

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2013

2013-TOU3-1109

**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement le 11 décembre 2013

Par Marine BLAVIGNAC MOMBOISSE

**SITUATIONS A RISQUE DE MALTRAITANCES  
SEXUELLES INTRAFAMILIALES CHEZ LE MINEUR  
ROLE DU MEDECIN GENERALISTE  
*ETUDE DE 58 DOSSIERS DU TRIBUNAL DE GRANDE  
INSTANCE DE TOULOUSE***

**Directeur de Thèse : Docteur Yves ABITTEBOUL**

**Jury :**

Président : Monsieur le Professeur Daniel ROUGE

Assesseur : Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Assesseur : Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Assesseur : Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU

Assesseur : Monsieur le Docteur Yves ABITTEBOUL

Membre invité : Madame le Juge des enfants Audrey ASSEMAT

## REMERCIEMENTS

*Monsieur le Professeur Daniel ROUGE*

*Professeur des Universités - Praticien Hospitalier de Médecine Légale et  
Droit de la Santé*

*Doyen de la Faculté de Médecine Toulouse-Rangueil*

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury.

Que ce travail soit pour moi l'occasion de vous témoigner mon profond respect et ma très haute gratitude.

**Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC**

*Médecin Généraliste*

*Professeur des Universités de Médecine Générale*

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Sachez que je vous en suis profondément reconnaissante.

**Monsieur le Professeur Pierre MESTHE**

*Médecin Généraliste*

*Professeur Associé de Médecine Générale*

Vous me faites l'honneur de vous intéresser à ce travail en participant à ce jury.

Soyez assuré de mes sincères remerciements et de ma profonde considération.

**Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU**

*Médecin Généraliste*

*Maître de Conférences Associé de Médecine Générale*

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté si spontanément de juger ce travail.

Soyez assurée de ma profonde sympathie.

**Monsieur le Docteur Yves ABITTEBOUL**

*Médecin Généraliste*

*Maître de Conférences Associé de Médecine Générale*

Il y a 4 ans tu es devenu mon tuteur de médecine générale, puis maître de stage en pédiatrie gynécologie et d'une année en SASPAS. Et, il y a 18 mois tu as accepté de diriger ce travail. Je tiens sincèrement à te remercier pour tout ce que tu as pu et su me transmettre pendant tout ce temps là. Tu as su si bien me faire découvrir ce beau métier de médecin généraliste.

Merci pour ta disponibilité, ton aide, tes conseils et tes débriefings tout au long de ces années. Ce travail de thèse est l'aboutissement de 3 ans d'internat riches humainement et professionnellement.

Sois assuré de mon estime et de ma profonde reconnaissance.

**Madame le Juge Audrey ASSEMAT**

*Juge des enfants*

Il y a 16 mois, j'ai fait ta connaissance et t'ai parlé de mon souhait de réaliser une thèse portant sur un travail médical et judiciaire. Immédiatement tu as manifesté un intérêt certain. Cela m'a profondément touchée et je t'en suis vraiment reconnaissante.

Grâce à toi et tes immenses qualités, ce travail a pu voir le jour.

Merci de m'avoir accordé de ton temps dans la recherche des dossiers.

Merci de ta précieuse aide, tout particulièrement pour la correction de la partie socio-judiciaire.

Que ce travail soit pour moi l'occasion de te témoigner toute ma gratitude.

Je remercie également mes différents maîtres de stage rencontrés tout au long de mon internat : les Docteurs Magali Roussilhes, Stéphane Rudzinski, Paul Mignot, Nicolas Homehr, Luis Torres et Jean-Paul Alric. A travers vos enseignements, vous m'avez transmis vos expériences et vos conseils.

Merci à tous les autres médecins rencontrés tout au long de mon parcours, plus particulièrement aux Docteurs Laure Delmas, Lucette Marre et Catherine Germain. J'ai grandement apprécié vous écouter et échanger avec vous.

Je remercie le Docteur Julie Dupouy pour son aide concernant la partie du recueil des données.



Je tiens également à remercier toutes les personnes rencontrées au tribunal de grande instance de Toulouse, et plus particulièrement Monsieur le Président Henri de Larosière de Champfeu. Merci de m'avoir permis de poursuivre ce travail dans un climat de confiance.

Madame le Juge d'instruction Myriam Viargues. Merci de m'avoir apporté votre aide au cours de ces recherches. Vos explications m'ont été d'un précieux recours. Je n'oublierai jamais votre gentillesse et votre disponibilité.

Merci à tous les juges des enfants et juges d'instruction qui m'ont permis de réunir les dossiers correspondants à mon sujet.

