la mise en place de la P.A.P.E.D. constitue une réponse adaptée aux attentes des professionnels présents sur le terrain.** Notre hypothèse est que ceux-ci étant pour la plupart à l'initiative du projet et ayant participé à la réflexion aboutissant à la création du dispositif, **leurs propos vont mettre en avant la pertinence de la structure.**

Nous avons mené notre étude auprès de **huit professionnels** : deux gendarmes de la Brigade de Prévention de la Délinquance Juvenile, un enquêteur de la Brigade de Protection Familiale, une infirmière, une assistante sociale, un médecin légiste, le chef de Service (pédiatre) et le Substitut du Procureur de la République.

Les résultats révèlent :

- que les professionnels semblent effectivement satisfaits de la manière dont la prise en charge judiciaire et médico-sociale s'organise
- qu'ils admettent toutefois que certains aspects peuvent être améliorés concernant le suivi des affaires ou encore l'évaluation des troubles psychologiques des enfants suite à leur audition
- que le C.H.U. d'Angers envisage de s'inspirer du dispositif pour améliorer la prise en charge d'autres populations

Mots clés : Enfance en Danger, maltraitance infantile, agression sexuelle, prise en charge, médico-social, audition, soin, judiciaire, multi-disciplinarité

GLOSSAIRE

- **A.A.C.A.P. : American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**
- **A.D.A.V.E.M. : Association D'Aide aux Victimes Et de Médiation**
- **A.R.H. : Agence Régionale de l'Hospitalisation**
- **A.S.E. : Aide Sociale à l'Enfance**
- **B.P.D.J. : Brigade de Protection de la Délinquance Juvénile**
- **B.P.F. : Brigade de Protection Familiale**
- **C.A.S.E.D. : Cellule d'Accueil Spécialisé de l'Enfance en Danger**
- **C.C.N.E. : Comité Consultatif National d'Ethique**
- **C.E.S. : Conseil Economique et Social**
- **C.E.S.A.M.E. : Centre de Santé Mentale Angevin**
- **C.H.U. : Centre Hospitalo-Universitaire**
- **C.M.P.: Centre Médico-Psychologique**
- **C.N.C.D.H. : Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme**
- **C.P.P. : Code de Procédure Pénale**
- **C.P.A.M. : Caisse Primaire d'Assurance Maladie**
- **C.S.F. : Contexte Sexualité en France**
- **D.D.S.S. : Direction Départementale Sanitaire et Sociale**
- **D.I.S.M.O. : Dispositif d'Insertion Sociale en Milieu Ordinaire**
- **F.F.P. : Fédération Française de Psychiatrie**

- **H.A.S. : Haute Autorité de Santé**
- **I.M.L. : Institut Médico-Légal**
- **I.N.A.V.E.M. : Institut National d'Aide aux Victimes et de Médiation**
- **I.T.T. : Incapacité Totale de Travail**
- **M.S.T. : Maladies Sexuellement Transmissibles**
- **O.D.A.S. : Office Décentralisé de l'Action Sociale**
- **O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé**
- **P.A.P.E.D. : Permanence d'Accueil Pédiatrique pour l'Enfance en Danger**
- **P.M.I.: Protection Maternelle Infantile**
- **S.M.P.R. : Service Médico-Psychiatrique Régional**
- **U.A.E.D. : Unité d'Accueil de l'Enfance en Danger**
- **U.A.J.V. : Unité d'Accueil des Jeunes Victimes**
- **U.C.S.A. : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires**
- **U.H.S.I. : Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales**
- **U.M.J. : Unité Médico-Judiciaire**

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION..... | 1 |
| 1. RAPPELS CONCERNANT L'ENFANCE EN DANGER | 10 |
| 2. LA PERMANENCE D'ACCUEIL PEDIATRIQUE POUR L'ENFANCE EN DANGER (P.A.P.E.D.) | 14 |
| 3. ETUDE PERSONNELLE..... | 30 |
| 4. CONCLUSION | 60 |

INTRODUCTION

Dans le cadre de la formation professionnalisante concernant la prise en charge des victimes et des auteurs d'agression suivie cette année, la possibilité d'effectuer un stage nous était offerte. C'est dans ce contexte qu'il nous a semblé particulièrement intéressant de pouvoir intégrer le Service de Médecine légale du C.H.U. d'Angers (Maine-et-Loire), dirigé par le Pr Rouge-Maillart.

Afin d'introduire notre recherche, nous allons tout d'abord présenter les différentes fonctions du médecin légiste auxquelles nous avons pu prendre part au sein du Service. Celles-ci mettent en évidence l'intérêt de ce stage, d'une part grâce à la diversité des activités et d'autre part quant à la possibilité qui nous y était donnée d'assister à la prise en charge autant des victimes potentielles (consultations médico-légales) que des présumés auteurs d'infractions, lors des examens médicaux de garde-à-vue. La caractéristique majeure des activités de l'I.M.L. est leur grande diversité et nous avons eu la chance de pouvoir participer à chacune d'entre elles. Nous présenterons donc successivement : les consultations de Médecine légale, puis de garde-à-vue, les missions d'expertise, les reconstitutions, les consultations à la Maison d'Arrêt (U.C.S.A.), la partie thanatologie, l'A.D.A.V.E.M., puis les examens d'enfants victimes d'agression sexuelle, en revenant sur la manière dont il nous a été possible de nous intégrer à ces différentes pratiques.

Personnellement très intéressés par la victimologie, nous avons alors choisi de cibler notre travail de recherche sur le dispositif de prise en charge des enfants agressés sexuellement du C.H.U.: la Permanence d'Accueil Pédiatrique pour l'Enfance en Danger. En effet, il semble que cette structure, créée récemment (2005), représente un atout certain de par son intérêt et son caractère novateur pour le C.H.U. d'Angers, les instances judiciaires et le Service de Médecine légale. Nous avons cependant jugé pertinent de nous y intéresser de manière plus approfondie en nous interrogeant sur la manière dont ce dispositif s'était mis en place et en présentant un bilan des activités et de la situation en 2010.

Nous tenterons dans cette étude de vérifier l'adéquation du dispositif avec les attentes exprimées par les professionnels de terrain. Notre ambition ici est de permettre aux médecins légistes n'intervenant que ponctuellement dans ce cadre d'avoir une connaissance plus globale

de la structure et aux professionnels y évoluant d'adapter, si besoin est, leurs pratiques en fonction des enseignements qui pourront être tirés de ces regards croisés sur la prise en charge de l'Enfance en Danger au C.H.U. d'Angers.

La littérature sur le sujet étant il est vrai assez complète, nous avons cependant souhaité, pour rester au plus près de la réalité et obtenir des informations sur le dispositif unique en France que constitue la P.A.P.E.D., réaliser deux entretiens exploratoires, auprès d'une des infirmières de la structure et d'une assistante sociale. Ces deux entretiens, tous deux extrêmement riches, se sont déroulés dès le mois de janvier afin de pouvoir analyser les discours recueillis en vue de définir notre problématique. Les principaux éléments s'en dégageant sont donc repris dans une première partie de notre travail afin d'étayer les données provenant de la littérature.

LES ACTIVITES DU SERVICE DE MEDECINE LEGALE DU C.H.U. D'ANGERS

Précisons tout d'abord ici que les médecins du Service, en plus de leur pratique, occupent pour certains des fonctions universitaires et participent tous à diverses activités concourant aux avancées de la médecine légale en France. Cela semble réellement stimulant et permet le développement de recherches sur des thèmes variés tels que les violences faites aux femmes ou encore les mécanismes de la mort dans la pendaison. C'est dans ce cadre que nous avons pu participer à la troisième journée de Droit du C.H.U. d'Angers intitulée « la recherche sur le cadavre dans un cadre médico-légal » qui s'est révélée extrêmement instructive et a mis en évidence la complexité, mais cependant la nécessité, d'une réflexion conjointe des domaines judiciaire et médical.

Un second élément nous semble important à remarquer, car il nous a interpellés dès les premières heures passées au sein du Service, il s'agit du caractère aléatoire et imprévisible des activités, obligeant les professionnels à une adaptation constante. En effet, la pratique des cinq médecins légistes ainsi que des étudiants en médecine (internes et externes) est entièrement soumise à l'activité judiciaire. Plus explicitement, certains matins, une dizaine de consultations pour coups et blessures peuvent avoir lieu, contre deux d'autres jours, de même pour les garde-à-vue, etc., ce qui exige une grande réactivité de la part des professionnels ainsi qu'une bonne communication entre les membres de l'équipe.

➤ Les consultations de médecine légale

Ces consultations ont lieu uniquement sur réquisition judiciaire des services de Police, de Gendarmerie, du juge d'instruction ou du Parquet. La réquisition correspond à une injonction faite aux médecins par les autorités administratives ou judiciaires d'avoir à exécuter un acte médical. Cela se déroule du lundi au vendredi, principalement le matin, au C.H.U. d'Angers, ainsi que quelques demi-journées par semaine à Saumur et Cholet où se déplace l'un des médecins légistes afin d'assurer une permanence.

En 2009, 2020 consultations de victimes ont été réalisées par les médecins légistes de l'I.M.L. Ce chiffre comprend aussi bien les enfants que les adultes. Les personnes adressées au Service le sont suite à des coups et blessures volontaires, ou involontaires (ce qui correspond généralement aux accidents de la voie publique). Les mineurs sont accueillis à la P.A.P.E.D., dans un autre bâtiment. Nous y reviendrons de manière plus approfondie dans la seconde partie de notre travail.

Durant ces consultations, auxquelles nous avons pu assister régulièrement, la personne reçue reprend oralement les faits et les raisons de sa venue dans le Service, ce qui sera ensuite repris dans le rapport du médecin comme «doléances» du patient. Le praticien après avoir demandé des précisions sur la douleur ressentie, sur la manière dont le coup a été porté, etc. procède à l'examen des téguments durant lequel il répertorie toutes les lésions (cicatrices, brûlures, griffures, ecchymoses,...), anciennes et récentes, visibles sur le corps de la personne. Il mesure puis décrit tout ce qu'il peut constater. Les traces sont ensuite consignées sur des schémas. Si nécessaire, le médecin demande des examens complémentaires afin d'éclaircir certains éléments (radios, scanners, etc.).

Parmi les questions posées, reviennent fréquemment celles concernant les éventuels troubles du sommeil, les traitements médicamenteux, le suivi psychologique, la gêne fonctionnelle occasionnée, le retentissement sur l'activité professionnelle, ... Le médecin s'adapte et oriente l'entretien en fonction de la personne reçue et des raisons de sa venue. Avant de conclure la consultation, selon la situation, le médecin lui propose généralement de rencontrer un des professionnels de l'A.D.A.V.E.M., présent au sein du Service. Nous reviendrons ensuite sur les activités de cette association de manière plus précise.

Suite à la consultation, le médecin rédige un certificat médical qu'il transmet ensuite aux autorités requérantes en gardant à l'esprit que « *la rédaction du rapport doit répondre à toutes les questions posées dans l'acte de réquisition en s'y limitant strictement* » (Rey et al., 1998). Avant de conclure, le médecin détermine l'I.T.T., c'est-à-dire le taux d'Incapacité Totale de Travail, ce qui correspond à la gêne fonctionnelle au quotidien. En fonction de cela, l'affaire sera jugée en pénal : soit devant un tribunal de Police soit en Correctionnel. Lors du procès civil, l'indemnisation de la victime sera ensuite plus ou moins conséquente.

Il arrive parfois que le médecin fasse appel à un spécialiste dans un domaine précis s'il ne s'estime pas compétent pour évaluer ce point. C'est le cas lorsque par exemple le retentissement psychologique est difficile à coter en matière d'I.T.T. car le praticien ne sait pas si les troubles psychologiques sont imputables à l'évènement pour lequel il reçoit la personne (Etat de Stress Aigu) ou bien s'il s'agit d'une problématique déjà en place chez elle auparavant. Il oriente alors le patient vers un psychiatre du Service de Psychiatrie du C.H.U. et attend son rapport avant de conclure son travail. Dans le cadre de notre stage, nous avons eu la chance de pouvoir échanger avec lui sur la question des violences conjugales et la complexité de leur prise en charge psychothérapeutique, ce qui, étant donné notre parcours en psychologie, s'est avéré être une expérience extrêmement riche de conseils pratiques.

➤ **Les examens de garde-à-vue**

"La santé, l'intégrité et la dignité des personnes gardées à vue doivent être sauvegardées" (Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Conférence de Consensus, Intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue, 2004). Compte tenu de cela, les personnes placées en garde-à-vue ont la possibilité d'être examinées par un médecin à leur demande. Un légiste du C.H.U. doit donc se déplacer dans les locaux de Police ou de Gendarmerie lorsqu'il est appelé, et ce peu importe l'heure, car contrairement à ce qui est mis en place dans certaines U.M.J., il n'y a pas de local prévu à cet usage au sein de l'hôpital. Des astreintes sont donc mises en place la nuit et le week-end. Ces examens sont systématiques lorsque le prévenu est mineur, ainsi que pour les affaires de stupéfiants. Dans les autres situations, il peut être demandé par les autorités judiciaires, par le prévenu lui-même, ou bien sa famille.

En 2009, 2013 examens ont été réalisés par les médecins légistes de l'I.M.L. Leur but est de déterminer la compatibilité de l'état de santé du prévenu avec la mesure de garde-à-vue, c'est-à-dire de vérifier qu'il ne nécessite pas de soins particuliers. S'il suit un traitement, le médecin va veiller à ce qu'il puisse y avoir accès. Lorsque sa personnalité, au sens psychiatrique du terme, requiert qu'il soit placé dans une structure adaptée, il sera éventuellement transféré dans un autre établissement. Si l'arrestation a été violente, le légiste constatera les éventuelles blessures. Bien que ces examens aient lieu dans les locaux des Services judiciaires, le médecin reçoit seul les prévenus et le secret médical est bien entendu

de rigueur. En effet, même si selon la situation, le médecin va poser certaines questions d'ordre intime au prévenu, il conclut uniquement sur ce qui lui est demandé, c'est-à-dire la compatibilité ou non de l'état de santé de la personne et de la mesure prise, sans évoquer les autres informations recueillies.

➤ **L'expertise**

Les médecins dans le cadre de leurs activités à l'I.M.L. peuvent aussi être amenés à réaliser des expertises de victimes, ou à participer à des reconstitutions de scènes de crimes au côté des Brigades de Recherche, afin d'aider à la recherche de la preuve. Lorsque le magistrat estime qu'il est nécessaire d'avoir un éclairage technique sur un fait précis pour lequel le médecin légiste semble le plus apte à rendre un avis, il lui fait appel. Cette expertise peut être demandée au cours de l'enquête pour concourir à l'établissement de la preuve, il s'agit là d'une expertise pénale. Lorsque le jugement a été rendu, il peut intervenir pour évaluer le préjudice subi par la victime en fonction duquel seront définis les dommages et intérêts auxquels elle peut prétendre, dans ce cas c'est une expertise civile.

Il arrive alors que suite à cette expertise, il soit demandé au médecin expert de déposer devant les tribunaux (les Cours d'Assises en général) concernant soit certains des éléments de son rapport, soit la totalité de l'avis rendu. Il reprend alors oralement les conclusions tirées de son examen devant la Cour et les jurés et répond aux questions qui lui sont posées par la suite lorsque certains points doivent être éclaircis.

Nous avons eu la possibilité d'assister à une session d'Assises au Tribunal de Grande Instance d'Alençon, pour une affaire de meurtre fratricide au cours de laquelle deux médecins du C.H.U. d'Angers étaient appelés à la barre pour exposer leurs conclusions concernant l'examen des blessures et des tissus (médecine légale et anatomo-pathologie). Cela s'est révélé être tout à fait intéressant pour nous de pouvoir suivre le déroulement d'une partie du procès, d'assister à la mise en scène entre le Ministère Public et l'avocat de la Défense et surtout de pouvoir suivre le déroulement du raisonnement de l'expert psychiatre.

➤ La thanatologie

A l'heure actuelle, les médias véhiculent une certaine idée de la médecine légale qui consiste uniquement à examiner des corps, post-mortem. S'il est faux de croire que la médecine légale se résume à cela, il est cependant vrai qu'une part relativement importante de l'activité du Service au C.H.U. d'Angers relève de la thanatologie et se produit sur ordre du Parquet ou du magistrat chargé de l'enquête. Cette dernière occupe une part conséquente du temps de travail en termes de durée, tandis qu'au niveau du nombre d'actes effectués au cours de l'année elle est plutôt minime. Cela consiste donc à réaliser des levées de corps (une trentaine en 2009), des examens de corps ainsi que des autopsies (177 en 2009).

Les levées de corps correspondent aux situations pour lesquelles un médecin légiste se déplace sur les lieux de décès d'une personne lorsqu'il s'agit d'une mort suspecte. Dans ce cas, le médecin va pratiquer un premier examen du corps sur les lieux et rechercher les éléments de preuve pouvant aider lors de l'enquête. Dans le même ordre d'idée une autopsie peut être réalisée afin de connaître les causes exactes de la mort, pour écarter certains soupçons ou obtenir des preuves supplémentaires. En effet, parfois, suite à l'examen interne du corps et des organes, de nouveaux éléments peuvent être mis à jour. Des autopsies sont aussi parfois réalisées dans le but d'identifier des corps en état de décomposition trop avancé pour que l'on puisse établir clairement leur identité d'une autre manière. Il arrive fréquemment lorsque l'on souhaite confirmer les observations macroscopiques, ou bien quand des doutes subsistent et que des éléments méritent d'être approfondis, que certains prélèvements soient envoyés au service d'anatomo-pathologie pour être analysés.

Cette partie de la Médecine légale était pour nous une totale découverte, ayant eu jusqu'alors un cursus en psychologie, la thanatologie n'y était évidemment pas abordée. Nous avons pu observer et participer, dans la mesure de nos connaissances et aptitudes, à certains examens. Cela s'est révélé tout à fait instructif d'abord d'un point de vue purement anatomique mais surtout concernant la manière de rechercher une preuve ou de confirmer les causes de la mort.

➤ Les consultations à la maison d'arrêt

Les maisons d'arrêt accueillent des détenus prévenus, c'est-à-dire en attente de jugement, et des détenus condamnés dont la peine ou le reliquat de peine est inférieur à un an (article 717 et D73 du C.P.P.). A Angers, comme ailleurs, la situation est préoccupante car la capacité d'accueil correspond à 245 places. Pourtant en 2008 le taux d'occupation était de 483 détenus. Cette surpopulation a évidemment des conséquences pratiques sur les conditions de vie des détenus, qui sont parfois trois par cellule (9m²), au quotidien.