Madame le Juge Anissa Oumohand. Merci pour ton aide de cet été.

Merci à tous les fonctionnaires et greffières du tribunal pour enfants pour leur aide dans la recherche des dossiers.

Merci à Madame Véronique Médigue pour sa gentillesse et son aide.

Et un immense merci à toi Christine pour ton aide, ta gentillesse, ta patience dans la recherche des dossiers et pour tout le temps que tu as consacré à m'expliquer les termes juridiques.

Pour l'aide à la relecture, je remercie tout particulièrement :

Maman. Merci pour ta précieuse aide dans les relectures et la vérification de l'orthographe.

Géraud. Merci pour ton aide dans la mise en page.

Claude et Anne Foster. Merci pour votre immense aide dans la traduction anglaise du résumé.

Dima. Merci pour tes conseils sur la bibliographie.

Caroline. Merci pour ta relecture très efficace.

A titre plus personnel, j'adresse mes remerciements :

A mes parents.

Merci de m'avoir toujours soutenue pendant toutes ces années, d'avoir toujours cru en moi et d'avoir toujours été présents à mes côtés.

A mon frère Pierre-Luc.

Merci pour tes conseils toujours judicieux.

A mon oncle Louis-Bernard et ma tante Isabelle.

Merci pour vos encouragements.

A Géraud.

Merci pour ton amour et pour ton indéfectible soutien depuis toutes ces années d'étude.

A mes cousins, ma tante, du Cantal et de Paris. Merci pour vos soutiens.

A ma belle famille. Merci pour vos encouragements et votre gentillesse.

Merci à Dima.

A mes amis,

Merci à mes amis des années école, collège, lycée et fac.

Merci à Caro pour ton amitié depuis près de 20 ans.

Merci à toi Marion pour ton amitié et tous les moments partagés à la fac.

Merci à vous Chloé et Clémence, en souvenir de notre trio figeacois.

*« Tant qu'on ne reconnaîtra pas le problème de la maltraitance, voire qu'on ne le nommera même pas, qu'on n'utilisera pas des outils validés pour dépister, en population générale, la souffrance de certains enfants, on continuera à tenir un discours vide de fond scientifique et uniquement étayé par des pratiques professionnelles non évaluées... »*

*Anne TURSZ, Pascale GERBOUIN-REROLLE.*

## TABLE DES MATIERES

<b>Introduction.....</b>	<b>4</b>
<b>I. Etat actuel des connaissances sur les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur.....</b>	<b>6</b>
A. Recherche bibliographique .....	6
B. Définitions.....	7
1. La maltraitance de l'enfant.....	7
2. Enfance en danger .....	7
3. La maltraitance sexuelle de l'enfant.....	7
4. Les définitions pénales .....	8
C. Epidémiologie des maltraitances sexuelles intrafamiliales sur les mineurs en France .....	10
1. Données des enquêtes de victimisation .....	10
a) Enquête nationale sur les violences envers les femmes « ENVEFF » .....	10
b) Enquête « Evènements de vie et santé » (EVS).....	11
c) Enquête « Contexte de la sexualité en France » (CSF) (14).....	11
d) Sondage IPSOS (15).....	11
2. Données réelles des maltraitances et des violences sexuelles sur mineurs.....	12
a) Données des services de protection de l'enfance.....	12
b) Les données policières .....	15
c) Les données judiciaires .....	16
3. Synthèse.....	17
D. Comment reconnaître une maltraitance sexuelle chez un mineur ?.....	18
1. Signes objectifs cliniques, évocateurs d'une atteinte corporelle .....	19
2. Signes fonctionnels non spécifiques.....	20
3. Troubles du comportement.....	20
a) Chez l'enfant de 0 à 3 ans .....	20
b) Chez l'enfant de 3 ans à la puberté.....	20
c) Chez l'adolescent .....	21
E. Protection de l'enfant : signalement et prise en charge socio-judiciaire 22	
1. Le signalement.....	22
a) Généralités .....	22
b) Cadre légal du signalement (Annexe 2).....	23
c) Les deux voies du signalement (Annexe 3) .....	24
d) Comment remplir un signalement (33) (1) .....	25
2. Suite du signalement judiciaire : différents intervenants .....	26
a) Le procureur de la République (30) .....	26

b) Le juge des enfants (34) (35) .....	27
c) L'administrateur ad hoc (35) .....	28
d) L'avocat (34) .....	28
3. Synthèse.....	28
F. Situations à risque de maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur.....	29
1. Facteurs de risque individuels de l'enfant victime .....	30
a) L'âge .....	30
b) Le sexe .....	31
c) Autres facteurs de risque.....	32
2. Facteurs de risque individuels des parents .....	32
a) L'âge de la mère.....	32
b) La pathologie mentale de la mère .....	32
c) L'histoire de vie traumatique des parents .....	33
d) La carence éducative des parents.....	33
3. Facteurs de risque relationnels familiaux .....	34
a) Les violences physiques sur l'enfant victime .....	34
b) Les conflits de couple, séparation, divorce.....	34
c) Les violences conjugales.....	34
d) La structure familiale .....	35
e) La taille et la composition du ménage .....	35
4. Facteurs communautaires .....	36
a) L'inoccupation professionnelle .....	36
b) L'alcoolisme .....	36
c) La précarité économique, la pauvreté .....	37
d) L'isolement social.....	37
5. Caractéristiques de l'agresseur .....	38
a) Le sexe .....	38
b) La place dans la famille .....	38
<b>II. Etude.....</b>	<b>39</b>
A. Objectifs .....	39
B. Matériel et méthode.....	39
1. Point de départ de l'étude .....	39
2. Population étudiée .....	40
3. Identification des critères à étudier au sein des dossiers .....	41
4. Procédure d'analyse des dossiers .....	43
C. Limites et biais de l'étude .....	43
D. Résultats .....	45
1. Caractéristiques de l'enfant victime .....	45
2. Caractéristiques des parents de l'enfant victime .....	46
3. Caractéristiques de l'environnement familial.....	47
4. Caractéristiques de l'environnement communautaire .....	48
5. Caractéristiques de l'agresseur .....	49

<b>III. Discussion .....</b>	<b>50</b>
A. Caractéristiques de l'enfant victime.....	50
B. Caractéristiques des parents de l'enfant victime .....	51
1. La mère.....	51
2. Le père .....	52
C. Caractéristiques de l'environnement familial .....	53
D. Caractéristiques de l'environnement communautaire.....	56
E. Caractéristiques de l'agresseur .....	57
<b>IV. Propositions pour le médecin de premier recours .....</b>	<b>58</b>
A. Eléments à rechercher à l'interrogatoire .....	58
B. Situations à repérer.....	59
<b>Conclusion .....</b>	<b>62</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>64</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>69</b>

## **Introduction**

Les maltraitances sexuelles intrafamiliales sur mineurs sont un fléau de santé publique dans notre société. En effet, c'est un phénomène sous évalué à l'heure actuelle, grave, aux conséquences dramatiques sur la santé physique, psychique et le bien être social des victimes. (1)

Plusieurs études internationales portant sur les taux de prévalence des maltraitances sexuelles sur mineurs ont été réalisées depuis vingt ans. A titre d'exemple, Finkelhor, a montré les résultats d'études épidémiologiques, réalisées dans 19 pays, faisant état de taux de sévices sexuels allant de 7 à 36% pour les filles et de 3 à 29% pour les garçons. (2) D'après d'autres études internationales, il semblerait que le taux d'incidence, calculé sur un an, en population générale, soit compris entre 1 et 1,2 enfant pour 1000. (3)

En France, l'Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS) en 1999 a évalué à 80% les cas d'abus sexuels intrafamiliaux sur l'ensemble des violences sexuelles sur mineurs. (4)

En 2006, sur les 14 millions d'enfants âgés de 0 à 17 ans, 4300 ont été signalés pour des faits de violences sexuelles, ce qui représente 0,3 enfant pour 1000. (5)

Force est de constater qu'il y aurait en France 75% des situations de violences sexuelles sur mineurs, dont 80% en milieu intrafamilial, qui ne seraient pas connues de la justice par manquement au signalement et donc au repérage.

Face à ce constat alarmant de sous-déclaration des faits, des progrès sont incontestablement à faire dans le dépistage et la prévention de ces situations.



L'intérêt d'un repérage précoce est de signaler l'enfant victime aux autorités compétentes, seule démarche possible afin de protéger celui-ci.

Il est indéniable, que le médecin spécialiste en médecine générale, de part sa proximité dans la famille auprès des enfants, a un rôle central à tenir. En effet, il est au premier rang dans son rôle de médecin de soins primaires, à pouvoir repérer les situations à risque ou être alerté le plus précocement possible.