La prise en charge sanitaire des détenus dépend des Services publics hospitaliers (*Loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale*) et c'est en 1996 que l'U.C.S.A. a vu le jour au sein de la maison d'arrêt d'Angers. Au sein de l'unité collaborent les équipes de soins généraux (en convention avec le C.H.U.) et psychiatriques. Tous les soins ambulatoires de médecine générale et de petite chirurgie y sont réalisés. Les personnes détenues font leur demande par courrier. Un formulaire de demande de soins est à leur disposition ce qui permet de traiter plus rapidement leur demande et d'effectuer une première orientation. La personne détenue est convoquée dans les vingt-quatre heures. Une liste des patients convoqués est établie à l'avance afin d'améliorer les mouvements en détention. Le nombre moyen de passages à l'U.C.S.A. est de 160 personnes par jour. Pour les Consultations spécialisées, les détenus sont généralement envoyés au C.H.U. d'Angers, au S.M.P.R. de Nantes, au C.E.S.A.M.E. ou vers l'U.H.S.I. de Rennes.

Un des médecins légistes de l'I.M.L., officie donc à mi-temps au sein de l'U.C.S.A. Son poste est orienté vers la prise en charge des personnes détenues présentant des problématiques addictologiques, particulièrement alcooliques ou héroïnomanes. Il répond aussi aux demandes des détenus pour ce qui concerne les soins de médecine générale. Le cadre particulier dans lequel ont lieu les soins demande de grandes qualités d'adaptation aux différents intervenants et une réelle collaboration avec le personnel surveillant. Cela implique que chacun soit conscient de sa mission: la sécurité pour certains, le soin pour le médecin qui doit alors accepter de se plier aux règles pénitentiaires en réalisant par exemple ses consultations de manière sécurisée (Mauillon, 2009).

➤ L’A.D.A.V.E.M

Durant notre stage, nous avons pu échanger avec les professionnels de l’A.D.A.V.E.M. et participer à leurs activités d'accueil et de conseil auprès des victimes. Cet organisme est affilié à l’I.N.A.V.E.M. qui regroupe sur le plan national les associations d’aide aux victimes. Chaque matin, une permanence est assurée dans le Service de Médecine légale, soit par une juriste, soit par une psychologue. Elles reçoivent les personnes qui le souhaitent immédiatement après leur examen médico-légal, ou bien par la suite leur proposent une rencontre dans leurs locaux près du Palais de Justice.

Les personnes qui se dirigent vers l'association recherchent généralement des informations concernant les suites de la procédure judiciaire, les ressources possibles, des précisions au niveau juridique, etc., ce à quoi les salariés de l'A.D.A.V.E.M. apportent des réponses claires et précises. Un soutien psychologique est aussi proposé lorsque les victimes en émettent le souhait, celui-ci restant ponctuel car l'objectif n'est pas de réaliser un suivi thérapeutique. Les membres de l'association, en relation permanente avec les acteurs régionaux du champ social, orientent aussi, si besoin est, vers des structures-relais, comme les centres d'hébergement pour les femmes victimes de violences conjugales, par exemple.

➤ Les examens d’enfants

Suite aux explications concernant les différentes activités réalisées par les médecins légistes, à l’I.M.L., il reste une facette de leur pratique à présenter, celle-ci prenant place au sein du bâtiment de Pédiatrie. Il s’agit des examens d'enfants victimes d'agression sexuelle, dans le cadre de leur participation à la prise en charge proposée par la P.A.P.E.D.

Nous allons donc maintenant décrire le dispositif mis en place et préciser le rôle de la médecine légale au sein de celui-ci. L'étude qui va suivre a pour objectif de vérifier **en quelle mesure la mise en place de la P.A.P.E.D. constitue une réponse adaptée aux attentes des professionnels présents sur le terrain.** Pour cela, nous nous appuierons sur les **données statistiques** recueillies, illustrées par **une situation rencontrée**, ainsi que les **entretiens semi-directifs** réalisés auprès des professionnels. Pour terminer, nous discuterons les résultats obtenus, avant de conclure notre travail.

1. RAPPELS CONCERNANT L'ENFANCE EN DANGER

1.1. DE LA MALTRAITANCE A L'ENFANCE EN DANGER

Un des problèmes majeurs rencontrés lorsque l'on s'intéresse aux questions de maltraitance et d'Enfance en Danger est celui qui concerne les données très disparates et donc difficiles à comparer entre elles. Nous ne reprendrons donc que peu de chiffres car cela ne semble pas présenter réellement d'intérêt dans le cadre de notre travail. En outre, il faut garder à l'esprit le fait que ceux-ci ne constituent que la partie visible du phénomène, une grande part de la maltraitance infantile n'étant pas repérée en tant que telle.

Pour commencer, les définitions de l'O.D.A.S. (2007) qui suivent, peuvent permettre de bien cibler ce à quoi nous allons nous intéresser ici. Elles mettent en évidence le fait que, dans les travaux récents, la notion d'enfant maltraité a aujourd'hui tendance à être remplacée par celles d'"enfant en danger, ou en risque" prenant en compte une plus grande diversité de situations. Cette évolution est liée à la Loi du 5 mars 2007 sur la protection de l'enfance qui a fait apparaître juridiquement la définition de la notion d'Enfance en Danger en complétant celle préexistante.

Enfant maltraité : enfant victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur son développement physique ou psychologique (18500 en 2002).

Enfant en risque : enfant qui connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation, ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité (67500 en 2002).

Enfants en danger : ensemble des enfants maltraités et des enfants en risque pris en charge par l'A.S.E. ou par la Justice (88000 en 2002, 98000 en 2006).

L'O.N.E.D., en 2005, estime à 235 000 le nombre d'enfants en danger en France. Selon l'U.N.I.C.E.F., ils seraient environ 100 000 et l'organisation précise que deux enfants en France meurent chaque semaine par faits de maltraitance. Parmi les appels reçus par le 119

(numéro d'appel de référence lorsqu'il s'agit de l'Enfance en danger en France) : 30 997 enfants sont déclarés en danger ou en risque de l'être pour l'année 2009.

Comme nous pouvons le voir, les données épidémiologiques au niveau national varient donc selon l'organisme qui les produit, avec une tendance inquiétante remarquée dans les études ces dernières années à percevoir l'enfant comme un délinquant plutôt que comme une victime (Tursz et al., 2008). Soulignons ici que, bien souvent, il s'agit des mêmes jeunes qui expriment alors par leur(s) passage(s) à l'acte violent une souffrance due à une maltraitance subie et non prise en charge.

Au niveau départemental, les chiffres recueillis concernent principalement les auditions d'enfants, c'est-à-dire les situations pour lesquelles une plainte a été déposée. Jusqu'en 2004, environ trois cents étaient enregistrées dans le Maine-et-Loire chaque année, concernant des suspicions d'abus sexuels (Jousset et al., 2007). Ces chiffres semblent constants car en 2009, 308 auditions ont été réalisées au C.H.U.

En l'absence de données complètes et officielles, le problème de l'enfance maltraitée reste donc difficile à appréhender. Cependant, il semble évident que nous nous intéressons à un phénomène d'une ampleur considérable, au sein même duquel se distinguent différents types de maltraitance.

Les maltraitances à enfants (Source : ODAS, 2007)

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Violences physiques | 7000 | 7500 | 7000 | 7000 | 6500 | 6600 | 5800 | 5600 | 5800 | 6600 | 6400 | 6300 |
| Abus sexuel | 5500 | 6500 | 6800 | 5000 | 4800 | 5500 | 5900 | 5900 | 5200 | 5500 | 4700 | 4300 |
| Négligences lourdes | 7500 | 7500 | 5400 | 5300 | 5400 | 4800 | 4700 | 7000 | 4400 | 4400 | 5100 | 5000 |
| Violences psychologiques | | | 1800 | 1700 | 1800 | 1400 | 1600 | | 2600 | 2500 | 3800 | 3400 |
| Total des enfants maltraités | 20000 | 21500 | 21200 | 20000 | 19500 | 18300 | 18300 | 18500 | 18000 | 19000 | 20000 | 19000 |

S'agissant plus précisément de maltraitance sexuelle des enfants, lourde de conséquences, la situation est particulièrement alarmante. L'O.M.S. la définit comme il suit : *«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, viols, inceste ou prostitution ». On peut donc distinguer là encore différents types d'abus sexuel en fonction de la gravité de l'acte mais aussi du fait que l'agresseur soit ou non connu par l'enfant.

1.2. UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE

Ces données nous interpellent et constituent, nous le savons aujourd'hui, un réel problème de santé publique si l'on prend en compte la fréquence des conséquences médico-psychologiques, psychiatriques et sociales, présentées à court, moyen et long terme par les personnes victimes, d'agressions sexuelles tout particulièrement. A ce propos, G. Lopez explique 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* » (in Jehel et al., 2006). Les tableaux cliniques repérés suite à une agression sexuelle chez un enfant vont en effet aller le plus souvent de la détresse psychologique, jusqu'aux symptômes correspondant à un état de stress aigu, voire au développement d'un syndrome post-traumatique (Bouchard et al., 2008).

Un des facteurs aggravants les plus fréquemment invoqués lorsque l'on s'intéresse aux troubles post-traumatiques chez les victimes d'agression sexuelle concerne le fait que cet abus soit perpétré par une personne de confiance, de l'entourage familial proche (LaPlante, 2006) comme c'est le cas de 189 situations rencontrées en 2009 au C.H.U d'Angers. Les conséquences d'abus sexuels répétés, fréquents lorsqu'il s'agit d'agressions intrafamiliales dans la durée, sont évidemment dramatiques et peuvent conduire au développement de troubles graves de la personnalité comme le Trauma de type II décrit par Terr (in Josse, 2007). Afin que les professionnels puissent mieux appréhender le problème, un groupe de travail, commissionné par la H.A.S., élabore depuis juillet 2009 une réflexion et un guide de recommandations à leur usage (*Repérage et signalement des violences sexuelles intrafamiliales chez l'enfant*, 2009).

« *Le traumatisme ne s'oublie pas, il laisse une trace, une souffrance psychique trop souvent invisible, bien souvent secrète, que l'enfant va devoir intégrer. L'enjeu est d'importance car il s'agit non seulement de soulager la souffrance de l'enfant, mais aussi de lui donner la possibilité de vivre, et non plus de survivre avec ce traumatisme* » (Charritat, 2006).

Une des solutions envisagées par les pouvoirs publics pour améliorer la prise en charge de ces enfants en souffrance et ainsi leur permettre « *de vivre et non plus de survivre* », est la mise en place de dispositifs adaptés. L'idée étant alors surtout, comme le souligne B. Angibaud, Procureur de la République (Séminaire des 20 et 21 septembre 2007 au C.E.S., sur le recueil de la parole de l'enfant victime) de « *ne pas ajouter, à ce stade, à la violence de l'auteur, la violence du système* ». En 1986 déjà, l'A.A.C.A.P. publiait des recommandations visant à améliorer les conditions de recueil de la parole de l'enfant, puis en 1990, des directives pour l'évaluation clinique des enfants et des adolescents abusés sexuellement, qui insistaient sur l'importance de créer des structures de ce type.

Nathalie Jousset (2007), médecin légiste au C.H.U. d'Angers, constate en effet qu'avant la création de la P.A.P.E.D. la multiplicité des lieux venait augmenter la fragilisation de l'enfant déjà potentiellement déstabilisé par l'agression subie, le placement éventuel en famille d'accueil, etc. S'ajoutaient à cela une mauvaise coordination des intervenants, une absence de soin, d'évaluation sociale, psychologique, et de suivi. Les recommandations du jury de la 7ème Conférence de Consensus de la Fédération Française de Psychiatrie (2003) prennent en compte ces incohérences et les nombreuses failles du système en expliquant que la révélation d'un abus sexuel correspond à « *une situation de crise qui, dans la confusion et au risque de l'aggraver, appelle à prendre sans délai des décisions médico-psycho-judiciaires, mais de manière réfléchie, maîtrisée, non précipitée. Il apparaît à cet égard nécessaire que dans ce moment de grand bouleversement émotionnel, les réponses soient organisées et individualisées au sein d'un cadre institutionnel offrant des garanties de sécurité et de protection.* ». C'est donc dans cette démarche que s'est inscrite la réflexion menée par les acteurs angevins de la prise en charge de l'Enfance en Danger.

2. LA PERMANENCE D'ACCUEIL PEDIATRIQUE POUR L'ENFANCE EN DANGER (P.A.P.E.D.)

2.1. CREATION DU DISPOSITIF

La littérature met en avant l'aspect bénéfique pour les victimes et leurs familles du fait que les domaines médico-psycho-sociaux puissent se combiner avec la procédure judiciaire, en un lieu unique. Ces dernières années, se sont donc développées en France des unités spécifiques à la prise en charge des enfants maltraités ou agressés sexuellement, dont l'U.A.E.D. à Saint-Nazaire, ou encore la C.A.S.E.D. à Rennes. Parmi celles-ci, la P.A.P.E.D., créée au C.H.U. d'Angers en juin 2005, est née d'une volonté et d'une réflexion pluridisciplinaire.

C'est à l'initiative d'une demande de la justice, ainsi que du besoin exprimé par les familles et de l'insatisfaction des soignants que le projet a pu voir le jour. Au départ les Services de Pédiatrie, de Médecine légale, de Pédopsychiatrie, de Gynécologie ainsi que le Service social, se sont intéressés à la question de la prise en charge de l'Enfance en Danger. Puis, avec l'aide de l'association fédérative *La Voix de l'Enfant*, la mobilisation s'est étendue au Parquet, au Conseil Général, à la Brigade des Mineurs, la Gendarmerie, la C.P.A.M., la D.D.S.S., et à l'A.R.H.

Financée en partie par les fonds publics, la structure bénéficie donc aussi du soutien de *La Voix de l'Enfant* qui a collaboré et grandement contribué à la création du dispositif. Après avoir évalué les besoins humains et matériels, une demande a été faite auprès de ces organismes financeurs qui ont accepté de créer au départ des demi-postes de pédopsychiatre, d'infirmière puéricultrice, d'assistante sociale et de secrétaire. Aujourd'hui on compte, outre le chef de Service, quatre infirmiers en puériculture qui assurent la permanence à tour de rôle une semaine par mois, trois assistantes sociales intervenant pour toute la Pédiatrie et lorsqu'une audition à la P.A.P.E.D. est organisée, une secrétaire.

Ici, le contexte du procès concernant l'importante affaire de pédophilie à Angers, en 2005, a suscité une émotion très importante dans la région (Paillard Lebreuilly, 2009). Cela a

aussi fait prendre conscience aux divers intervenants de l'urgence et la nécessité de créer une structure plus adaptée, tout en permettant de débloquent des fonds. Le rôle de cette actualité et les leçons tirées du procès d'Outreau ont donc été déterminants car dans les faits, cela a entraîné la création d'une Loi qui a fait évoluer les pratiques. En effet, c'est aussi en grande partie suite à l'obligation pour les enquêteurs de filmer les auditions (*Loi du 17 juin 1998*) que l'idée d'un local spécifiquement dédié à cet usage ainsi que d'une prise en charge plus adaptée a émergé.

Une salle d'audition protégée pour les mineurs victimes a donc vu le jour au sein du C.H.U. d'Angers, c'est-à-dire que ce qui relevait de la recherche de la preuve se passerait dorénavant là où le versant soin prenait place. Cela constituait, en 2005, une réelle innovation dans le champ de la prise en charge de l'Enfance en Danger et a fait de ce lieu une structure pilote au niveau national. En effet, la P.A.P.E.D. permet la prise en charge de l'enfant en un lieu unique, par tous les acteurs du champ judiciaire et médico-social sur un temps restreint, une demi-journée en règle générale.

Comme la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (1989) puis celle de Bioéthique (1996) le rappellent « *l'enfant est une personne, douée d'un certain discernement et dont le point de vue doit être pris en compte* ». Dans le prolongement de la P.A.P.E.D., *La Voix de l'Enfant* a donc permis, dans ce but et pour la première fois en France, la mise en place en 2007 d'une "salle d'audition protégée" au sein du Tribunal de Grande Instance d'Angers. Celle-ci permet aux enfants victimes d'être entendus et de témoigner sans être directement confrontés à la personne mise en cause (installation vidéo) afin que ce moment potentiellement traumatisant le soit le moins possible (*La Voix de l'Enfant - Rapport d'activités 2008*).

2.2. OBJECTIFS

La P.A.P.E.D. dépend donc du Service des Urgences pédiatriques, car il semble que ce soit le lieu le plus à même de répondre à cette attente (C.N.D.H., 2005). Le Service est dirigé par le Dr Champion qui a joué un rôle prépondérant dans sa mise en place. La prise en charge proposée concerne les "*mineurs, émancipés ou non, victimes de viol, agression sexuelle,*

atteinte sexuelle, corruption, pornographie infantile ou de tout fait de maltraitance" (Grisard, 2009).

L'idée principale au C.H.U. d'Angers a été d'organiser l'accueil judiciaire et médico-social de l'enfant dans un lieu unique pour éviter une situation qui pourrait avoir des conséquences psychologiques néfastes pour lui. Le dispositif vise aussi à l'aider à s'exprimer, réaliser les examens, signaler au Parquet les infractions constatées ou supposées et les situations de danger moral ou physique du mineur.

La P.A.P.E.D. constitue aussi une structure de recours pour les professionnels de santé et les familles. Le projet est donc à la fois de structurer la prise en charge et d'adapter celle-ci au niveau judiciaire, les conditions dans lesquelles les auditions se déroulaient jusqu'alors étant déplorable d'après les dires des officiers eux-mêmes.

Les activités s'organisent principalement autour de deux axes:

➤ **La prise en charge sur réquisition judiciaire**

Les enfants sont adressés à la P.A.P.E.D. dans un contexte médico-légal, c'est-à-dire que la saisine émane des autorités judiciaires. Cela constitue la part la plus importante du travail et correspond à l'accueil des familles et des enfants ayant porté plainte auprès de la Police ou de la Gendarmerie, ou suite à un signalement. Les auditions filmées ainsi que l'examen médical interviennent dans le cadre de la recherche de la preuve, donc dans le domaine judiciaire, tandis que l'accompagnement médical, social et psychologique constitue alors le versant du soin. La suite de notre travail reviendra en détails sur ces différents éléments.