En mai 2011, La Haute Autorité de Santé a publié des Recommandations de Bonne Pratique, portant sur l'inceste. Elle déclare que l'amélioration du repérage et l'augmentation du nombre de signalements des cas d'inceste dépendent du niveau de connaissance acquis par le médecin de soins primaires sur cette problématique. (1)

L'objectif de cette thèse est, dans un premier temps d'aborder les maltraitances sexuelles intrafamiliales sur mineurs sous un angle pluridisciplinaire, à savoir épidémiologique (données recensées), médical (diagnostic) et juridique (signalement, prise en charge socio-judiciaire de l'enfant). Dans un deuxième temps, ce travail comparera les résultats des situations à risque de 58 dossiers d'enfants victimes de violences sexuelles intrafamiliales, traités par le tribunal de grande instance de Toulouse, aux données de la littérature.

La finalité de cette étude est de mettre en évidence des situations à risque que l'on puisse repérer en soins primaires, afin d'aider le médecin généraliste au dépistage des situations d'inceste chez les mineurs.

# **I. Etat actuel des connaissances sur les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur**

## **A. Recherche bibliographique**

La recherche s'est déroulée entre octobre 2012 et mars 2013.

Tout d'abord, la recherche bibliographique a consisté à analyser les données épidémiologiques françaises sur les sites nationaux référents de la protection de l'enfance :

- Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée (O.D.A.S) [odas.net](http://odas.net)
- Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) [www.oned.gouv.fr](http://www.oned.gouv.fr)
- Allô 119. Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED) [www.allo119.gouv.fr](http://www.allo119.gouv.fr)

Elle s'est poursuivie par des recherches sur différents sites nationaux portant sur la législation française et des sites du ministère de la Justice.

Les autres moteurs de recherche utilisés ont été :

- moteur général de recherche : <http://www.google.fr>
- Catalogue des bibliothèques françaises : SUDOC système universitaire de documentation.
- Pascal.
- Pub med.
- EM Premium.

Les mots clés utilisés ont été : maltraitance sexuelle, abus sexuels, mineurs, inceste, intrafamilial, facteur de risque, et en anglais, risk factors, intrafamilial child sexual abuse.

## **B. Définitions**

### **1. La maltraitance de l'enfant**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la maltraitance de l'enfant comme « *toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir.* » (6)

### **2. Enfance en danger**

En France, la loi du 5 mars 2007 portant sur la réforme de la protection de l'enfance reprend les termes employés par l'Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS) pour définir l'enfant en danger. (7)

L'enfant en danger regroupe l'enfant maltraité et l'enfant en risque de danger.

*« L'enfant maltraité concerne l'enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique. »*

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

### **3. La maltraitance sexuelle de l'enfant**

Plusieurs définitions sont proposées usant de différents termes tels que : maltraitance, abus, violence ou exploitation sexuelle.

L'OMS utilise le terme d'exploitation sexuelle et en donne la définition suivante : « *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 satisfaction sexuelle de celle-ci. Le délit peut prendre différentes formes : appels téléphoniques obscènes, outrage à la pudeur et voyeurisme, images pornographiques, rapports ou tentatives de rapports sexuels, viol, inceste ou prostitution des mineurs* » (3)

Cette définition d'exploitation sexuelle distingue différents types d'abus :

- abus sans toucher : exhibitionnisme, voyeurisme, propos obscènes ;
- abus avec toucher sans violence : toucher sur les parties génitales, (caresses, masturbations...) ;
- abus avec violences entraînant des lésions de gravité variable : viol...;
- attitudes malsaines : conduites sexualisées...

Dans son guide sur la prévention de la maltraitance des enfants, l'OMS rajoute :

Constitue une violence sexuelle « *la participation d'un enfant à une activité sexuelle qu'il n'est pas pleinement en mesure de comprendre, à laquelle il ne peut consentir en connaissance de cause ou pour laquelle il n'est pas préparé du point de vue de son développement, ou encore qui viole les lois ou les tabous sociaux de la société.* » (8)

#### 4. Les définitions pénales

Il est important de définir les maltraitances en se référant aux dispositions pénales. En effet tous les textes s'accordent à dire que la résilience de l'enfant ne peut avoir lieu qu'à partir du moment où il y a reconnaissance judiciaire de la victime.

Le droit pénal reconnaît trois séries d'infractions. (Annexe 1) (9)

- **L'atteinte sexuelle** définie par l'article 227-25 du code pénal (CP) comme « *le fait, par un majeur, d'exercer sans violence, contrainte, menace ni surprise une atteinte sexuelle sur la personne d'un mineur de quinze ans.* »

- **L'agression sexuelle** définie par l'article 222-22 du code pénal comme « *toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise.* »

- **Le viol** défini par l'article 222-23 du CP comme « *tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise.* »

Consentir à une relation sexuelle suppose une capacité de discernement. Le discernement se définit comme la capacité de prendre conscience de la nature des actes accomplis. L'absence de discernement (qui prouve l'existence d'une contrainte, menace ou surprise) résulte de l'incapacité des mineurs en raison de leur très jeune âge à prendre conscience de la nature de ces actes. La loi ne fixe pas d'âge de discernement. Ce sont les juridictions qui évaluent si un mineur est en état de consentir à la relation sexuelle. (10)

Ce développement permet de mieux définir l'atteinte sexuelle.

Le droit français ne reconnaît pas explicitement le terme d'inceste, qui désigne la relation sexuelle au sein de la famille. Cependant cet interdit figure dans le code civil au travers de l'article 161 : « *En ligne directe, le mariage est prohibé entre tous les ascendants et descendants et les alliés dans la même lignée.* » Les alliés sont les personnes qui ont un lien juridique par l'effet du mariage. (11)

Il n'y a pas de disposition spéciale de l'inceste dans le code pénal mais une circonstance aggravante des viols, agressions et atteintes sexuelles sur mineurs lorsque ceux ci sont commis « *par un ascendant ou par toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait.* »

Au regard de ces définitions, de quelles données épidémiologiques disposons-nous en France pour évaluer l'ampleur des maltraitances sexuelles sur les enfants dans le milieu intrafamilial ?

### **C. Epidémiologie des maltraitances sexuelles intrafamiliales sur les mineurs en France**

#### **1. Données des enquêtes de victimisation**

Le principe de ces études rétrospectives consiste à interroger un échantillon de la population adulte au sujet de la violence dont elle aurait été victime dans l'enfance.

Ces études sont des sources de données qui permettent d'avoir une estimation de l'ampleur de la maltraitance sexuelle sur mineurs.

Plusieurs enquêtes en France ont été menées depuis une dizaine d'années dont voici les principales.

##### *a) Enquête nationale sur les violences envers les femmes « ENVEFF »*

Menée en 2000, validée par le Conseil National de l'Information Statistique (CNIS) et publiée au Journal Officiel.

Parmi les 6970 femmes de l'enquête, 11% disent avoir subi au moins une agression sexuelle au cours de leur vie. Plus de la moitié des femmes agressées sexuellement l'ont été avant 18 ans et plus du tiers avant 15 ans.

77% des viols commis par un homme de la famille ont eu lieu avant que les femmes aient 15 ans. (12)

*b) Enquête « Evènements de vie et santé » (EVS)*

Menée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) entre 2005 et 2006 sur 10000 personnes âgées de 18 à 75 ans. Elle révèle que 7% de l'ensemble des 18/75 ans (11% des femmes et 3% des hommes) déclarent avoir subi des attouchements sexuels, des tentatives ou des rapports sexuels forcés au cours de la vie entière. Parmi ces 7%, 31% ont vécu ces faits au moins une fois dans l'enfance et 48% à l'adolescence, d'où 79% avant 18 ans. (13)

*c) Enquête « Contexte de la sexualité en France » (CSF) (14)*

Menée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et l'Institut National Etudes Démographiques (INED) et réalisée à l'initiative de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS). Cette enquête a été menée auprès d'un échantillon aléatoire d'un effectif de 10403 personnes de 18 à 69 ans entre Septembre 2005 et mars 2006. Elle révèle que 8,8% des femmes et 2,8% des hommes déclarent avoir subi un rapport ou une tentative de rapport sexuel forcé avant 18 ans. Parmi les femmes de plus de 40 ans déclarant au moins une violence sexuelle survenue avant l'âge de 18 ans, 27% incriminent directement leur père, leur beau-père ou une personne de la famille.

*d) Sondage IPSOS (15)*

Réalisé les 16 et 17 Janvier 2009 sur 931 personnes constituant un échantillon national représentatif de la population française de 18 ans et plus.

A la question si les Français connaissent dans leur entourage des personnes victimes d'inceste dans leur enfance ou adolescence, 26% l'affirment. Sur les 26%, 11% avouent avoir été soi-même victime d'inceste, soit un total de 3%. En généralisant à la population française, ce sondage IPSOS montre que 2

millions de français, déclarent à l'âge adulte, avoir été victimes d'inceste dans leur enfance.

Cependant, ces enquêtes, ne nous permettent pas de savoir si ces personnes ont pu être repérées comme étant victimes dans leur enfance.

Face à ce constat, quels sont les chiffres réels des enfants repérés comme victimes des maltraitances sexuelles ?