➤ **Le dépistage**

La P.A.P.E.D. effectue environ 50 accueils non judiciaires par an (Paillard Lebreuilly, 2009). Lorsqu'un professionnel du C.H.U. pressent une maltraitance, il contacte le Service. Une assistante sociale ainsi qu'un pédiatre se déplacent alors là où l'enfant est hospitalisé pour le rencontrer et échanger avec lui. Ils essaient alors d'évaluer la situation et au besoin font appel à un des médecins du Service de Médecine légale pour avoir un avis. Si effectivement il y a un problème, l'un des intervenants va signaler la situation : soit à l'Unité Enfance en Danger (nom donné à la Cellule de Recueil de traitement et d'orientation des informations

préoccupantes du Conseil Général du Maine-et-Loire) laquelle suite à une enquête sociale transmettra ou non au Parquet ; soit directement auprès du Procureur de la République et l'enfant pourra alors être auditionné ultérieurement à la P.A.P.E.D. Sinon, les professionnels ne donneront pas suite à l'affaire. Dans ce cas, leur intervention ne sera pas comptabilisée ni reprise parmi les données présentées dans notre travail par la suite.

L'étude de la C.N.C.D.H. sur *La parole de l'enfant victime de mauvais traitements et/ou de violences sexuelles* (2005) insiste sur le fait que la Loi du 17 juin 1998 "exige la mise en place d'équipes pluridisciplinaires dans des structures adaptées recourant à la complémentarité des compétences pour conjuguer la prise en compte de la souffrance de l'enfant victime et les besoins de l'enquête et de l'instruction." La notion de pluridisciplinarité au service de l'Enfance en Danger est en effet capitale pour une prise en charge adaptée. C'est à cet effet que la P.A.P.E.D. fait intervenir de nombreux professionnels de secteurs variés:

- en ce qui concerne la recherche de la preuve
 - La Justice: direction de l'enquête, exercice de l'action publique et de la protection judiciaire du mineur
 - Les Services de Police et de Gendarmerie: enquêtes (préliminaires, sur instruction ou commission rogatoire)
 - Le Service de Médecine légale: examens médico-légaux sur réquisition

- en ce qui concerne l'accompagnement médico-socio-psychologique
 - Le Service de Pédiatrie: logistique et organisation, accompagnement de l'enfant et sa famille, soin et prévention des M.S.T., évaluation des besoins de prise en charge psychologique de l'enfant, suivi téléphonique après le passage à la P.A.P.E.D.
 - Le Service social du C.H.U.: évaluation sociale et familiale des difficultés et des besoins, information concernant la procédure, travail de liaison avec l'ensemble des Services concourant à la Protection de l'Enfance
 - Le Service de Pédopsychiatrie: organisation de la prise en charge psychologique de l'enfant, si nécessaire, en s'appuyant sur les relais libéraux et institutionnels extra-hospitaliers

2.3. LE PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE

Les professionnels intervenant à la P.A.P.E.D. travaillent avec un objectif commun: améliorer la prise en charge de l'enfant en danger. Cela dit, selon le moment auquel ils interviennent et leur champ d'intervention, leurs missions sont bien spécifiques, comme nous allons maintenant le voir plus précisément.

a) Accueil

Suite à une information préoccupante (Conseil Général), un signalement (Procureur de la République), une plainte déposée au nom de l'enfant car il est mineur, par un de ses parents, un instituteur, un référent A.S.E., ou toute autre personne de son entourage, une date d'audition est prévue. En règle générale, l'arrivée de l'enfant est donc programmée au préalable par les enquêteurs et la secrétaire de la P.A.P.E.D. qui fixent ensemble le rendez-vous. Il peut toutefois arriver, très rarement, qu'une prise en charge P.A.P.E.D. soit mise en place dans l'urgence.

L'infirmier en puériculture de permanence qui va constituer le "fil conducteur" c'est-à-dire le référent de la situation pendant toute la durée de la prise en charge (Jousset et al., 2007) accueille donc l'enfant et la personne qui l'accompagne (parent, éducateur, référent ad hoc...) dans la salle d'audition. Cette pièce a été aménagée afin de lui permettre de jouer, d'être à l'aise (mobilier adapté). Le cadre y est chaleureux et conçu pour le recevoir.

Lorsque chacun s'est présenté, l'infirmier évalue ce que sait l'enfant concernant les raisons de sa présence dans le service. S'il l'ignore ou bien si les choses ont été mal comprises, il reprend avec lui ce pourquoi il est pris en charge à la P.A.P.E.D. Il ne lui demande pas de lui raconter les faits subis, car il va déjà avoir à le faire par la suite avec les enquêteurs et l'enfant doit bien identifier le rôle de chacun. L'infirmier essaie aussi de mettre l'enfant en confiance, en le rassurant et lui expliquant que *« même si ce qu'il vit est très difficile, il va falloir essayer d'en parler, car ce n'est pas une situation normale »*. Il est souvent bon de préciser à l'enfant que les policiers ou les gendarmes qu'il va rencontrer ensuite ne sont pas là pour le punir ou le juger mais pour l'écouter afin de pouvoir l'aider.

Durant toute cette phase d'accueil, l'infirmier va observer ses réactions, adapter son langage et son attitude à ses capacités, car un professionnel compétent ne peut nécessairement pas se comporter de la même manière avec un enfant de quatre ans qu'avec un adolescent. Suivant son âge, et son développement psychomoteur, l'enfant pourra donc jouer ou bien échanger avec l'infirmier sur ses loisirs, etc. Tout en le rassurant, celui-ci va essayer de le préparer à ce qui va suivre, c'est-à-dire l'audition, puis l'examen médical, en lui expliquant le déroulement des choses, particulièrement concernant l'examen gynécologique, toujours en s'adaptant à l'âge de l'enfant. Lorsqu'il s'agit d'adolescentes, qui sont souvent très angoissées, on leur montre le matériel qui va être utilisé pour les rassurer.

A l'arrivée des enquêteurs, l'infirmier reste avec l'enfant afin de favoriser l'établissement d'une relation de confiance là encore et d'aider à ce que la séparation d'avec les parents, qui ne sont pas présents durant l'audition, ne soit pas trop difficile. Lorsque c'est tout de même le cas, il leur suggère de laisser un vêtement ou un « doudou » afin de rassurer l'enfant (Grisard, 2009). En règle générale les enfants de moins de quatre ans ne sont pas auditionnés car, d'après une puéricultrice du Service, ils sont trop jeunes pour que leur discours soit réellement spontané.

Cette première partie de la prise en charge correspond à l'un des deux objectifs majeurs de la P.A.P.E.D. : le soin, en évitant à l'enfant autant que possible de subir de nouveaux traumatismes. En effet, l'infirmier va ici apporter soutien et réconfort à l'enfant afin de faciliter son expression lors de la phase judiciaire qui suit : l'audition.

b) Audition

Depuis la mise en application de la Loi du 17 juin 1998, relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs (article 706-52 du C.P.P) l'enregistrement est obligatoire pour les auditions de mineurs victimes de torture ou d'acte de barbarie, viol, agression sexuelle, exhibition sexuelle, corruption de mineur, pornographie infantile, atteintes sexuelles sur mineur. Sur ce point, l'article 12 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (1989) est aussi explicite: « *l'enfant a la possibilité d'être entendu dans toute procédure judiciaire l'intéressant* ». La Circulaire cabinet n° 2002-97 du 14 février 2002 explique que les différentes mesures qui

suivent *"l'expertise médico-psychologique, l'enregistrement audiovisuel des déclarations de l'enfant, son accompagnement par un tiers pendant l'audition, la désignation d'un administrateur ad hoc en cas d'opposition d'intérêt entre le mineur et l'un de ses représentants légaux"* visent à *"garantir que le recueil de la parole de l'enfant s'effectue dans des conditions adaptées à sa particulière vulnérabilité et que la procédure judiciaire n'inflige pas à l'enfant blessé un traumatisme supplémentaire"*.

Il nous semble nécessaire tout d'abord d'apporter une précision quant aux services judiciaires à l'œuvre ici. Il peut s'agir de la Brigade de Prévention de la Délinquance Juvenile (B.D.P.J.) ou de la Brigade de Protection Familiale (anciennement Brigade des Mineurs). La première, en-dehors de ses activités de prévention au sein des établissements scolaires, s'occupe principalement des auditions de mineurs et intervient à l'extérieur d'Angers, tandis que pour la seconde c'est uniquement des affaires s'y produisant. Différence majeure, les Officiers de Police sont alors responsables de toute l'enquête, c'est-à-dire qu'ils mènent aussi les interrogatoires des présumés auteurs, entre autres. Les agents de la B.P.D.J. sont aussi présents, lors de la mise en présence des auteurs et des victimes dans les Brigades.

Les enquêteurs commencent par se présenter, s'il s'agit de la B.P.D.J., ils ont déjà rencontré l'enfant une fois auparavant, ce qui n'est pas le cas pour la B.P.F., faute de temps. Chaque enquêteur a sa manière de réaliser un entretien, cependant depuis la Circulaire du 2 mai 2005, ils répondent tous à l'obligation d'être formés. En effet, *"certains éléments d'ordre cognitif et affectif liés au développement du jeune enfant influencent le retentissement intrapsychique de l'abus sexuel en lui et la manière dont il l'évoque"* (Becker et al. 2003) et il est important que les personnes réalisant l'audition en soient conscientes. Les auditions peuvent évidemment être sensiblement différentes selon qu'il s'agisse des Services de Police ou de Gendarmerie et d'un Officier plutôt qu'un autre.

La salle d'audition créée à la P.A.P.E.D. est donc équipée afin de permettre de filmer le déroulement de l'audition. Un des deux enquêteurs reste derrière la vitre sans tain, pour réaliser l'enregistrement et éventuellement voir certaines choses qui peuvent échapper à son collègue. Celui-ci peut alors remarquer les mimiques de l'enfant, ou bien les moments et les mots qui le font particulièrement réagir, les phrases qui semblent avoir été induites ou apprises par cœur, et le signaler par la suite. Ils communiquent tous les deux par un système

composé d'une oreillette et d'un micro, ce qui permet à la fin de l'entretien de revenir sur des aspects non évoqués ou peu approfondis pendant l'audition.

Dans un premier temps, l'enquêteur va essayer de mettre l'enfant en confiance en le faisant parler de ses loisirs, de l'école, etc. avant d'en venir aux faits qui l'ont conduit à être auditionné, par une phrase du type « *Je vais te demander de me raconter ce qui nous amène ici aujourd'hui, ce que tu as raconté à X (X étant la personne à laquelle l'enfant s'est confié auparavant). Tu peux parler librement, je ne vais pas t'interrompre. Quand tu auras fini, je te poserai des questions en plus...* ».

Lors d'une des auditions à laquelle nous avons eu la possibilité d'assister, la jeune fille a rapidement décrit les faits en deux phrases, puis s'est arrêtée. Dans ce type de situation, l'enquêteur va alors poser de nombreuses questions, très précises parfois, sur la manière dont les faits se sont déroulés et sur des éléments périphériques qui peuvent sembler au premier abord sans grande importance. Il nous expliquera ensuite que lorsque l'enfant est capable de donner beaucoup de détails comme c'était le cas ici, c'est qu'en général il dit la vérité.

Un des enregistrements est envoyé au Procureur, les enquêteurs gardent le second avant de le retranscrire intégralement. Cela permet à l'enfant de ne raconter les faits qu'une seule fois, il ne sera convoqué pour une seconde audition que s'il révèle d'autres éléments et qu'une nouvelle enquête est ouverte. L'infirmier retrouve l'enfant suite à l'audition et essaie de voir si le fait d'avoir parlé a pu le soulager, ne l'a pas trop éprouvé, etc., avant l'arrivée du médecin légiste. Il informe aussi les parents qu'ils seront convoqués, dans les jours à venir, à la Brigade afin de lire l'audition de l'enfant et de signer le Procès-verbal.

Comme expliqué auparavant, lorsqu'il s'agit d'une affaire d'agression sexuelle, l'audition doit obligatoirement être filmée. Si l'enfant, ou sa famille s'y refuse la loi prévoit alors "*la désignation d'un administrateur ad hoc en cas d'opposition d'intérêt entre le mineur et l'un de ses représentants légaux*" (L'action du Conseil général pour l'enfance en danger, 2005). Cette mesure constitue une avancée mais rend cependant l'enquête compliquée, donc elle n'est mise en place que lorsque toutes les autres possibilités ont été épuisées.

Pour les situations de maltraitance, les auditions ne sont pas obligatoirement filmées, Elles ont alors lieu généralement dans les locaux de Police ou de Gendarmerie, ces derniers se

déplaçant toutefois plus facilement jusqu'au C.H.U. Il arrive donc parfois malgré tout, lorsque la victime est très jeune, que l'audition ait lieu à la P.A.P.E.D. et qu'elle soit filmée. De même, lorsqu'un enfant est hospitalisé à Cholet et que le Procureur de la République demande à ce qu'il soit auditionné dans les plus brefs délais, c'est dans sa chambre d'hôpital qu'aura lieu l'audition filmée grâce à une caméra mobile.

Selon l'âge de l'enfant et la facilité qu'il a à évoquer les faits et les situations plus ou moins difficiles, la durée des auditions varie (entre une demi-heure et une heure). Elles sont aussi plus ou moins faciles à gérer émotionnellement pour l'agent qui les réalise. Cependant, comme A. Paillard Lebreuilly (2009) le souligne l'enquêteur s'intéresse *«aux faits et uniquement aux faits ... son souci le plus grand et c'est normal vu sa fonction investigatrice»* est *«d'obtenir le plus d'informations possible»*. Le ressenti de l'enfant est donc laissé de côté, plus ou moins selon la sensibilité de l'agent, ce qui, en tant que «spectateur de l'audition» peut être difficile à supporter, même en étant conscient que l'enquêteur n'est pas là pour réaliser un entretien psychologique.

Dans le cadre de notre stage, nous avons pu être présents, dans le local technique (derrière la glace sans tain) durant plusieurs auditions de mineurs, auprès de la B.P.F. ou de la B.P.D.J. Un cas rencontré sera présenté plus précisément dans notre travail par la suite.

c) Entretien avec la famille

En essayant de plus en plus de travailler en binôme lorsque les plannings le permettent, l'infirmier et l'assistante sociale reçoivent les parents pendant le temps de l'audition. Ils recueillent alors des informations concernant la situation administrative, sociale, scolaire, familiale (y a-t-il une mesure éducative en place, les parents sont-ils séparés ? etc.), le comportement de l'enfant à la maison (sommeil, alimentation, agressivité, ...) et évaluent les capacités de la famille à gérer la situation, à aider l'enfant, à le soutenir.

L'infirmière rencontrée nous précise qu'elle s'enquiert aussi de la manière dont ils ont été informés des faits, ce qui donne une idée des relations de confiance, ou non, en place au sein de la famille. Les deux professionnels conseillent alors les parents, les rassurent, leur donnent les moyens de contacter certaines associations, les orientent vers l'équipe de

Pédopsychiatrie du C.H.U., vers une assistante sociale de secteur, propose l'intervention d'un éducateur de prévention, ou la mise en place d'une aide sociale éducative, etc. Il semble qu'auparavant, l'évaluation sociale était inexistante lors des suspicions d'abus sexuels (Jousset et al., 2007) ce qui est difficile à imaginer tant le rôle de l'assistante sociale semble capital dans la prise en charge aujourd'hui.

Chez bon nombre de parents, nous confie une infirmière, l'appréhension la plus forte concerne le fait que leur enfant puisse reproduire ce qu'il a vécu « *est-ce que mon enfant va devenir pédophile?* ». Ce à quoi elle répond évidemment par la négative en expliquant l'importance pour la reconstruction de l'enfant que sa parole soit entendue et prise en considération et en les orientant éventuellement vers un soutien psychologique ou une association d'aide aux victimes.

L'idée est que l'assistante sociale et l'infirmier soient réellement identifiés comme des personnes ressources auxquelles l'enfant et sa famille pourront faire appel par la suite. Ils leur laissent donc leurs coordonnées, en insistant sur le fait qu'ils peuvent appeler à la moindre inquiétude, si le comportement de l'enfant change brusquement ou s'ils n'arrivent plus à gérer la situation. Suite à l'examen médical, ils évaluent le risque de récurrence et le danger encouru par l'enfant en retournant dans son milieu, en fonction de quoi une hospitalisation afin de laisser le temps d'envisager une solution (famille d'accueil, placement en détention provisoire de l'agresseur) peut être nécessaire, comme nous le verrons par la suite.

Selon l'évaluation sociale de la situation, un des professionnels explique que le relais sera envisagé avec l'assistante sociale de secteur, l'éducateur de prévention, l'assistante sociale scolaire, la P.M.I. ou un travailleur familial, si la famille coopère et n'est pas déjà suivie par ailleurs. Si c'est déjà le cas, un contact avec cette personne qui constitue une ressource pour la famille a lieu car « *une suspicion d'abus sexuel, ça n'est pas anodin* » insiste l'intervenant et cet autre professionnel doit en être informé. Si l'enfant semble en danger, l'assistante sociale va alors, comme expliqué auparavant, rédiger une note d'information préoccupante.

Après le départ de l'enfant et de sa famille, un bilan oral est effectué avec les différents professionnels ayant participé à la prise en charge P.A.P.E.D.: médecin, enquêteurs, infirmier, assistante sociale. Les éléments évoqués sont ensuite repris dans un dossier qui restera à la

P.A.P.E.D. dans lequel figure les coordonnées de l'enfant, du médecin, ainsi que l'écrit de l'infirmier et celui de l'assistante sociale. Leur préoccupation est, tout au long de cette prise en charge, *"de permettre à la famille de dépasser la situation de crise afin que celle-ci puisse rester garante des repères indispensables à la survie psychique de la jeune victime"* (Grisard, 2009).

d) Rappel téléphonique et suivi

Lors de l'entretien avec la famille, l'infirmier, en donnant les coordonnées du Service, convient avec elle d'un rendez-vous téléphonique, en général environ trois semaines après cette première rencontre. Il insiste sur le fait que les intervenants médico-sociaux restent à leur disposition d'ici là pour répondre à la moindre question ou si le comportement de l'enfant évolue d'une manière inquiétante par exemple, que ce soit le lendemain ou dans les mois à venir. Si lors de la rencontre les parents ont semblé particulièrement désemparés, le rappel est fixé une semaine après l'audition.

Lors de ces rappels, qui sont quasi-systématiques, les infirmiers ont assez souvent l'enfant au téléphone, selon le lien qu'il a été possible de créer lors de la rencontre. Il arrive parfois que les parents soient très vagues et distants, dans ce cas c'est souvent interprété comme une volonté de tourner la page et de ne pas réveiller les mauvais souvenirs des moments vécus ensemble, ce que les professionnels de la P.A.P.E.D respectent. Le but est surtout de voir si l'audition n'a pas eu trop de conséquences sur le comportement de l'enfant.

Si un suivi psychologique est envisagé pour l'enfant, il commence généralement au service de Pédopsychiatrie puis selon la situation financière et géographique de la famille, l'enfant est ensuite orienté vers un relais en libéral ou un C.M.P. Les professionnels rencontrés précisent cependant que la majorité des enfants est souvent déjà suivie au niveau psychologique avant de se présenter à la P.A.P.E.D.

Données reprenant le nombre de rappel téléphonique effectué par chaque infirmier durant l'année 2008:

| | | | |
|----|----|----|----|
| T. | A. | V. | F. |
| 37 | 24 | 88 | 55 |

Lorsqu'elles sentent que la famille a besoin d'un relais mais que cela semble compliqué lors de l'entretien, les assistantes sociales sont parfois aussi amenées à les recontacter pour se faire une idée de la façon dont les choses évoluent et les retravailler si besoin. Cependant nous ne présenterons pas les chiffres concernant le nombre de leurs rappels car ils ne sont pas significatifs selon l'une d'entre elles étant donné que la distinction n'est pas faite entre un réel entretien téléphonique apportant un éclairage et faisant avancer la situation et une simple conversation restant assez superficielle.

Lors de ces rappels, une des assistantes sociales, insiste sur l'importance parfois de préciser à la famille que « *l'on en a discuté en équipe... et nous pensons que...* » car cela leur montre que la situation est prise au sérieux et que les professionnels sont réellement mobilisés pour leur venir en aide.

e) Synthèses pluridisciplinaires

Dans le cadre de notre stage, nous avons eu la possibilité de participer à une réunion de synthèse P.A.P.E.D. Sont présents: les infirmiers de permanence à la P.A.P.E.D. pour la semaine, les assistantes sociales, le chef de Service, le cadre de santé. Ces réunions ont lieu chaque semaine, le jeudi, entre 12 et 13 heures et, aux dires des professionnels rencontrés, constituent un temps indispensable et réellement bénéfique pour l'amélioration de la prise en charge. Comme une assistante sociale de la P.A.P.E.D. l'explique très bien, cela permet à ceux qui peuvent se trouver désemparés car ils sont confrontés quasi-quotidiennement à des problématiques complexes, de ne pas rester seuls face à cela et de prendre du recul lorsqu'ils se sentent trop impliqués dans certaines situations. L'échange et le partage lors de ces réunions permettent d'améliorer la prise en charge des enfants et d'éviter une surcharge émotionnelle pour les professionnels.

Au cours de ces synthèses sont évoquées les nouvelles situations difficiles ainsi que les suites de certaines enquêtes, les éléments nouveaux, le suivi et l'orientation de certains enfants. Un dossier est aussi présenté, une fois par mois, à l'équipe de Pédopsychiatrie qui apporte généralement un éclairage précieux. Ils décident alors ensemble des suites à donner à la prise en charge. Si un suivi psychiatrique de l'enfant au sein du C.H.U. est envisagé, les infirmiers sont tenus informés de l'évolution de la situation au fil des mois.

Depuis sa création en 2005, une importance considérable est accordée à la réflexion autour du rôle spécifique des infirmiers à la P.A.P.E.D. En effet, ce poste les amène à développer des qualités professionnelles différentes de celles nécessaires dans le cadre d'une activité infirmière plus classique. Il leur laisse "*plus de temps pour accueillir, écouter, éduquer mais aussi soutenir les enfants et leurs familles*"(Grisard, 2009). Ils ont la possibilité de participer aux formations proposées par *La Voix de l'Enfant*, ce qui permet un échange avec les professionnels exerçant dans des structures ayant un fonctionnement proche de celui de la P.A.P.E.D. Des rencontres avec les professionnels de l'A.S.E. ou du D.I.S.M.O. sont mises en place ainsi que des formations sur les techniques d'entretien, l'inceste, le déni, etc. Les infirmiers sont très demandeurs et insistent sur l'importance de connaître la manière dont leurs partenaires travaillent car ils sont conscients de la nécessité d'être formés pour améliorer la prise en charge proposée.

Deux fois par an, tous les professionnels intervenant à la P.A.P.E.D.: infirmiers en puériculture, assistantes sociales, médecins légistes, pédiatres, pédopsychiatres, enquêteurs (gendarmes et policiers), Substitut du Procureur de la République, représentants du Conseil Général et de la P.M.I., etc. se réunissent et font le point sur le fonctionnement de la structure. Tous les trimestres, des rencontres ont aussi lieu avec les différents membres du Conseil Général et de la P.M.I., pour évoquer ce qui concerne la P.A.P.E.D. non judiciaire, sa mission de dépistage et de relais, dans laquelle se sont engagés les professionnels du C.H.U.

Ces moments permettent de revenir sur certaines questions, d'éclaircir les incompréhensions dues aux différences entre les pratiques et priorités des domaines médicaux et judiciaires. Ils évoquent alors les difficultés rencontrées, les améliorations susceptibles d'être apportées et dressent un bilan des activités. Cela constitue un temps fort pour la pérennisation du dispositif lors duquel les partenaires participant à la prise en charge de près

ou de loin peuvent échanger de visu et ainsi mettre en place une réelle communication pluridisciplinaire, nécessaire et bénéfique aux actions menées.

2.4. LA MEDECINE LEGALE A LA P.A.P.E.D.

a) Cadre d'intervention

L'activité des médecins légistes à la P.A.P.E.D. consiste essentiellement à examiner les mineurs victimes de violences sexuelles. Ils interviennent donc sur réquisition, de manière ponctuelle au cours de la prise en charge, ce à raison d'environ quatre fois par semaine.

Le médecin, parfois accompagné d'un interne, se présente donc à la P.A.P.E.D., suite à l'audition du mineur par les services judiciaires. Il est bon de noter à nouveau qu'un des atouts de cette structure repose sur le fait que les autorités, puis le médecin, se déplacent physiquement dans les locaux du Service afin de réunir au sein d'un même lieu et dans un temps le plus court possible, les interventions des divers professionnels, et ce dans le but comme précédemment expliqué d'éviter d'ajouter du traumatisme à une situation déjà éprouvante de par les faits ayant amené l'enfant à la P.A.P.E.D.

Si l'enfant accepte d'être examiné par le médecin, ce qu'il est en droit de refuser (six refus de jeunes filles en 2008), il se rend en salle de consultations. Il est accompagné, s'il ne s'y oppose pas, de l'infirmier référent et très rarement mais éventuellement de l'un de ses parents s'il en fait la demande et si bien évidemment celui-ci n'est pas mis en cause par les faits. L'enfant peut demander à être examiné par une femme plutôt qu'un médecin homme ce qui arrive assez fréquemment, particulièrement chez les jeunes adolescentes. Cet examen peut aussi, de manière exceptionnelle toutefois, être réalisé sous anesthésie générale, si et seulement si, l'intérêt de l'enfant l'exige, car comme le rappelle le C.C.N.E. en 1997 (in *Le praticien face aux violences sexuelles*, 2000) « *l'examen approfondi* » ne doit pas constituer « *une agression supplémentaire* ».

L'examen de l'enfant victime d'agression sexuelle doit être réalisé avec beaucoup de précautions, de tact et de rigueur et il est nécessaire que le praticien soit formé à ce type

d'examen, là encore pour éviter que cela soit traumatisant pour le mineur. C'est pourquoi certains chercheurs se sont appliqués à mettre en place des protocoles de prise en charge des mineurs victimes d'agression sexuelle, citons ici un exemple The Evaluation of Sexual Abuse Children (Kellogg et al., 2005). Ces directives précisent la manière d'appréhender un enfant victime d'agression sexuelle et donnent des repères concernant l'examen physique.

b) Examen médical

L'examen médical poursuit plusieurs buts (Rey et al., 1998) :

- identification de violences génitales et extragénitales, soins si nécessaires
- diagnostic d'une M.S.T. ou d'un état de grossesse
- évaluation des besoins médicaux, psychologiques et sociaux de l'enfant

Le lieu dans lequel l'enfant est reçu se doit d'être calme, apaisant et rassurant, tout comme le professionnel dans sa manière de s'adresser à lui. L'examen commence par un entretien avec le mineur visant à le mettre en confiance et à apprécier rapidement son état psychologique et son niveau de développement. Le médecin aborde ensuite l'agression proprement dite, en étant le moins suggestif possible, c'est-à-dire en laissant l'enfant en faire un récit spontané s'il le peut ou en posant des questions ouvertes. Le but ici n'étant absolument pas d'interférer avec l'enquête en posant trop de questions (Jousset et al., 2007).

Suite à cela, l'examen clinique peut commencer. La plupart du temps, le praticien commence par un examen général de l'enfant afin de permettre à celui-ci de resituer ce qui suivra dans une démarche de soins. C'est aussi un moyen de repérer les éventuelles traces de violences physiques qui sont alors reprises sur un schéma. Vient ensuite l'examen des zones génitales et anales qui se déroulent différemment selon l'âge de l'enfant et le fait qu'il y ait déjà eu ou non des rapports sexuels, le praticien s'adaptant à ces données. Des examens complémentaires, comme la recherche de sperme, les prélèvements afin d'effectuer une sérologie, le dépistage d'une grossesse, peuvent être réalisés lorsque la situation le nécessite.

Cependant les limites de l'examen existent et la première est que, bien souvent, la révélation de l'agression sexuelle a lieu plusieurs semaines, mois, voire plusieurs années après

les faits. L'examen médical risque alors de ne révéler aucune lésion, celles-ci ayant disparues. Dans ce cas, les soignants comprennent mal parfois, la volonté des enquêteurs de réaliser à tout prix un examen médical, ce qui peut être très déstabilisant, particulièrement pour les jeunes adolescents, un médecin rencontré parle à ce sujet de « *viol médical* ». Dans d'autres cas, les lésions présentes sont difficilement interprétables, car non spécifiques aux agressions sexuelles, l'article intitulé *Guidelines for Medical Care of Children Who May Have Been Sexually Abused* (Joyce et al., 2007) donne néanmoins à ce sujet quelques éléments pouvant s'avérer utiles. En outre, il faut garder à l'esprit le fait que certaines agressions sexuelles avérées, les attouchements par exemple, ne laissent pas de trace visible sur le corps de l'enfant, leurs conséquences psychologiques n'en étant pas moins dramatiques.

L'examen terminé, le médecin et l'infirmier référent rassurent à nouveau l'enfant et lui signifient qu'il peut encore parler si d'autres choses lui viennent à l'esprit, avant de le raccompagner dans la salle d'audition. En règle générale, sa famille ou un éducateur, informés oralement par le médecin des conclusions de l'examen, l'y attendent. Le médecin insiste alors sur le fait que malgré l'absence d'éléments évidents lors de l'examen, cela ne signifie pas que l'enfant n'a rien vécu de traumatisant. L'assistante sociale du Service et les représentants des autorités judiciaires, auxquels le rapport du légiste sera transmis par la suite, sont aussi avertis.

Cette recherche nous ayant permis d'approfondir le sujet, nous allons maintenant définir la méthodologie sur laquelle ce travail s'est appuyé, en nous référant aux entretiens réalisés auprès des professionnels de terrain, ainsi qu'aux bilans et données statistiques recueillies.

3. ETUDE PERSONNELLE

Malgré le nombre relativement important d'études sur le thème de la maltraitance infantile et l'intérêt qui semblait y être porté, une question résonnait encore chez de nombreux professionnels : Si l'enfant maltraité était en principe beaucoup plus écouté qu'autrefois, était-il pour autant toujours mieux entendu? (Le Run et al. 2007). En 2003 déjà, la conférence de Consensus de la F.F.P., intitulée « *Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir* » avait tenté de répondre à cette interrogation en mettant l'accent sur l'importance de prendre en compte trois dimensions, plus ou moins imbriquées : médicale et de soin, judiciaire, sociale, afin de mieux écouter et prendre en charge les enfants maltraités ou agressés sexuellement.

Afin que cela soit le cas, les divers éléments évoqués montrent, ce qui est clairement admis aujourd'hui, qu'une prise en charge spécifique et adaptée est nécessaire. Cependant dans la pratique pour ce qui est des différents intervenants évoluant autour de l'enfant et de sa famille, la mise en place d'une telle structure provoque de nombreux remaniements et une remise en cause de leur manière de travailler qui peuvent être compliqués à gérer. Nous allons donc nous appliquer dans la suite de ce travail à mettre en évidence **en quelle mesure la mise en place de la P.A.P.E.D. constitue une réponse adaptée aux attentes des professionnels présents sur le terrain**. Nous faisons ici l'hypothèse que ceux-ci étant pour la plupart à l'initiative du projet et ayant participé à la réflexion aboutissant à la création du dispositif, **leurs propos vont mettre en avant la pertinence de la structure**.

3.1. METHODOLOGIE

a) Population

Afin de vérifier cela, nous nous sommes entretenus avec des professionnels participant déjà à la prise en charge de la maltraitance infantile avant 2005. Nous avons donc pu nous entretenir avec huit d'entre eux: deux agents de la B.P.D.J., un autre de la B.P.F., le Substitut du Procureur de la République auprès des enfants, le pédiatre, chef de Service des Urgences Pédiatriques et donc de la P.A.P.E.D., un médecin légiste, une infirmière et une assistante

sociale. Ce travail ne se situe donc pas dans une optique quantitative mais l'objectif est plutôt de rendre compte de la réalité des pratiques sur le terrain.

Deux raisons justifient le fait que **notre volonté ici n'a pas été de recueillir la parole des enfants reçus et de leur famille, mais celui des professionnels :**

- tout d'abord interroger les différents intervenants sur leurs pratiques, nous apparaissait, en tant que future professionnelle du domaine de la prise en charge des victimes, être une expérience tout à fait formatrice

- en outre, cela nous semblait délicat d'intervenir, étant donné le moment et le contexte particulièrement difficiles dans lequel ces familles se trouvaient. Nous souhaitions aussi rester en cohérence avec les objectifs poursuivis par la P.A.P.E.D., l'un des principaux étant d'éviter au maximum la confrontation avec un nombre trop important de professionnels.

b) Données statistiques année 2009

Les données reprises chaque année par les professionnels de la P.A.P.E.D. pour adresser un bilan des activités réalisées à l'association *La Voix de l'Enfant* sont des sources qui ont pu être exploitées afin de compléter ce travail.

c) Entretiens

Souhaitant recueillir des données qualitatives, l'entretien semi-directif nous a semblé être une méthode appropriée. La réalisation de cette partie de notre recherche a nécessité la mise en place d'un guide, présenté en annexes, avec les différents thèmes sur lesquels nous souhaitions obtenir des informations. Il s'agissait ici d'entretiens enregistrés, pour des raisons pratiques, puis retranscrits. Nous ne les avons pas repris en totalité car cela semblait fastidieux et dénué d'intérêt dans le cadre de ce travail d'aborder, par exemple, les questions d'affinités entre professionnels...

Les propos recueillis ont donc été repris puis classés et regroupés en fonction des thèmes principaux pouvant être dégagés.

d) Suivi d'une situation

Il nous a semblé intéressant afin d'illustrer les propos des professionnels et de mieux comprendre le fonctionnement du dispositif de présenter le cas d'une adolescente rencontrée à la P.A.P.E.D. Nous avons choisi cette situation en particulier car elle met remarquablement en évidence l'efficacité de la prise en charge et l'articulation entre les différents acteurs.

3.2. RESULTATS

a) Bilan statistique année 2009

LES REQUISITIONS

| | |
|-------------------------|--------|
| Victimes présumées | 338 |
| Garçons | 112 |
| Filles | 226 |
| Age minimum (filles) | 2 ans |
| Age maximum (filles) | 17 ans |
| Age minimum (garçons) | 1 mois |
| Age maximum (garçons) | 17 ans |
| Moyenne d'âge (filles) | 15 ans |
| Moyenne d'âge (garçons) | 12 ans |

LES AUDITIONS

| | | |
|-------------------------------------|-----|------|
| Auditions réalisées par la B.P.D.J. | 224 | 67% |
| Auditions réalisées par la B.P.F | 110 | 33% |
| Total | 334 | 100% |

La différence observée entre le nombre de victimes présumées et d'auditions réalisées correspond aux enfants trop jeunes pour être auditionnés.

LES EXAMENS MEDICAUX / HOSPITALISATIONS

| | |
|---|-----|
| Auditions suivies d'un examen médical | 139 |
| * filles | 100 |
| * garçons | 39 |
| Auditions non suivies d'un examen médical | 236 |
| * filles | 177 |
| * garçons | 59 |
| Examen médical seul | 36 |
| Filles | 22 |
| Garçons | 14 |
| Refus d'examen médical | 17 |
| Filles | 14 |
| Garçons | 3 |
| Hospitalisation après audition | 0 |

Si le nombre d'auditions réalisées ici est supérieur à celui présenté précédemment cela peut être lié aux auditions des enquêteurs de la Brigade de Recherche intervenant à la demande du juge d'instruction sur commission rogatoire qui n'étaient pas comptabilisées dans les tableaux précédents.

Il peut arriver, lorsque les faits pour lesquels l'enfant va être entendu sont trop anciens par exemple, qu'une audition soit réalisée sans qu'elle soit suivie d'un examen médical. Cela dépend de la réquisition du Procureur. Un autre cas de figure est possible : celui dans lequel l'enfant auditionné revient sur ses déclarations et avoue avoir fabulé, là les enquêteurs décident si l'examen médical doit être maintenu ou non.