## 2. Données réelles des maltraitances et des violences sexuelles sur mineurs

### *a) Données des services de protection de l'enfance*

- Données de l'Observatoire National de l'Action sociale Décentralisée (ODAS) (5)

Les données de l'ODAS (recueillies jusqu'en 2006) reflètent l'activité des conseils généraux qui centralisent le nombre de signalements des enfants en danger.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Enfants maltraités	19 000	18 500	18 300	18 000	18 500	18 000	19 000	20 000	19 000
Enfants en risque	64 000	65 000	65 500	67 500	67 500	71 000	76 000	77 000	79 000
Total enfants en danger	83 000	83 500	83 800	85 500	86 000	89 000	95 000	97 000	98 000

*Tableau 1- Evolution du nombre d'enfants signalés en danger entre 1998 et 2006.*

=> 98000 enfants sont signalés en danger en 2006, soit 7 enfants sur 1000.



	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Violences sexuelles</b>	<b>5000</b>	<b>4800</b>	<b>5500</b>	<b>5900</b>	<b>5900</b>	<b>5200</b>	<b>5500</b>	<b>4700</b>	<b>4300</b>
Violences physiques	7000	6500	6600	5800	5600	5800	6600	6400	6300
Négligences lourdes	5300	5400	4800	4700	5000	4400	4400	5100	5000
Violences psychologiques	1700	1800	1400	1600	2000	2600	2500	3800	3400
Total des enfants maltraités	19000	18500	18300	18000	18500	18000	19000	20000	19000

*Tableau 2- Evolution des signalements des 4 types de mauvais traitements.*

=> Les violences sexuelles représentent près d'un quart des situations de maltraitements sur mineurs.

- Données de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) et Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED)

Ces 2 entités ont été créées pour mieux connaître, mieux prévenir et mieux traiter l'enfance en danger.

Le SNATED accessible par le numéro 119 publie annuellement son rapport d'activité où sont répertoriés tous les appels émis. (16) (17) (18)

Type de danger	2009	2010	2011
<b>Violences sexuelles</b>	<b>2 815 (9,1%)</b>	<b>2 867 (5,9%)</b>	<b>2 903 (5,5%)</b>
Violences physiques	11 078	12 425	12 875
Violences psychologiques	15 764	17 529	18 752
Négligences lourdes	5 609	6 847	8 618
Conditions d'éducation défailtantes	5 703	6 998	7 197
Dangers dus à l'enfant lui-même	1 399	1 837	2 028
Nombre total d'enfants en danger *	30 997	48 971 (468 non renseignés)	52 372

Tableau 3- Répartition des dangers par type d'appel (Source SNATED)

=> 5,5% est le pourcentage d'appels émis pour violences sexuelles sur l'ensemble des appels au 119.

\* un enfant peut subir plusieurs natures de danger, la somme des dangers est donc supérieure au nombre total d'enfants indiqué.

Les violences sexuelles sont réparties en 5 catégories avec distinction de l'auteur agresseur dont voici le rapport d'activité 2011. (18)

Type de violence sexuelle	Avec pénétration	Avec attouchement	Sans attouchement (climat équivoque)	Autres (prostitution, pédopornographie)	Non précisés	
Effectif (%)	445 (15,3%)	810 (27,9%)	777 (26,8)	110 (3,8%)	761 (26,2%)	<b>2903</b> (100%)

Tableau 4- Répartition des violences sexuelles par type d'appel (2011) (Source SNATED)

Qualité de l'auteur présumé	Avec pénétration	Avec attouchement	Sans attouchement	Autres	Non précisés	Total des dangers sexuels
<b>Mère</b>	0,5%	3,5%	30,2%	18%	2,8%	<b>11,6%</b>
<b>Père</b>	32,9%	35,7%	34,7%	22%	32,5%	<b>28,9%</b>
<b>Beaux-parents</b>	11,1%	12,6%	16,6%	10%	11,8%	<b>12,7%</b>
<b>Grands-parents</b>	3%	6,4%	2,8%	8%	4,6%	<b>5%</b>
<b>Membre de la fratrie</b>	9,1%	4,8%	2,2%	7%	6,9%	<b>6,1%</b>
<b>Autre membre de la famille</b>	9,6%	11,2%	1,9%	7%	8,8%	<b>8,5%</b>
Entourage amical	22,6%	17,1%	8%	16%	17,2%	15,8%
Voisin	1,7%	0,9%	0,7%	1%	1,1%	1,5%
Personnel institutionnel	2,7%	5,7%	1,5%	2%	2,8%	3,1%
Non désigné	6,9%	2,2%	1,4%	9%	11,4%	6,7%
Total des enfants	100%	100%	100%	100%	100%	100%

*Tableau 5- Qualité de l'auteur présumé selon le type de violences sexuelles (2011) (source SNATED)*

=> Ces données nous montrent que **72,8%** des violences sexuelles sur mineurs ont lieu dans la sphère familiale.