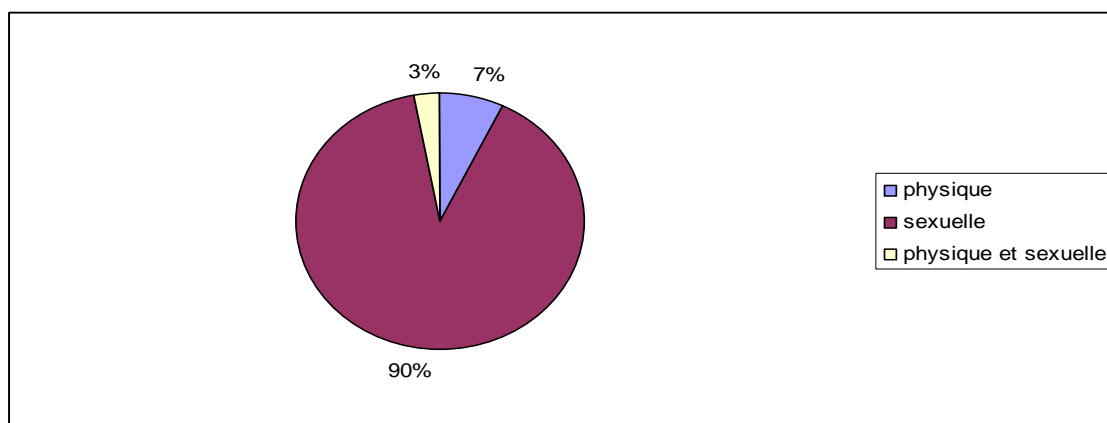
L'ORIGINE DES SIGNALEMENTS

| | |
|--|-----|
| Famille | 216 |
| Aide Sociale à l'Enfance | 47 |
| Ecole | 12 |
| Hôpital suite à une hospitalisation en pédiatrie | 6 |
| Hôpital suite à une consultation aux urgences pédiatriques | 1 |
| Institut Médico-Educatif | 6 |
| Médecins | 16 |
| Autres | 32 |

TYPES DE MALTRAITANCE PRIS EN CHARGE

| | |
|----------------------|-----|
| Physique | 24 |
| Sexuelle | 305 |
| Physique et sexuelle | 9 |

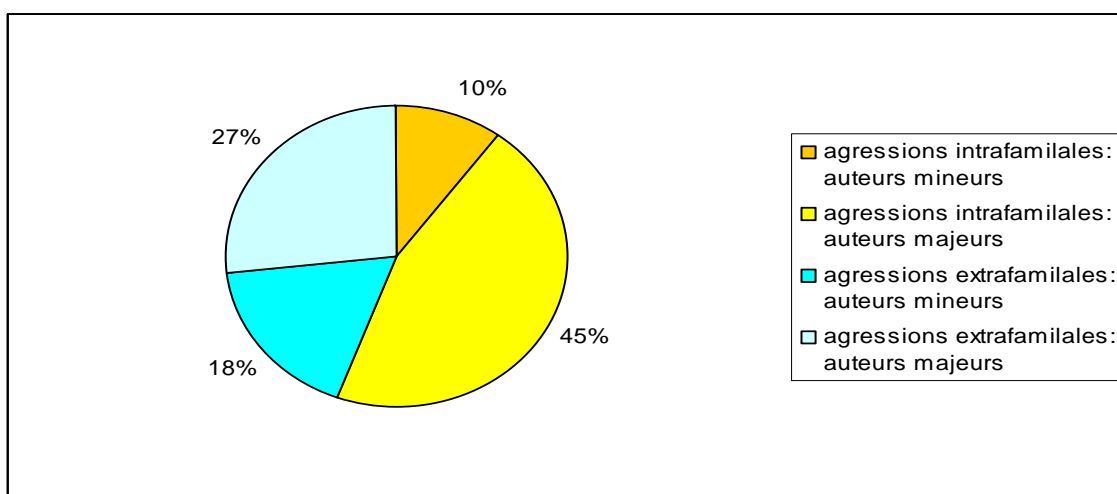
REPRESENTATION GRAPHIQUE DES DIFFERENTS TYPES DE MALTRAITANCE PRIS EN CHARGE



AUTEURS PRESUMES (TOUTES MALTRAITANCES)

| | |
|------------------------|-----|
| Origine intrafamiliale | 189 |
| * auteurs mineurs | 35 |
| * auteurs majeurs | 154 |
| Origine extrafamiliale | 152 |
| * auteurs mineurs | 60 |
| * auteurs majeurs | 92 |

REPRESENTATION GRAPHIQUE DE LA REPARTITION DES AUTEURS PRESUMES



Ces données confirment les résultats des études qui mettent en avant une tendance des agresseurs à être en grande majorité parmi les proches et l'entourage des enfants. Notons ici que les chiffres repris concernent la maltraitance en général tandis que pour les études auxquelles nous faisons référence, il s'agit généralement de maltraitance sexuelle uniquement.

PRECISIONS SUR LES AUTEURS PRESUMES DE VIOLENCES SEXUELLES (INTRA)

| | |
|-------------------------|----|
| Père | 71 |
| Mère | 35 |
| Grand-père | 28 |
| Frère, demi-frère, sœur | 23 |
| Beau-père | 21 |
| Beau-frère | 1 |
| Cousin | 13 |
| Oncle | 22 |

PRECISIONS SUR LES AUTEURS PRESUMES DE VIOLENCES SEXUELLES
(EXTRA)

| | |
|-------------------|----|
| Ami de la famille | 52 |
| Nourrice | 0 |
| Camarade mineur | 57 |
| Majeur inconnu | 45 |

b) Entretiens

Ces entretiens se sont avérés extrêmement riches de par la clarté des explications apportées et la diversité des thèmes abordés. Nous nous proposons ici de présenter rapidement chaque professionnel, afin de préciser la particularité de son rôle et son ressenti au sein de la P.A.P.E.D.

H., pédiatre, chef de Service des Urgences Pédiatriques et de la P.A.P.E.D.: Il est l'instigateur de la démarche visant à une meilleure prise en charge de la maltraitance au C.H.U. d'Angers. Il se dit aujourd'hui satisfait de la manière dont le dispositif fonctionne, même s'il évoque des pistes de réflexion et d'évolution dans l'avenir.

V., infirmière en pédiatrie: Elle travaille à la P.A.P.E.D. depuis 2005, c'est-à-dire depuis l'ouverture de la structure. Pour elle, l'aspect relationnel est primordial, elle explique d'ailleurs qu'en comparaison avec le travail aux Urgences, la P.A.P.E.D. permet de « *se reposer physiquement* » même si émotionnellement les situations restent très difficiles à gérer. Pour elle, l'intérêt du travail infirmier à la P.A.P.E.D. se situe avant tout au niveau du lien et du contact établis avec les familles. En effet, sa mission consiste principalement à les accueillir et les prendre en charge dès leur arrivée dans la structure, à échanger avec elles pendant l'audition de l'enfant, puis à reprendre les choses avec celui-ci lorsque les enquêteurs sont partis. Un des points positifs sur lequel V. s'arrête concerne le fait que les « agresseurs » de l'enfant ne soient pas reçus à la P.A.P.E.D. contrairement aux Urgences Pédiatriques où ce sont parfois les parents maltraitants qui l'amènent, ce qui est compliqué à gérer pour les soignants.

Les infirmiers participent à la P.A.P.E.D. sur la base du volontariat. Ils y sont alors de permanence une semaine sur quatre. Le reste du temps et lorsqu'il n'y a pas de consultation, ils exercent au sein du Service des Urgences Pédiatriques. Il y a donc quatre infirmiers, dont trois spécialisés en puériculture, qui interviennent sur la structure. En cas d'urgence, un weekend ou la nuit, un infirmier de pédiatrie assure l'accueil de l'enfant et de sa famille, mais ne connaissant pas la structure, cela ne se fera évidemment pas dans des conditions idéales. Dans ce cas, un des professionnels de la P.A.P.E.D. recontactera ensuite tout d'abord les Services judiciaires afin d'avoir de plus amples informations, puis la famille, pour poser les choses avec eux de manière plus adaptée.

C., assistante sociale: Exerçant dans le service de Pédiatrie au départ, elle a participé à la P.A.P.E.D. dès sa création. Elles sont trois à se partager la permanence à la P.A.P.E.D. tout au long de la semaine, tandis que les deux autres interviennent sur le reste du C.H.U. Selon C., la particularité du travail d'assistante sociale à la P.A.P.E.D. concerne le fait d'intervenir au cours de l'enquête et de ne pas avoir clairement de cadre défini d'entretien au préalable. La durée et ce qui va être abordé dépend de chaque situation et du temps qu'il est possible de passer avec la famille.

N. médecin légiste : Elle exerce au sein du Service de Médecine légale du C.H.U. Selon elle, la P.A.P.E.D. leur a vraiment donné la possibilité en tant que légiste de se concentrer sur leur rôle médico-légal. Avant cela, les moyens n'étaient pas présents pour qu'une réelle prise en charge soit possible ce qui était particulièrement frustrant pour les médecins légistes intervenant dans ce cadre qui ne pouvaient pas faire ce pourquoi ils n'étaient pas formés (travail social, etc.). Cela permet à chacun de rester dans son rôle en fonction de ses compétences.

R., enquêteur à la Brigade de Sécurité Urbaine de Cholet (B.P.F.): Il travaille depuis plus de sept ans au sein de ce qu'on appelait à l'époque la Brigade des Mineurs, devenue Brigade de Protection Familiale, il a donc pu nous apporter des éléments concernant ce que la création de la P.A.P.E.D. avait changé dans sa manière de travailler.

M. et G., enquêteurs de la B.P.D.J. : Nous avons pu rencontrer ces gendarmes à de multiples reprises lors de notre stage et ainsi assister à plusieurs auditions. Ils sont six à intervenir dans le département, sur la base au départ du volontariat. Cette Brigade a été créée

suite à la mise en application de la Loi du 17 juin 1998, relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, obligeant à filmer les auditions d'agressions sexuelles sur mineurs.

T., Substitut du Procureur des enfants : Il est en place au Tribunal de Grande Instance d'Angers depuis 2007. Son rôle est moins palpable que celui des autres professionnels car il n'est pas présent sur le C.H.U. et n'intervient pas de manière directe auprès des familles et des enfants. Cependant c'est lui qui dirige l'ensemble des affaires judiciaires. Il s'assure également que l'enquête se déroule convenablement en vérifiant que les auditions et vérifications nécessaires ont lieu pour réunir des éléments à charge ou à décharge contre la personne mise en cause. Suite à l'enquête, il décide de classer l'affaire sans suite ou de poursuivre le prévenu, dans ce cas il va requérir une peine contre lui. C'est le Procureur et son Substitut qui sont donc chargés de l'établissement de la vérité.

c) Suivi d'une situation

Durant ce stage, nous avons pu assister à plusieurs prises en charge de mineurs. Afin de mettre en évidence la manière dont cela s'organise, nous allons maintenant présenter une situation illustrant l'efficacité du dispositif.

A notre arrivée, pendant que l'infirmière et l'assistante sociale accueillent l'enfant et ses parents, les deux agents de la B.D.P.J. déjà sur place, résument les faits.

➤ Rappel des faits

Il s'agit ici d'une jeune fille connue de leurs Services pour des révélations datant de 2008. A cette époque, J. âgée de neuf ans, a subitement commencé à changer de comportement (crises de larmes, agressivité envers les hommes de son entourage familial, etc.). Ses résultats scolaires ont aussi brusquement chuté. Tandis que la famille et l'instituteur de J. s'inquiètent, cette dernière confie alors à sa grande sœur avoir été victime d'une agression sexuelle. Les parents mis au courant, une plainte est ensuite déposée.

A compter de ce moment-là, J. va rencontrer à plusieurs reprises les agents de la B.P.D.J. auxquels elle expose sa version des faits, différente lors de chaque entretien. Des recherches sont effectuées suite à ses déclarations mais celles-ci n'aboutissent pas et J. modifie à nouveau ce qu'elle raconte. Une audition à la P.A.P.E.D. a tout de même lieu, durant laquelle la fillette refuse de parler. Ses propos sont finalement jugés peu crédibles. L'affaire est donc laissée de côté, faute de discours cohérent de la part de J. et compte tenu de l'absence de preuve.

En février 2010, la B.P.D.J. intervient dans un collège lorsqu'un des agents (M.) reconnaît la jeune fille, maintenant âgée de 11 ans. Son état et ses propos sont inquiétants "*elle est livide, elle a l'air désespérée*" confie M. et les professeurs disent être préoccupés par son cas. Le psychologue scolaire de l'établissement signale aussi aux agents que cette situation lui paraît alarmante. La B.P.D.J. prend alors contact avec les parents de J. qui estiment avoir déjà accordé en 2008 trop de crédit aux propos de leur fille sans que cela soit justifié et ne veulent plus "*entendre parler de cette histoire*". Malgré cela, M. rencontre à nouveau la jeune fille qui semble maintenant disposée à parler. Une nouvelle audition est donc prévue dans les jours à venir.

➤ **L'audition**

Le 24 février 2010, J. se présente à la P.A.P.E.D. Elle a le visage fermé, garde la tête baissée, son aspect est plutôt négligé. La fillette est accompagnée de ses deux parents qui ne semblent pas prendre l'affaire au sérieux et se montrent plutôt récalcitrants. Ils acceptent cependant de s'entretenir un moment avec l'infirmière et l'assistante sociale et de laisser J. être auditionnée.

M., qui est l'interlocutrice privilégiée de la jeune fille, et ce depuis 2008, va réaliser l'audition. Pendant ce temps, nous sommes présent dans le local technique avec G., son collègue. Elle rassure J., qui semble en avoir besoin, bien qu'elle ait déjà vécu cette situation deux ans auparavant, en lui expliquant la manière dont les choses vont se dérouler. Elle lui pose quelques questions avant le début de l'enregistrement, sur ses amis, ses loisirs, pour la mettre à l'aise et aborde aussi l'ambiance familiale qui semble difficile, ainsi que les scarifications dont lui a parlé le psychologue. J. répond d'une voix pratiquement inaudible et

de manière très succincte. M. insiste alors sur le fait qu'il va vraiment falloir qu'elle raconte ce qui s'est passé cette fois-ci "*donner la bonne version pour qu'on te croit*" car ce qu'elle a vécu n'est pas normal, donc elle doit parler pour que cela ne puisse pas se reproduire.

Comme il s'agit ici d'une jeune fille de 11 ans, les agents choisissent de ne pas utiliser l'oreillette car cela peut rendre les adolescents méfiants. Au cours de l'audition, ils préfèrent marquer une pause dans l'enregistrement, se concerter dans le local technique et reprendre ensuite. Après s'être assuré qu'elle est dans de bonnes conditions pour s'exprimer, l'enregistrement commence.

L'agent se présente tout d'abord, puis donne l'état civil de J. Elle lui demande ensuite d'expliquer ce qui lui est arrivé, avec ses mots. La fillette fond alors en larmes et commence à raconter ce qu'elle a vécu. Elle date les faits très précisément au 5 mars 2008, car elle l'a noté dans un de ses journaux intimes qu'elle a d'ailleurs apporté pour le montrer aux gendarmes. Alors qu'elle se rendait à pied, seule, chez une amie, un homme l'aurait attrapée par le bras et attirée chez lui. Il lui aurait ensuite bandé les yeux, avant de la déshabiller, de la caresser puis de s'allonger sur elle. Elle dit qu'elle avait "*tellement peur*" qu'elle ne pouvait "*pas crier*". J. pleure beaucoup et explique qu'il y aurait eu un bruit à la suite duquel l'homme l'aurait laissée se rhabiller. Avant de la relâcher, il aurait insisté sur le fait que si elle parlait de ce qui s'était passé, il la tuerait, elle, ou bien un membre de sa famille. Pendant les mois suivants, l'homme l'aurait à nouveau menacée à de nombreuses reprises et c'est selon elle, la raison, qui l'aurait empêché de raconter la vérité à l'époque, jusqu'à ce qu'il déménage.

Suite à ces déclarations, M. commence à demander à la jeune fille des précisions concernant l'endroit où les faits se seraient produits. J. dessine un plan. Elles projettent alors de se rendre sur les lieux le lendemain pour vérifier. Puis, l'agent l'interroge sur l'aspect physique de l'agresseur présumé, que J. est incapable de décrire ("*j'avais les yeux bandés*") et lui demande de nombreux détails sur l'agression en elle-même ("*Etait-il nu? Est-ce qu'il t'a fait mal? Où t'a-t-il touchée? ...*").

La fillette raconte, répond aux questions et explique à quel point c'est difficile pour elle de ne pas être crue par ses proches, y compris son petit frère de cinq ans qui la "*traite de mythomane*". Sa famille semble avoir un comportement assez méprisant à son endroit, elle exprime alors le souhait de ne pas rentrer à son domicile. Sur ce point, le travail réalisé par C. Grisard (2009) met remarquablement en évidence ces comportements familiaux de désaveu

ou de déni du traumatisme de l'enfant de la part des parents que l'on retrouve relativement fréquemment lorsque les faits sont attribués à un auteur de l'environnement proche de l'enfant et les conséquences lourdes que cela peut avoir pour celui-ci.

➤ **Les suites de la prise en charge**

Après concertation avec son collègue, M. conclut l'audition, qui aura duré près d'une heure, et rassure la jeune fille sur la suite des événements. Elle la laisse reprendre ses esprits et va rejoindre ses parents qui s'entretiennent avec les professionnels de la P.A.P.E.D. Ceux-ci nous confieront par la suite que les parents prennent effectivement les choses avec beaucoup de détachement et ne semblent pas inquiets. M. leur résume alors la situation, la mère semble sous le choc, tandis que le père ne réagit pas. Elle leur explique alors qu'il est possible que J. ait besoin d'un peu de temps pour prendre du recul et aller mieux et qu'il serait peut-être souhaitable qu'elle reste quelques jours au C.H.U., ce qu'ils ne voient pas d'un œil favorable. Pendant ce temps, l'infirmière contacte les différents Services de Pédiatrie pour essayer de trouver un lit pour la jeune fille. Lorsque c'est possible et que la situation le nécessite, grâce au partenariat de la P.A.P.E.D. avec le Conseil Général, c'est vers un des foyers de l'A.S.E. que l'enfant va être rapidement orienté.

Les parents, accompagnés par l'assistante sociale et le gendarme vont alors rejoindre J. restée avec l'autre agent de la B.D.P.J. La mère tente de prendre sa fille dans ses bras mais celle-ci la repousse, visiblement apeurée. M. reprend de nouveau les choses avec J. et ses parents qui réalisent peu à peu la situation: la mère pleure et le père semble très abattu. Ils admettent petit à petit l'idée que leur fille ait réellement vécu une agression sans qu'ils la croient durant deux ans. Ils finissent aussi par accepter que celle-ci reste hospitalisée au moins pour la nuit, le temps que les choses s'apaisent de chaque côté et qu'ils expliquent à ses frères et sœurs la situation. L'infirmière revient alors et annonce qu'elle a trouvé une chambre pour J. et qu'ils ont tous les trois rendez-vous le lendemain matin, avec un pédopsychiatre.

Les parents vont voir la chambre de J. puis quittent la P.A.P.E.D. bouleversés, mais rassurés sur le fait que leur fille passe la nuit dans de bonnes conditions. Avant leur départ, un sourire est même échangé entre l'adolescente et sa mère, quand celle-ci lui propose de lui amener son "doudou" le lendemain. J. est ensuite conduite dans une chambre et présentée aux infirmières du Service qui vont s'occuper d'elle pour la nuit.

Le lendemain, une place au sein de l'Unité des adolescents est proposée à J., suite au rendez-vous avec le pédopsychiatre. La jeune fille sera hospitalisée pendant quatre jours, puis un suivi avec ce même professionnel sera mis en place le temps nécessaire pour qu'elle aille mieux. Les infirmiers de la P.A.P.E.D. garderont un contact régulier avec la famille, afin de les soutenir et d'évaluer la manière dont les choses se déroulent à la maison. Des mesures éducatives seront peut-être envisagées et les assistantes sociales continueront à suivre la situation.

C'est dans ce type de cas que le dispositif prend tout son sens, selon nous. En effet, sans la P.A.P.E.D., tout prendrait beaucoup plus de temps et la jeune fille serait peut-être obligée de rentrer chez elle, faute de place. Là, c'est l'infirmière référente qui gère la situation de l'accueil jusqu'à l'hospitalisation et qui réalise un travail de lien avec les professionnels (équipe soignante, pédopsychiatre) qui vont intervenir ensuite dans la prise en charge. Tout est vraiment mis en place pour favoriser la protection et le bien-être de l'enfant. C'est aussi l'assistante sociale qui contactera les autres professionnels qui vont prendre part aux éventuelles actions mises en place pour pallier les carences éducatives présentées par la famille.

3.3. ANALYSE ET DISCUSSION

Nous avons dans un premier temps, présenté succinctement, les professionnels que nous avons pu rencontrer dans le cadre de cette recherche, en précisant ce qui semblait nécessaire d'être remarqué. Suite à l'analyse de contenu réalisée, nous allons maintenant reprendre les différents thèmes récurrents évoqués dans les entretiens.

a) La situation avant 2005

➤ Les auditions

Avant 2005, les auditions avaient lieu dans les locaux des Services de Police ou de Gendarmerie. Les enquêteurs nous rapportent que les lieux n'étaient donc bien évidemment pas adaptés aux enfants, ce qui ajoutait du stress à une situation déjà douloureuse pour eux. En effet, les interruptions de la part des collègues étaient fréquentes, les familles pouvaient

croiser en arrivant des personnes en état d'ébriété ou bien allant être placées en garde-à-vue, etc. Les dernières années, une salle particulièrement réservée à cet effet avait toutefois été aménagée dans les locaux de la gendarmerie, dans le cadre de la procédure Mélanie (*Loi du 17 juin 1998*), mais cela ne semblait toujours pas satisfaisant.

G., gendarme, explique qu'ils accompagnaient ensuite l'enfant au C.H.U. pour qu'un médecin légiste l'examine. Très vite, ils s'étaient alors aperçus qu'en les voyant en uniforme, les usagers du C.H.U. comprenaient vite les raisons de la venue de l'enfant ce qui entraînait selon eux une stigmatisation flagrante. Les agents avaient donc décidé de venir en civil pour ces examens, puis de retour à la Brigade, ils devaient remettre rapidement leur tenue, afin d'incarner l'autorité lorsqu'ils reprenaient les choses avec les parents. D'après G., cela leur faisait perdre énormément de temps.

La réalisation des auditions dans les locaux des autorités judiciaires empêchait aussi parfois dans des affaires d'abus sexuels intrafamiliaux par exemple d'avoir le recul nécessaire. En effet, comme M. l'explique, le père présumé agresseur, par exemple, était reçu par les mêmes professionnels que ceux qui réalisaient l'audition de l'enfant, ce qui les plaçait dans une position délicate.

Autant les policiers et gendarmes, que le Parquet, insistent sur le fait que les conditions étaient donc loin d'être réunies pour faciliter le recueil de la parole de l'enfant. L'équipe de la B.P.D.J. avoue d'ailleurs avoir été réellement soulagée en 2005, car elle ne supportait plus de voir repartir des familles effondrées sans pouvoir faire plus que ce pourquoi ils étaient formés.

➤ **Le C.H.U.:**

S'agissant de l'examen médical de l'enfant, N., médecin légiste explique que "*c'était insupportable pour les familles qui étaient perdues et devaient aller à droite à gauche*" car la prise en charge n'était pas structurée. Il est vrai qu'avant 2005, l'enfant agressé sexuellement pouvait être examiné par un pédiatre, un médecin légiste, voire même seulement vu par un psychiatre, ce qui créait de grosses inégalités et ne satisfaisait pas non plus les professionnels.

Pour H., pédiatre et aujourd'hui chef de service de la P.A.P.E.D., la question de la maltraitance n'était en effet pas prise en charge de manière adaptée: *"on était dans le factuel, la constatation des faits, on sentait qu'il fallait plus d'accompagnement pour ces familles"*. Les choses ont donc évolué dans le temps amenant les enfants à être examinés par un binôme pédiatre/médecin légiste, mais c'était insuffisant.

b) La création de la P.A.P.E.D.

➤ Mise en place

La rencontre de H., alors médecin pédiatre au C.H.U., avec M. Brousse, présidente de l'association *La Voix de l'Enfant*, lui a en effet permis d'entrevoir la possibilité d'*"aller beaucoup plus loin et de créer un lieu d'audition sur l'hôpital pour permettre un accompagnement médico-socio-psychologique au sein de la procédure judiciaire"*. A l'initiative du chef de service actuel de la P.A.P.E.D., tous les acteurs de la prise en charge se sont donc réunis pour réfléchir ensemble. Il confie alors qu'*"à Angers, tout le monde était convaincu et motivé"*.

La médiatisation autour du procès de pédophilie d'Angers, qui a débuté en 2005, a ensuite accéléré l'ouverture de la structure. En effet, sans amoindrir l'importance du drame en question, force est de reconnaître que cela a néanmoins permis au projet d'être réellement entendu, pris au sérieux, et ainsi d'obtenir les financements nécessaires. En juin 2005, la P.A.P.E.D. a donc vu le jour.

S'il est vrai que la réflexion à l'initiative de la création de la P.A.P.E.D. était de longue date, les moyens matériels et financiers ont été débloqués relativement rapidement une fois que le projet eut été approuvé par les instances directrices du C.H.U. Conséquence de cela, les professionnels se sont au départ sentis quelque peu désemparés face aux différentes missions à remplir: *« Au début on a pataugé... on s'est formé sur le tas »* nous confie V., infirmière du Service. Il est vrai que le rôle des infirmiers, qui est capital dans la prise en charge, est à la P.A.P.E.D. très différent de celui qu'ils jouent dans d'autres services, car ici leur activité est uniquement relationnelle et non technique. En outre, les enquêteurs devenaient ici des

collègues de travail ce qui n'allait pas de soi au départ. Il a donc fallu un certain temps pour que les choses se mettent en place.

➤ **Les appréhensions**

Tous les professionnels rencontrés se sont arrêtés sur ce point, qui pourrait être résumé de la sorte en reprenant les mots de T., Substitut du Procureur: "*une peur liée à l'ignorance au départ causée par la vieille opposition médecine/justice*". Ces propos sont confirmés par le chef de service de la P.A.P.E.D. qui explique que le dispositif comporte deux volets: celui du soin et celui du judiciaire, ceux-ci n'ayant pas les mêmes logiques ce qui amène les professionnels à se positionner différemment et avoir des pratiques qui varient.

R., de la B.P.F. est revenu sur les appréhensions présentes au départ concernant le fait que les auditions aient lieu au sein du C.H.U., les rapports entre les services hospitaliers et judiciaires n'étant pas toujours simples. V., infirmière de la P.A.P.E.D. avait aussi évoqué cela, ce qui prouve que les craintes étaient réciproques. G. de la B.P.D.J. nous explique quant à lui que les débuts ont été compliqués car chaque professionnel était méfiant vis-à-vis des autres intervenants. Il a fallu un temps avant que chacun identifie clairement quelle était sa place au sein du dispositif et dans la relation à l'enfant et à sa famille et il semble finalement qu'après bientôt cinq années d'activités, ces diverses craintes ne se soient pas révélées justifiées.

En effet, C., assistante sociale à la P.A.P.E.D., depuis sa création le dit fort bien: "*il fallait du temps pour qu'on apprenne à se connaître, à comprendre la fonction exacte de chacun*". Au début, la collaboration avec les enquêteurs s'est avérée compliquée car pour elle, les priorités du travail social et de l'enquête n'étaient pas les mêmes. Pourtant aujourd'hui elle nous explique que "*c'est intéressant de travailler avec eux et de voir ce qu'ils font entre ce qu'ils sont eux-mêmes et les obligations de l'enquête*". Finalement, la P.A.P.E.D. "*a démystifié l'image du gendarme qui est toujours dans le cadre répressif*" et a amené "*de l'humanité*" car ce sont "*des gens comme nous avec des inquiétudes, des doutes, ils sont touchés*". Aujourd'hui, le médecin légiste rencontré nous assure que chacun a bien compris quel était le rôle de chaque professionnel et apprécie de pouvoir travailler en réelle collaboration.

c) La formation

Avant 2005, les auditions étaient menées « à l'instinct » pour reprendre les mots de M., de la B.P.D.J. Pour elle, avoir pu bénéficier de temps de formation sur la manière de prendre en charge l'enfant victime, l'audition, le recueil de sa parole, les stades de développement, etc. représente un des atouts majeurs de la création de la P.A.P.E.D. Cependant comme elle l'explique, chacun selon sa motivation et sa sensibilité va plus ou moins continuer en participant à des séminaires, des colloques, des journées d'études, ... R. de la B.P.F. évoque aussi le fait d'avoir participé à une formation sur le thème de "l'audition de l'enfant victime". Durant celle-ci des psychologues, médecins, etc. sont intervenus, ce qui selon lui, permet à l'enquêteur d'être plus attentif à la manière dont il pose les questions pour essayer d'être le moins suggestif possible.

Il arrive parfois, rarement fort heureusement, que ce soit les enquêteurs de la Brigade de Recherche qui soient amenés à auditionner les enfants victimes à la P.A.P.E.D., lorsque suite à l'audition réalisée par la B.P.D.J. durant l'enquête préliminaire, le juge d'instruction ordonne par commission rogatoire de la poursuivre afin de savoir s'il y a eu d'autres victimes par exemple. Dans ce cas, les agents de la B.P.D.J. sont tout de même présents. M. explique alors que, n'étant pas formés, les enquêteurs interrogent les victimes comme ils le feraient avec les présumés auteurs d'infractions ce qui donne lieu bien souvent à des « interrogatoires » assez choquants et traumatisants pour les enfants, preuve si besoin est du caractère bénéfique de ces formations.

M. nous fait aussi remarquer que dans de nombreuses situations de signalement, ce ne sont pas les mots de l'enfant qui sont repris, mais l'adulte, non formé ou mal informé, qui intervient a tendance à interpréter ses propos. Il est important dans ce cas lors de l'audition de bien faire préciser le sens des mots par l'enfant. Un exemple de cela nous a été donné à voir lors d'une audition : une jeune fille de 13 ans, déficiente intellectuelle, s'était confiée à une surveillante du collège, laquelle lui avait demandé si elle avait été victime d'un viol, ce à quoi l'adolescente aurait acquiescé ; suite au signalement du collège, elle est alors auditionnée ; lorsque le gendarme lui demande ce que pour elle violer signifie, elle explique « *c'est quand on enlève un enfant de chez ses parents* » ; effectivement suite à des faits anciens, la jeune fille est placée en famille d'accueil depuis quelques mois...

Des enfants ou adolescents, plutôt les filles semble-t-il, refusent aussi parfois, malgré les conditions particulièrement adaptées dans lesquelles ils sont reçus, d'expliquer ce qu'elles

ont vécu. Dans ce genre de situation, M. explique que les formations lui ont permis de comprendre qu'il ne fallait pas insister lourdement, mais plutôt prendre le temps de rassurer l'enfant et lui proposer de fixer une autre date pour une nouvelle audition lorsqu'il se sentira prêt à parler.

Les infirmiers et les assistantes sociales insistent eux aussi sur l'importance d'être formés, bien que leurs cursus au départ leur fournissent bon nombre d'éléments de compréhension théorico-pratiques sur l'enfant, son développement et sa protection.

d) Une prise en charge pluridisciplinaire

➤ Un travail d'équipe

D'autres structures ayant les mêmes objectifs que la P.A.P.E.D. existent en France, mais à la différence d'Angers, celles-ci reposent généralement seulement sur une ou deux personnes. Le Dr H., chef de service de la P.A.P.E.D., explique que c'était une des conditions pour lui lors de la création de la structure, que de pouvoir "*travailler en pluri-professionnalité*". Il semble en effet que le C.H.U. d'Angers soit un des seuls dispositifs en France "*à regrouper autant de corps de métiers qui travaillent ensemble en harmonie, avec un projet commun*" nous dit-il.

La plupart des professionnels mettent en avant cette différence qui constitue selon eux un des atouts majeurs de la structure tant du point de vue de la prise en charge proposée que de celui du soutien d'équipe dont ils peuvent ainsi bénéficier. C., précise que le fait de travailler en équipe constitue un des principaux intérêts du métier d'assistante sociale à la P.A.P.E.D. car les situations sont généralement très lourdes et difficiles à gérer émotionnellement, ce sur quoi V., infirmière, s'est aussi arrêtée. L'équipe s'avère alors être un réel soutien et il semble que cela soit «*rassurant que ça ne repose pas que sur une seule personne*». Toutes les personnes rencontrées, peu importe leur cadre d'intervention, ont insisté sur l'importance pour elles de travailler en équipe et de ne pas rester seules face à des situations parfois déroutantes. Le fait de pouvoir référer de ces situations à une équipe est

donc un moyen pour elles de se dégager du poids de certaines histoires et « *c'est rassurant* » nous confie aussi M. de la B.P.D.J.

Auparavant, les gendarmes expliquent qu'ils n'avaient aucun contact avec les Services sociaux, tandis qu'aujourd'hui, en cas de doute sur une situation, M. et G. n'hésitent pas à faire appel à un des professionnels intervenant à la P.A.P.E.D., infirmier, assistante sociale ou pédopsychiatre. Ils soulignent aussi l'importance de la collaboration avec les infirmières scolaires, représentant souvent des interlocutrices privilégiées pour les jeunes, qui se sont révélées être d'une aide précieuse à de multiples reprises.

Le chef de service des Urgences Pédiatriques et de la P.A.P.E.D. précise aussi qu'il faut toujours « *rester vigilant et faire vivre le lien avec les enquêteurs pour que le soin soit toujours présent autour de la judiciarisation* » sans oublier « *le travail de lien avec les associations d'aide aux victimes* » extrêmement importantes en tant que relais pour la prise en charge.

➤ **Les réunions d'équipe**

L'ensemble des professionnels rencontrés, qu'il s'agisse du personnel soignant ou judiciaire insiste sur l'importance des réunions bi-annuelles réunissant tous les intervenants. Elles permettent de confronter les idées, de questionner les pratiques professionnelles des uns et des autres car " *les incompréhensions s'installent vite si on ne se parle pas*" comme le Dr H. le souligne. C'est aussi pour V. et C. (infirmière et assistante sociale) un des intérêts des réunions d'équipe pluridisciplinaire de permettre un réel échange, d'avoir ainsi d'autres points de vue et de prendre du recul lorsqu'elles se sentent trop impliquées dans une situation.

Ces temps permettent aussi de mieux connaître chacun, remarque le Substitut du Procureur. N., médecin légiste, explique que cela a permis que les membres de l'équipe du C.H.U et leurs pratiques soient mieux identifiés par la Justice ce qui les amènent depuis 2005 à orienter vers l'hôpital de plus en plus d'enfants. Ces moments sont aussi l'occasion pour l'équipe du C.H.U. de sensibiliser les nouveaux membres des équipes judiciaires à l'importance d'un travail en collaboration afin de poursuivre leur objectif commun: la prise en charge de l'Enfance en Danger.

Comme dans la plupart des équipes, des affinités existent entre professionnels, ceux-ci n'ayant pas tous la même manière de travailler, mais ils sont, en général, régulièrement en contact et leurs relations de travail semblent se dérouler dans un climat agréable.

e) Qualité des interventions

« Depuis plusieurs années, le fonctionnement de certaines de ces unités semble prouver la validité du concept qui a présidé à leur création, en soulignant que le travail effectué n'a pu se faire qu'en étroite collaboration avec ses partenaires extérieurs. La triple expertise médicopsychosociale proposée est un outil d'intervention au service de l'enfant qui s'inscrit comme un des maillons de la chaîne de la prise en charge. Il ne s'agit pas de l'utiliser de façon dogmatique ou idéaliste, mais de l'inscrire dans l'histoire de vie de l'enfant comme un temps, un lieu où l'enfant aura été pris en charge dans sa globalité. » (Charritat, 2006).

➤ Une prise en charge adaptée

T., Substitut du Procureur du Tribunal d'Angers estime qu'il n'a *« pas la prétention de dire que le système actuel est parfait mais il lui convient largement plus que ce qui était fait dans le passé (...) la prise en charge de l'enfant et sa famille est beaucoup plus satisfaisante qu'avant »*. Il explique que la structure, et plus particulièrement la salle d'audition, sont d'une *« utilité inouïe »*. En effet, l'enregistrement constitue une réelle *« plus value »* durant les procès d'Assises lors desquels les jurés peuvent visionner l'audition de la victime qui a pu avoir lieu cinq ans auparavant *« ce qui change leur perception des faits »*. De plus, selon lui, le fait que les personnes qui travaillent à la P.A.P.E.D. soient toutes volontaires, qu'il s'agisse des enquêteurs ou des acteurs du soin, est un gage de qualité.

Le Dr H. explique que le C.H.U. d'Angers, contrairement à d'autres structures où le *« tout psy »* a été choisi, a préféré l'option d'une orientation vers le Service de Psychiatrie seulement si l'équipe le juge nécessaire. Il pense en effet que la prise en charge psychologique des enfants n'a pas besoin d'être systématisée et qu'il est parfois préférable d'éviter qu'il y ait un intervenant de plus dans un processus déjà lourd pour lui. En effet, les professionnels sont

attentifs à ne pas « *en rajouter* » comme explique, C., assistante sociale. Celle-ci rencontre quasi-systématiquement la famille, mais ne s'entretient avec l'enfant que si cela semble vraiment nécessaire car il a déjà eu affaire au moins à l'infirmière, aux enquêteurs, au médecin légiste et que la matinée est dense pour lui en général. Le chef de Service aussi insiste sur le fait qu'il faille être vigilant par rapport à cela et précise qu'il a lui-même plutôt un rôle d'organisateur. Il intervient en tant que pédiatre surtout lorsqu'il s'agit de prise en charge non judiciaire, c'est-à-dire pour une question sur une éventuelle maltraitance d'un enfant reçu dans un des Services du C.H.U.