#### *b) Les données policières*

- La brigade de protection des mineurs de la préfecture de police a traité en 2010, 1006 affaires pénales. Parmi celles-ci 73 affaires de viols et 64 agressions sexuelles en milieu intrafamilial. (19)

- L'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales (ONDRP) faisant parti du département de l'Institut National des Hautes Etudes de la Sécurité et de la Justice, répertorie dans les bulletins annuels, les faits de violences sexuelles enregistrés par la police et la gendarmerie. (20)

Les données 2012 constatent 15894 violences sexuelles sur mineurs dont 5922 viols et 9972 harcèlements sexuels et autres agressions sexuelles. Cependant aucune distinction du cadre intrafamilial ou extrafamilial n'est apportée.

De plus les statistiques antérieures révèlent qu'en moyenne 84% des faits de violences sexuelles sur mineurs sont élucidés. Les faits élucidés sont les crimes et les délits que la police ou la gendarmerie imputent par procès-verbal à une ou plusieurs personnes mises en cause. Cependant, les entrées en détention sont trois fois moins nombreuses que le nombre de personnes mises en cause par la police et la gendarmerie. On peut conclure que beaucoup d'enquêtes n'aboutissent pas à une condamnation par faute de preuve, par probable décision de non lieu, ou par plainte calomnieuse. (21)

### *c) Les données judiciaires*

La Sous-direction de la statistique et des études du Ministère de la Justice et des Libertés recense dans son rapport « les condamnations 2011 ». (22)

- 391 condamnations pour viols sur mineurs de moins de 15 ans,
- 85 condamnations pour viols par ascendant ou personne ayant autorité,
- 2632 condamnations pour atteintes ou agressions sexuelles sur mineurs avec circonstances aggravantes,
- 187 condamnations pour agressions sexuelles par ascendant ou personne ayant autorité,
- 297 condamnations pour atteintes sexuelles sur mineurs sans circonstance aggravante.

Il est à noter que la notion de violences sexuelles commises « *par un ascendant ou tout autre personne ayant autorité sur la victime* » ne permet pas d'identifier les violences sexuelles commises au sein de la famille de celles commises en milieu extrafamilial.

De plus, un viol commis sur un mineur de quinze ans par un ascendant est recensé soit comme un viol commis sur un mineur de quinze ans, soit comme un viol commis par un ascendant.

On ne peut donc conclure sur les condamnations réelles des actes incestueux sur mineurs en France.

### 3. Synthèse

L'ensemble de ces données nous montre qu'à l'heure actuelle nous ne possédons aucune donnée chiffrée exacte des taux d'abus sexuels sur mineurs en milieu intrafamilial.

Grâce aux études de victimisations, on peut oser affirmer qu'il y a une sous-déclaration des faits. En effet, l'enquête IPSOS montre que **2 millions** de français à l'âge adulte déclarent avoir été victimes d'inceste dans leur enfance.

A l'opposé, les données des signalements des conseils généraux, disponibles jusqu'en 2006, rapportent **4300** signalements pour violences sexuelles sur mineurs. Depuis cette date, nous ne possédons aucun chiffre objectif de ces signalements.

La police et la gendarmerie ont relevé en 2012, **15894** faits de violences sexuelles sur mineurs.

Le ministère de la Justice recense quant à lui en 2011, **3295** condamnations pour viols et agressions sexuelles sur mineurs de 15 ans et par ascendant. Néanmoins, ces données ne permettent pas d'évaluer la part réelle de l'inceste dans le total de ces condamnations.

Plusieurs constats s'imposent à nous :

- D'un côté, force est de constater que tous les signalements n'aboutissent pas à une sanction pénale, en raison d'un manque de preuve certaine.

Cependant, il est à noter que les pouvoirs publics ont pris conscience de la gravité de la spécificité des violences sexuelles commises au sein de la famille. Ainsi, une modification en matière pénale a permis de revaloriser le statut des victimes, en portant la prescription des crimes commis sur mineurs, à 20 ans, à partir de la majorité de ces derniers. En adoptant cette mesure, une victime peut jusqu'à ses 38 ans porter plainte.