Pour les médecins légistes, il semble que l'accueil de l'enfant par l'infirmière et les explications préalables à l'examen médical aient grandement contribué à ce que celui-ci se déroule mieux et soit mieux accepté (seulement 17 refus en 2009). En général, d'après N., ils ne sont pas mal vécus par les enfants car « *si on prend les dispositions nécessaires, ça n'est pas traumatisant psychologiquement, ni douloureux* ». C., assistante sociale, a elle aussi l'impression que la P.A.P.E.D. répond aux besoins des familles et des enfants à ce moment-là : « *les gens semblent satisfaits du lieu, les enfants ne semblent pas traumatisés lorsqu'ils partent, les familles disent souvent merci, même si c'est très difficile, on sent que le soutien et la présence ont été importants* ».

Pourtant les auditions selon la procédure Mélanie, sont encore de rigueur dans la plupart des départements français, nous explique le Substitut du Procureur. La création de la P.A.P.E.D. a clairement contribué à améliorer les choses sur ce point pour ce qui est du Maine-et-Loire, les locaux étant conçus pour favoriser le bien-être de l'enfant et de sa famille, dans des moments souvent très douloureux de leur vie. Cela permet aux professionnels de travailler dans des conditions optimales et d'ainsi pouvoir les prendre en charge, avec toute la considération et le respect nécessaires. T. insiste encore sur la réelle avancée que constitue la P.A.P.E.D. qui a su créer « *un espace de convivialité où le dialogue se fait à bâton rompu avec la victime, car il n'y a rien de pire que la relation de bureau et la frappe question par question qui coupe la relation* ». Le matériel et la salle consacrés aux auditions sont de qualité, comme le soulignent les enquêteurs de la B.P.D.J. qui insistent sur l'intérêt de la réalisation des enregistrements et ce malgré l'importante charge de travail que cela leur demande de retranscrire intégralement chaque audition.

Actuellement, le dispositif de la P.A.P.E.D. est tel que les parents sont pris en charge par l'infirmier et l'assistante sociale durant l'audition de l'enfant ce qui permet aussi de reprendre les choses avec eux et d'éviter les réactions agressives lorsque ses propos sont repris oralement lors du bilan clôturant la rencontre. Pour l'assistante sociale rencontrée, la P.A.P.E.D. permet de développer un regard expert sur l'Enfance en Danger. Elle revient sur la prise en charge non judiciaire qui permet d'intervenir en amont. Elle souligne que le dispositif « *apporte quelque chose aux familles* » et « *qu'il faut faire en sorte que cela puisse perdurer* ».

➤ **Une confusion entre soin et judiciaire ?**

Dans son article, N. Jousset (2007) s'élève contre l'idée répandue par certains concernant le fait que les structures comme la P.A.P.E.D. créent des confusions pour les enfants et leurs familles entre ce qui relève du domaine du soin et de l'enquête. Les officiers judiciaires rencontrés vont dans son sens en expliquant qu'ils prennent le temps lors de la première rencontre avec l'enfant et sa famille de bien préciser la manière dont les choses vont s'organiser et quel sera le rôle de chacun. Les différents membres de l'équipe étant cohérents et conscients de l'importance de clarifier les choses, ils ne ressentent pas sur le terrain une quelconque déstabilisation des familles.

Charritat et ses collaborateurs (2006) expliquent à propos de l'U.A.J.V. de l'hôpital Armand Trousseau que « *dans la prise en charge, aucune "preuve" n'est recherchée. Nous ne cherchons pas à savoir qui est coupable ou quels sont les actes commis (même si c'est bien souvent la demande initiale des parents ou de l'entourage) : ces investigations sont du ressort de la justice (quand elle est saisie) et non celui d'un lieu de soin.* ». Les propos de V., infirmière, montrent bien que les rôles de chacun sont clairement définis « *nous, on ne veut pas rentrer dans l'enquête ... on est là pour l'enfant... on ne veut savoir que le strict minimum... on n'a pas besoin de savoir les détails, contrairement aux médecins légistes* ». Une assistante sociale nous confie d'ailleurs que la blouse blanche aide généralement les enfants à identifier les soignants.

Le Substitut du Procureur assure que les professionnels ont tous bien compris quel est le rôle de chacun dans la prise en charge, conscients qu'ils poursuivent un objectif commun : « *la protection de l'enfance* ». R., enquêteur, évoque en effet une bonne collaboration entre le

personnel de la P.A.P.E.D. et les services judiciaires. G. de la B.P.D.J. revient aussi sur la notion de « secret partagé » qui, une fois qu'elle a été expliquée par le chef de service puis comprise et acceptée par chacun, a permis de poser un cadre clair concernant les possibilités d'échange entre professionnels.

Cette expression de « secret partagé » concerne le fait que depuis la loi du 4 mars 2002, puis celle du 5 mars 2007, entre professionnels travaillant dans un objectif commun (ici la protection de l'enfance) certaines informations peuvent être échangées lorsque l'intérêt de la personne le nécessite. Etant entendu que le partage est limité à ce qui est strictement nécessaire pour atteindre ce but et que l'intéressé a été averti, voire a donné son accord. L'assistante sociale rencontrée confirme ces propos et insiste sur l'importance de respecter le cadre dans lequel on intervient.

Les éventuelles critiques concernant la confusion des rôles pour les enfants et leurs familles ne semblent donc pas réellement justifiées pour les professionnels. Bien au contraire, pour le médecin légiste rencontré, l'atout principal du dispositif est d'avoir permis à chaque professionnel de rester dans son rôle. Selon elle, la P.A.P.E.D. différencie ce qui relève du soin et du médico-légal, c'est-à-dire le constat des lésions, ce qui constitue un réel soulagement : *« Auparavant il arrivait en effet que le même médecin ait à intervenir sur les deux versants de la prise en charge, ce qui n'était l'idéal ni pour le professionnel mis ainsi dans une position délicate, ni pour l'enfant victime pour lequel les différents rôles des intervenants dans le parcours de soin n'étaient pas clairs. »*.

f) La prise en charge de la maltraitance sexuelle, une priorité ?

Dès le 13 juillet 2000, la Circulaire n° 2000-399 relative à l'extension aux mineurs victimes de toutes formes de maltraitance des dispositions de la circulaire n° 97-380 du 27 mai 1997 relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles met en avant le fait que les structures telles la P.A.P.E.D. devraient aussi prendre en charge les enfants victimes de maltraitance en général, ce qu'évoque aussi N. Jousset dans son article (2007). Au commencement, il était effectivement entendu que la P.A.P.E.D. était indiquée pour les violences de tout type, c'est-à-dire pas uniquement sexuelles. Cependant le temps passant, les chiffres mettent en avant une réalité

toute autre : en 2009, 24 prises en charge pour maltraitance physique, 305 pour maltraitance sexuelle et 9 cas dans lesquels les deux formes de maltraitance sont en cause. Ces chiffres laissent penser que les affaires de maltraitance physique mais non sexuelle n'arrivent que très rarement jusqu'au C.H.U. Les raisons invoquées par les professionnels concernant cette réalité sont sensiblement différentes.

La Brigade de Protection Familiale met en avant des arguments similaires à ceux qu'évoquent M. (B.D.P.J.) qui explique principalement cela par le fait que dans ces situations, il n'y a pas d'obligation de filmer l'audition. Celle-ci se déroule alors dans les locaux de la Brigade, ce qui évite aux familles vivant à l'autre bout du département de se déplacer jusqu'à Angers. Les auditions concernant ce type de violences sont souvent très longues et M. précise que leurs effectifs ne sont pas assez conséquents pour pouvoir se permettre de les réaliser à la P.A.P.E.D. De plus, il semble que lorsqu'il ne s'agit pas d'abus sexuels, les gendarmes-enquêteurs ne fassent pas forcément appel à la B.P.D.J., qui n'a donc connaissance que d'assez peu de situations de ce type. Pour ce qui est de la nature des interventions, R. nous explique que la majeure partie des situations conduisant à l'audition d'un enfant à la P.A.P.E.D. concerne des affaires intrafamiliales, ce qui simplifie l'enquête et que la B.P.F. traite beaucoup plus de problèmes d'attouchements, etc. que de viols à proprement parler.

En outre, cette maltraitance physique n'est pas répertoriée dans les statistiques présentées car les « bébés secoués », par exemple, ne sont pas considérés comme tels car ils sont pris en charge aux Urgences Pédiatriques. Les enfants pour lesquels on soupçonne de la maltraitance physique sont tout de même vus par un médecin au C.H.U., comme H., pédiatre le remarque, mais lors de leur passage aux Urgences ou d'une hospitalisation, hors du cadre de la P.A.P.E.D. Il estime d'ailleurs qu'ils sont relativement bien pris en charge au niveau pédiatrique et social et que c'est concernant la maltraitance sexuelle qu'un manque était ressenti avant 2005 par les professionnels soignants et enquêteurs.

La prise en charge de la maltraitance physique est donc bel et bien prise présente au C.H.U. d'Angers mais plutôt dans ce qui relève de la P.A.P.E.D. non judiciaire. Pédiatre et assistante sociale interviennent alors en binôme afin que les médecins neurologues, ou réanimateurs, souvent mal à l'aise avec cette question de la maltraitance d'après H., puissent se concentrer sur leur objectif de soin tandis que les professionnels de la P.A.P.E.D. évaluent la situation.

Les divers professionnels interrogés s'accordent effectivement pour reconnaître que la mise en place d'une salle d'audition permettant de filmer les auditions les a amenés à réserver ce dispositif « *au recueil de la parole de l'enfant victime d'abus sexuel* ». Pour des questions de moyen et de temps, près d'une audition par jour, il ne semble aujourd'hui pas possible d'accueillir et de prendre en charge tous les types de maltraitance, ce que souligne le Substitut du Procureur « *il y a une réalité pratique qui fait qu'on ne peut pas prendre en charge tous les mineurs concernés par la maltraitance à la P.A.P.E.D.* »

g) Difficultés majeures rencontrées par les professionnels

" *Par définition, il s'agit d'une activité dite « chronophage », demandant beaucoup d'énergie, avec des résultats qui ne sont pas toujours à la hauteur de l'énergie dépensée.... Il faut espérer que la logique de rentabilité financière ne l'emporte pas sur le service rendu à des enfants en danger.*" (Roussey, 2009).

➤ Les contraintes « humaines »

L'activité de la P.A.P.E.D. est, comme nous l'ont fait comprendre certains des professionnels, « *très chronophage* » (H., chef de Service). La charge de travail, plus de trois cents auditions par an, et l'investissement que cela leur demande sont en effet conséquents ce qui fait dire autant au chef de Service qu'aux infirmiers et assistantes sociales qu'être à plein temps à la P.A.P.E.D. serait « *trop lourd, usant* ».

Les professionnels ont beau intervenir dans le dispositif sur la base du volontariat, ce qui est pour le Substitut du Procureur un « *gage de qualité pour la prise en charge car ils sont très motivés* » cela fait aussi d'eux des cibles privilégiées pour l'épuisement professionnel car ils se sentent personnellement très investis dans leur rôle. V., infirmière, le reconnaît lorsqu'elle nous dit que « *psychologiquement c'est très dur* ». Cela incite le chef de Service à être particulièrement « *vigilant par rapport au burnout et à l'impact de tout ça sur l'équipe* ». C'est une des raisons qui explique la présence des psychologues aux réunions hebdomadaires. Ils y sont présents une fois par mois afin d'apporter leur éclairage sur les situations évoquées

mais aussi lorsque c'est nécessaire de permettre aux membres de l'équipe d'évoquer leurs propres difficultés, inquiétudes, émotions,...

N, médecin légiste, avoue qu'au départ elle a été un peu « surprise » par l'investissement des infirmières qui selon elle ne gardaient pas assez de recul concernant les prises en charge. Elle reconnaît toutefois aujourd'hui que le statut des médecins légistes qui n'interviennent que très ponctuellement leur facilite le fait de garder ce recul nécessaire.

➤ **Les contraintes matérielles**

Bien que les locaux mis à disposition constituent une réelle avancée compte tenu des conditions dans lesquelles s'effectuaient les auditions auparavant, des progrès restent à faire. V., nous fait remarquer et les autres professionnels le confirment, que si la salle d'audition est bien réservée à cet effet, les infirmiers, médecins et assistantes sociales intervenants n'ont quant à eux pas de lieu spécifique pour réaliser leurs examens et entretiens. Cette réalité a tendance à nuire à la confidentialité et aux conditions d'exercice des professionnels, les obligeant à improviser et à emmener parfois les parents d'un bureau à un autre. Il est prévu qu'un bureau soit libéré à cet effet dans les mois à venir.

R. officie au sein de la Brigade de Cholet, aussi le seul inconvénient qu'il évoque concerne les trajets que nécessite la prise en charge d'un enfant à la P.A.P.E.D., autant pour les enquêteurs que pour les familles. Néanmoins, il est conscient du fait que la création de structures de ce type dans chaque C.H.U. même si elle serait souhaitable n'est pas réaliste, le dispositif en place constitue donc un outil particulièrement utile malgré tout. C'est aussi ce qui est souligné par les enquêteurs de la B.P.D.J.. Pour eux, le déplacement n'est pas un problème, mais ils soulignent qu'il est parfois compliqué pour les familles, n'ayant relativement fréquemment pas de moyen de locomotion, de venir au C.H.U.

➤ **Entre prise en charge ponctuelle et suivi**

Une des questions principales concernant la prise en charge à la P.A.P.E.D. se rapportait à son aspect ponctuel. En effet, les médecins légistes interviennent sur un temps très court et circonscrit. Ils n'ont donc pas connaissance des suites de leur intervention. Le chef de Service insiste, et C. en tant qu'assistante sociale va dans le même sens, sur l'importance de leur présence à un moment donné, particulièrement éprouvant pour l'enfant et sa famille mais sur l'impossibilité liée à la charge de travail trop importante d'un suivi plus poussé. Ils se demandent tout de même si parfois «*on ne les lâche pas un peu trop vite* » (C.). Malgré tout, cela ne leur semblerait pas non plus réellement pertinent de se surajouter à la prise en charge réalisée grâce aux relais, ceux-ci étant généralement pris dès leur passage à la P.A.P.E.D.

Si nécessaire, l'enfant sera hospitalisé en Pédiatrie, soit pour le protéger d'un environnement potentiellement maltraitant, soit car sa santé l'exige. Sinon, l'infirmière référente sera amenée suite à son retour chez lui à prendre des nouvelles de sa santé, sa manière de se comporter au quotidien etc. plus ou moins régulièrement selon la situation et la coopération de la famille, qui souhaite parfois ne plus avoir aucun contact avec la structure, cela lui évoquant des moments trop difficiles. Dans certaines occasions, comme la rentrée scolaire par exemple, V. peut parfois prendre contact par téléphone avec la famille pour voir ce que cet événement a provoqué comme réaction chez l'enfant. Le Dr H. reconnaît que cela reste subjectif et «*qu'il peut y avoir des enfants qui vont mal sans qu'on le sache mais en général les parents le disent* ». En effet, certaines familles n'hésitent pas à recontacter elles-mêmes le Service lorsqu'elles ont des questions ce qui arrive de temps en temps d'après C., assistante sociale. La prise en charge est donc ponctuelle sur les lieux mêmes de la P.A.P.E.D., cependant cela n'empêche pas qu'un suivi téléphonique des familles soit mis en place.

N., médecin légiste, nous explique que cette forme de suivi est en fait insuffisante pour eux. En effet, connaître les suites judiciaires des affaires leur permettrait de pouvoir progresser en ce qui concerne les conclusions des examens d'agressions sexuelles car, comme expliqué précédemment et N. nous l'a confirmé, les examens ont le plus souvent lieu à distance des faits supposés. Les médecins légistes reconnaissent qu'il est cependant relativement fréquent que lorsque l'examen clinique est normal (pas de trace observable) les

juges statuent malgré tout en faveur des victimes car ils accordent une importance considérable à la parole de l'enfant.

Pour eux, il semble donc qu'il serait réellement intéressant de savoir en fonction de quoi les faits retenus contre le prévenu sont jugés passibles d'une sentence et quel est le poids du certificat qu'ils réalisent. Un suivi concernant le devenir judiciaire des affaires serait donc bénéfique à l'exercice de la médecine légale au sein de la P.A.P.E.D., bien que l'importance de la charge de travail de chaque intervenant rende ce projet difficile à réaliser dans l'immédiat.

h) Améliorations envisagées

Malgré les bilans positifs dressés par les professionnels rencontrés, il semble que de nombreux points de la prise en charge puissent encore être améliorés aujourd'hui.

Infirmière et assistante sociale déclarent regretter de ne pas avoir plus de temps pour partager leurs expériences et il leur semblerait réellement formateur de pouvoir échanger plus souvent afin d'améliorer le travail en équipe et le fonctionnement du dispositif. Elles s'accordent aussi pour dire qu'elles ont envie de faire plus et de continuer à améliorer la prise en charge. Une preuve de cette volonté est la mise en place récente d'entretiens en binôme permettant de croiser leurs regards sur les situations ce qui est bénéfique à la prise en charge du patient, lui évitant ainsi de répéter à plusieurs reprises les mêmes informations. Cependant, elles admettent qu'il faudra du temps pour que ces entretiens soient réellement performants car « *c'est tout neuf et il faut qu'elles apprennent à faire ensemble* ».

Le travail réalisé en 2009 par A. Paillard Lebreuilly concernant *La place du pédopsychiatre dans l'accueil et la prise en charge des enfants et adolescents victimes de maltraitances sexuelles* met en évidence un manque concernant la prise en charge pédopsychiatrique proposée aux enfants victimes « *des inconvénients : les mineurs sont évalués par des personnes certes expérimentées, mais qui ne sont pas pédopsychiatres. Cette évaluation reste subjective, et sa fiabilité n'a pas été évaluée* ».

Le chef de Service avoue en effet qu'il est conscient du fait que certains des enfants présentant des troubles psychologiques liés à l'agression sexuelle vécue peuvent être « *oubliés* ». Il admet donc quant à lui que la présence d'un psychologue lors du passage des enfants à la P.A.P.E.D. permettrait de réaliser une évaluation plus poussée et pertinente de son état psychologique et de l'orientation qu'il convient de mettre en place. Cela permettrait de « *mieux dépister les enfants qui ont besoin d'un suivi* » mais il semble cependant que pour des raisons budgétaires cela soit impossible pour le moment. En outre, le Docteur H. dit vouloir rester prudent par rapport à la tendance actuelle « *à tout psychologiser* ».

Le Substitut du Procureur s'arrête lui aussi sur l'amélioration de la prise en charge psychologique des victimes mais en ce qui concerne l'expertise. En effet, en règle générale, la famille de l'enfant reçoit une lettre de convocation à cette expertise dans les quatre mois qui suivent son passage à la P.A.P.E.D. ce qui « *lui rappelle encore combien ce qu'elle a vécu est difficile* ». Pour T., l'idéal serait donc de profiter de la venue de l'enfant dans les locaux du C.H.U. pour réaliser cette expertise suite à son audition. Il remarque toutefois que dans ce cas les pédopsychiatres ou psychologues intervenants ne doivent pas être les mêmes que ceux officiant dans le volet du soin et que la P.A.P.E.D. doit avant tout « *privilégier le soin car la victime ne doit pas avoir l'impression que sa parole n'est prise en compte que dans le judiciaire* ». En outre, ayant pu assister à de nombreuses prises en charge durant notre stage, nous avons pu remarquer à quel point les auditions peuvent être éprouvantes pour certains enfants et y adjoindre une expertise (d'une durée d'au moins deux heures) ne nous semblerait pas vraiment aller dans le sens d'un souci réel du bien-être de l'enfant.

N. met aussi l'accent sur le rôle préventif de la P.A.P.E.D. en matière de maltraitance physique qui n'est pas assez développé selon elle, même si elle reconnaît que leur intervention en tant que médecin légiste resterait dans ce cas assez occasionnelle. Afin d'éviter lorsque cela ne semble pas absolument nécessaire une judiciarisation, les autres professionnels interviennent déjà en cas de doutes concernant certains enfants hospitalisés dans le cadre de la P.A.P.E.D. non judiciaire mais elle estime que cela pourrait être fait de manière plus systématique, en imaginant qu'il y ait assez d'intervenants pour cela. Le chef de Service admet que cela pourrait être un des aspects à développer mais que la P.M.I. du département dont c'est aussi la fonction prend bien en charge la maltraitance en règle générale.

Comme déjà évoqué, les médecins légistes déplorent « *un écueil concernant l'exploitation de la manne de données* ». N. nous explique qu'ils ne souhaitent pas « *savoir comment va chaque enfant* » mais comprendre quel est le résultat de leurs examens cliniques. Etant donné la difficulté pour eux d'interpréter ces examens et de donner des réponses formelles, cela pourrait leur permettre d'« *améliorer leurs pratiques et leurs conclusions par rapport à des faits qui auraient été avérés, établis* » tandis que pour le moment « *dans beaucoup de rapports, il est impossible de se prononcer* » ce qui est « *relativement frustrant* ». Elle souligne aussi qu'il serait intéressant d'exploiter ces données statistiques afin de voir si des profils d'enfants émergent.

4. CONCLUSION

Tout l'intérêt d'une structure telle que la P.A.P.E.D., malgré les quelques difficultés évoquées, est mis en évidence par la situation présentée ainsi que les propos des différents intervenants. Une preuve de plus, si besoin est, de l'efficacité du dispositif est la démarche et la réflexion actuellement à l'œuvre au sein du C.H.U. concernant la prise en charge défaillante des femmes victimes de violences conjugales. En effet, suite à des échanges avec le chef de Service de Psychiatrie ainsi que les médecins légistes, il apparaît clairement un manque de cohésion dans ce domaine, ce qui donne lieu à des prises en charge éclatées et une insuffisance de suivi. Cela peut conduire à des situations dramatiques comme celle évoquée par N., médecin légiste, d'une femme reçue à deux reprises dans le Service de Médecine légale pour des constatations de coups et blessures qui est finalement décédée suite à la violence des coups infligés par son mari.

C'est ce qui motive la réflexion commune qui émane actuellement des Services judiciaires, psychiatriques et médico-légaux, similaire à celle menée avant la création de la P.A.P.E.D. En effet, les mêmes manques sont évoqués, tout comme les difficultés auxquelles ces femmes doivent faire face tout au long de leurs démarches allant du dépôt de plainte, au départ du domicile parfois, en passant par l'examen médical et les rencontres avec les travailleurs sociaux officiant au sein des associations. L'expression « parcours du combattant » semble ici adéquate et on imagine bien les conséquences psychologiques que cela peut entraîner chez ces femmes déjà en grande détresse.

Ainsi, les professionnels envisagent, afin d'éviter encore une fois d'ajouter du traumatisme là où la souffrance est déjà particulièrement présente, la création d'une structure multidisciplinaire regroupant en un lieu unique les différents intervenants de la prise en charge. La P.A.P.E.D., pour ce qui est de l'Enfance en Danger, étant plébiscitée tant au niveau judiciaire que médico-légal et social, les professionnels envisagent donc de s'en inspirer pour améliorer la prise en charge des violences faites aux femmes. Le contexte politique, associatif et médiatique semblant favorable à l'investissement humain et financier pour cette cause, il est donc fort possible que le C.H.U d'Angers voit rapidement ce projet se concrétiser.

Les professionnels rencontrés sont unanimes sur la pertinence de la structure et l'amélioration des conditions de travail qu'elle a permis. **Notre hypothèse de départ est donc confirmée.**

Pourtant à l'heure actuelle, la P.A.P.E.D. constitue encore un lieu unique en France de par la diversité des professionnels qui y interviennent. Qu'il s'agisse des U.M.J. ou des unités spécifiques à la prise en charge des enfants maltraités ou agressés sexuellement, tels l'U.A.E.D. à Saint-Nazaire, ou encore la C.A.S.E.D. à Rennes, il semble que les choses soient difficiles à organiser de la sorte. Pour donner une illustration de ces dysfonctionnements, il paraîtrait que dans certains endroits, ce soit l'assistante sociale ou les stagiaires psychologues qui assistent les médecins légistes lors des examens gynécologiques... La réalisation d'une étude comparative concernant ces différentes structures en France nous semblerait un bon moyen d'évaluer l'efficacité des prises en charge proposées et de pouvoir améliorer celles-ci.

Le parti pris de notre recherche a été ici de nous intéresser uniquement au point de vue des professionnels et ainsi de mener une réflexion sur les pratiques. A l'éclairage de ce travail, nous sommes aujourd'hui amenés à envisager les problématiques particulières à l'œuvre dans ce type de dispositif de manière plus claire et précise. Cela nous conduit à penser qu'il serait tout à fait intéressant, afin d'évaluer de manière complète l'efficacité du dispositif présent au C.H.U. d'Angers, de recueillir l'avis des familles et enfants reçus à la P.A.P.E.D. Il serait alors possible de réfléchir globalement à la manière dont l'Enfance en Danger peut être prise en charge et d'ainsi essayer d'améliorer celle-ci à l'échelle nationale.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES ET PERIODIQUES:

Adams, J., Kaplan, R., Starling S., Mehta, N., Finkel, M., Botash ,A., Kellogg, N., & Shapiro, R. (2007). Guidelines for Medical Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *Journal Of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20 (3), 163-172.

Angibaud, B., Procureur de la République. (20 et 21 septembre 2007). *Le recueil de la parole de l'enfant victime*, Intervention au séminaire du Conseil Economique et Social.

Bajos, N., & Bozon, M. (2008). *Enquête sur le Contexte de la Sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Paris : La Découverte.

Bajos, N., Bozon, M., & l'équipe Contexte de la Sexualité en France. (2008). Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère, *Population et sociétés*, 445, 1-4.

Bouchard, E-M., Tourigny, M., Joly, J., Hébert, M., & Cyr, M. (2008). Psychological and health sequelae of childhood sexual, physical and psychological abuse. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 56, 333-344.

Charritat, J-L., Legrain, D., Mingot, V., Romano, H., Sivek, C., Van Schaik, M., & Vasquez, P. (2006). Enfants maltraités et victimes de violences : fonctionnement de l'Unité d'accueil des jeunes victimes de l'hôpital d'enfants Armand-Trousseau. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 19 (3), 93-96.

Daligand, L. (2003). La prise en charge des enfants victimes d'agressions sexuelles. *Tonic*, 103, 23-25.

De Becker, E., & Hayez, J-Y. (2003). L'Enfant en dessous de 3 ans maltraité sexuellement : comment les tout-petits « parlent » d'un abus et comment y faire face ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 51, 105-110.

Grisard, C. (2009). *Devenir un tuteur de résilience à la P.A.P.E.D. 2009*. Mémoire dans le cadre du D.F.S.S.U. Intervention en Protection de l'Enfance, Université Paris 8, France.

Hayez, J-Y. (2007). La fiabilité de la parole de l'enfant. *Enfances & Psy*, 36, 61-79.

Horassius, N., Mazet, P., & Allilaire, J-F. (2004). Conséquences des maltraitements sexuelles. Reconnaître, soigner, prévenir, Conférence de consensus, 6 et 7 novembre 2003, *Annales Médico-Psychologiques*, 162 (3), 225-236.

Jehel, L., & Lopez, G. (2006). *Psychotraumatologie - Évaluation, clinique, traitement*. Paris : Dunod.

Josse E. (2007). Le traumatisme psychique : Quelques repères notionnels, *JIDV*, 15 (5), 3.

Jousset, N., Champion, G., Gaudin, A., Guilleux, M., Penneau, M., & Rouge-Maillart, C. (2007). Intérêt d'une structure multidisciplinaire de prise en charge d'enfants victimes d'abus sexuels. *Revue de Médecine Légale*, 50 (8), 393-398.

Kellogg, N., & Committee on Child Abuse and Neglect. (2005). The Evaluation of Sexual Abuse in Children. *Pediatrics*, 116 (2), 506-512.

La Plante, G. (2006). Le fléau des abus physiques, sexuels et psychologiques. *La lettre du psy*, 10 (1).

Le Run, J.-L., Eglin, M. & Gane, H. (2007). La parole de l'enfant, *Enfances & Psy*, 3 (36), 6-9.

Matet, N., Penciolelli, N., Prevot, L., & Creoff, M. (2001). Direction Générale de la Santé. Le praticien face aux violences sexuelles from <http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/violence/>

Mauillon, D. (2009). *Prise en charge alcoolique en milieu pénitentiaire: quels besoins pour quelle offre de soins? Etat des lieux à la maison d'arrêt d'Angers*. Mémoire Capacité Addictologie clinique, Université de Médecine d'Angers, France.

Paillard Lebreuilly, A. (2009). *Place du pédopsychiatre dans l'accueil et la prise en charge des enfants et adolescents victimes de maltraitances sexuelles*. Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, Angers, France.

Policy statements of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1986). *Protecting Children Undergoing Abuse Investigations and Testimony*, from http://www.aacap.org/cs/root/policy_statements/protecting_children_undergoing_abuse_investigations_and_testimony

Policy statements of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1990). *Guidelines for the Clinical Evaluation for Child and Adolescent Sexual Abuse*, from http://www.aacap.org/cs/root/policy_statements/guidelines_for_the_clinical_evaluation_for_child_and_adolescent_sexual_abuse

Rey, C., Chariot, P., Alvin, P., & Werson, P. (1998). L'examen médical de l'enfant et de l'adolescent victime d'agression sexuelle. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 5, 1378-1382.

Roussey, M., Balençon, M., & Suissa, P. (2009). Le rôle et la place de l'hôpital dans la protection de l'enfance. *Archives de Pédiatrie*, 16, 217-219.

Saubaber, D. (2005). Enfants martyrs, Le procès d'Angers. *L'express*.

Tursz, A., & Gerbouin-Rérolle, P. (2008). *Enfants maltraités. Les chiffres et leur base juridique en France*. Paris : Tec & Doc (Editions).

RAPPORTS ET RECOMMANDATIONS:

Contrôleurs des Lieux de Privation de Liberté. (2008). *Rapport de visite : Maison d'arrêt d'Angers*.

Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. (2005). *La parole de l'enfant victime de mauvais traitements et /ou de violences sexuelles*.

Conseil Général 49. (2005). *L'action du Conseil Général pour l'enfance en danger. De la prévention à la protection, un département mobilisé*.

Conseil de l'Europe. (1999). *Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine*.

Direction des Affaires criminelles et des grâces. (2003). *Enfants victimes d'infractions pénales : guide de bonnes pratiques*.

Haute Autorité de Santé. (2009). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - Repérage et signalement des violences sexuelles intrafamiliales chez l'enfant- Note de cadrage*.

La Voix de l'Enfant. (2009). *Rapport d'activités 2008*.

Ministère de la Justice. (2004). *Charte pour la protection de l'enfance en danger en Maine-et-Loire*.

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.(2004). *Conférence de Consensus, Intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue*, Paris.

Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité. (2007). *La cellule départementale de recueil, de traitement et d'information*. Guide pratique - Protection de l'enfance.

O.D.A.S. (2005). *Protection de l'Enfance : Observer, évaluer pour mieux adapter nos réponses*. Rapport de l'Observatoire national De l'Action Sociale décentralisée.

O.D.A.S. (2001). *L'observation de l'enfance en danger : guide méthodologique*.

O.D.A.S. (2007). *Protection de l'enfance : Une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs*. La lettre de l'O.D.A.S.

O.N.E.D.(2005). *Premier rapport annuel au parlement et au gouvernement de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger*.

O.N.U. (1989). *Convention Internationale des Droits de l'Enfant*.

VIOUT J. O. (2005). *Rapport du groupe de travail chargé de tirer les enseignements du traitement judiciaire de l'affaire dite « d'Outreau »*. Ministère de le Justice.

TEXTES DE LOIS :

Circulaire du 27 mai 1997 relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles. Bulletin officiel du ministère chargé des affaires sociales n° 97/24.

Loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. J.O. 18 juin 1998.

Circulaire du 20 avril 1999 relative à l'enregistrement audiovisuel ou sonore de l'audition des mineurs victimes d'infractions sexuelles. Bulletin officiel du Ministère de la Justice n°99/74.

Circulaire du 14 février 2002 relative aux suites de la campagne de prévention des maltraitances et des violences sexuelles sur mineurs et à la prise en charge des mineurs victimes. Bulletin officiel du ministère chargé des affaires sociales n° 2002/13.

Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. J.O. 6 mars 2007.

Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale - Soins en milieu pénitentiaire et protection des détenus. J.O. 19 janvier 1994.

SITES INTERNET:

www.allo119.gouv.fr

www.cg49.fr

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-------|
| RESUME..... | |
| GLOSSAIRE..... | |
| SOMMAIRE | |
| INTRODUCTION..... | 1 |
| LES ACTIVITES DU SERVICE DE MEDECINE LEGALE DU C.H.U. D'ANGERS | 3 |
| ➤ Les consultations de médecine légale | 3 |
| ➤ Les examens de garde-à-vue | 5 |
| ➤ L'expertise | 6 |
| ➤ La thanatologie | 7 |
| ➤ Les consultations à la maison d'arrêt..... | 8 |
| ➤ L'A.D.A.V.E.M | 9 |
| ➤ Les examens d'enfants | 9 |
| 1. RAPPELS CONCERNANT L'ENFANCE EN DANGER | 10 |
| 1.1. DE LA MALTRAITANCE A L'ENFANCE EN DANGER..... | 10 |
| 1.2. UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE..... | 12 |
| 2. LA PERMANENCE D'ACCUEIL PEDIATRIQUE POUR L'ENFANCE EN DANGER (P.A.P.E.D.) | 14 |
| 2.1. CREATION DU DISPOSITIF | 14 |
| 2.2. OBJECTIFS | 15 |
| 2.3. LE PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE..... | 18 |
| a) Accueil | 18 |
| b) Audition..... | 19 |
| c) Entretien avec la famille..... | 22 |
| d) Rappel téléphonique et suivi | 24 |
| e) Synthèses pluridisciplinaires | 25 |
| 2.4. LA MEDECINE LEGALE A LA P.A.P.E.D. | 27 |
| a) Cadre d'intervention | 27 |
| b) Examen médical | 28 |

| | | |
|------|---|----|
| 3. | ETUDE PERSONNELLE..... | 30 |
| 3.1. | METHODOLOGIE..... | 30 |
| a) | Population..... | 30 |
| b) | Données statistiques année 2009..... | 31 |
| c) | Entretiens..... | 31 |
| d) | Suivi d'une situation..... | 32 |
| 3.2. | RESULTATS | 33 |
| a) | Bilan statistique année 2009..... | 33 |
| b) | Entretiens..... | 36 |
| c) | Suivi d'une situation | 38 |
| ➤ | Rappel des faits | 38 |
| ➤ | L'audition..... | 39 |
| ➤ | Les suites de la prise en charge | 41 |
| 3.3. | ANALYSE ET DISCUSSION | 42 |
| a) | La situation avant 2005 | 42 |
| ➤ | Les auditions | 42 |
| ➤ | Le C.H.U.: | 43 |
| b) | La création de la P.A.P.E.D. | 44 |
| ➤ | Mise en place..... | 44 |
| ➤ | Les appréhensions | 45 |
| c) | La formation | 45 |
| d) | Une prise en charge pluridisciplinaire..... | 47 |
| ➤ | Un travail d'équipe | 47 |
| ➤ | Les réunions d'équipe | 48 |
| e) | Qualité des interventions | 49 |
| ➤ | Une prise en charge adaptée..... | 49 |
| f) | La prise en charge de la maltraitance sexuelle, une priorité ?..... | 52 |

| | |
|--|----|
| g) Difficultés majeures rencontrées par les professionnels | 54 |
| h) Améliorations envisagées..... | 57 |
| 4. CONCLUSION | 60 |
| BIBLIOGRAPHIE | 62 |
| ANNEXES | I |
| GUIDE D'ENTRETIEN | II |

ANNEXES

GUIDE D'ENTRETIEN

Qu'est-ce que la création de la P.A.P.E.D. a changé dans votre manière de travailler ?

Collaboration assistante sociale / infirmière? Médecine légale? Collaboration avec les services judiciaires? Comment ça se passe?

Intérêt de la structure?

Problèmes rencontrés ?

Points à améliorer ?

Professionnellement, intérêt du travail à la PAPED? Personnellement?

Pourquoi prise en charge de la maltraitance sexuelle plus particulièrement et pas la maltraitance infantile en général ?

La prise en charge est-elle ponctuelle ou y a-t-il un suivi?

...