- D'un autre côté, l'absence de condamnation suppose un manquement certain au signalement judiciaire par un défaut de repérage de ces enfants victimes. Dans son communiqué de presse, la HAS rapporte que les médecins généralistes ne connaissent pas forcément les signes d'alerte qui sont aspécifiques et peu évocateurs. Ils sont peu formés sur les démarches judiciaires à déclencher. Ils ne sont pas assez informés sur leur rôle, leur devoir et leur protection en matière de signalement. (1)

Face à ce constat alarmant de sous-déclaration, il est indéniable que le médecin généraliste doit avoir un rôle primordial à tenir dans le repérage de ces enfants maltraités. Il est le médecin de premier recours qui doit être alerté le plus précocement possible.

#### **D. Comment reconnaître une maltraitance sexuelle chez un mineur ?**

Les signes évocateurs des maltraitances sexuelles couvrent un large éventail de signes cliniques, de troubles psychiques et comportementaux.

Aucun signe pris isolément n'est pathognomonique d'une maltraitance sexuelle. La symptomatologie est variable d'un enfant à l'autre et peut s'étendre de manifestations discrètes à des troubles massifs.

C'est la conjonction, la répétition, l'accumulation de signes physiques et psychiques en rupture avec l'état antérieur de l'enfant qui permettront d'évoquer le diagnostic. (23)

Le médecin généraliste doit être alerté face à une discordance entre les données anamnestiques et les éléments cliniques.

Les recommandations publiées en 2009 par le National Institute for health and Clinical Excellence (NICE) au Royaume-Uni affirment qu'une maltraitance doit être considérée, voire suspectée, lorsque les faits ou les signes observés chez l'enfant ne trouvent pas d'explication plausible ou cohérente après consultation de l'enfant, des parents ou de l'entourage et compte tenu des caractéristiques de l'enfant, de son environnement et des connaissances médicales. (1)

La spécificité des maltraitances sexuelles survenant dans le milieu familial engendre des freins supplémentaires au repérage.

En effet, ces violences sexuelles s'inscrivent dans un cadre familial fermé, voué au silence, rendant les conditions au dévoilement peu propices.

De plus, en raison des sentiments de honte, de culpabilité et de peur, l'enfant victime préférera se murer dans le silence. (1)

Les principaux signes d'alerte regroupent ainsi : (1) (23) (24) (25) (26)

### 1. Signes objectifs cliniques, évocateurs d'une atteinte corporelle

- Lésions traumatiques au niveau génital, périnéal et anal.
- Des saignements vaginaux et rectaux.

- Les signes des infections sexuellement transmissibles : la découverte d'un Herpes simplex de type 2 au-delà de la période néonatale de 3 mois, d'un Trichomonas vaginalis chez l'enfant de plus de 6 mois, d'un gonocoque chez un enfant de plus de 1 an, d'un Chlamydia trachomatis au-delà de l'âge 3 ans, sont hautement probables d'un abus sexuel. Il en est de même pour une sérologie VIH ou syphilis positive lorsque la mère est séronégative.

## 2. Signes fonctionnels non spécifiques

- Troubles gastro-intestinaux (douleurs abdominales répétées, constipation, diarrhée, anisme, encoprésie).
- Signes urinaires (énurésie diurne et/ou nocturne).
- Céphalées.
- Malaises.

## 3. Troubles du comportement

### *a) Chez l'enfant de 0 à 3 ans*

- La peur : augmentation des cris ou des pleurs, agitation, irritabilité, troubles du sommeil.
- Les signes régressifs : perte d'acquisition du développement psychomoteur, retard staturo-pondéral.
- Troubles de l'alimentation (anorexie, polyphagie).

### *b) Chez l'enfant de 3 ans à la puberté*

- Troubles du sommeil : troubles d'endormissement, cauchemars à répétition.
- Retard de développement, voire régression à un stade antérieur.
- Ralentissement du fonctionnement intellectuel, diminution des performances.



- Rapport à la nudité : un refus brutal de se déshabiller au moment d'aller se coucher ou une gêne inhabituelle devant un adulte doivent alerter. A l'inverse un comportement provoquant avec déshabillage dans des situations inconvenantes doit également poser question.
- Rapport au corps et à l'hygiène. Rituels de lavages obsessionnels ou négligence soudaine pour l'hygiène.
- Un comportement hypersexualisé dans les gestes et les propos de manière répétée (dessins suggestifs, mot crus, jeux sexuels précoces) qui témoigne de connaissances sexuelles inadaptées à l'âge et au degré de développement de l'enfant doit alerter. A l'inverse, d'autres enfants manifestent un rejet de tout ce qui touche à la sexualité.
- Un comportement émotionnel perturbé : un arrêt de communication, un comportement introverti, craintif, renfermé, une perte d'estime de soi, des conduites d'évitement. A l'inverse manifestation de crise colérique, comportement agressif, opposition marquée.
- Un comportement relationnel perturbé : une recherche de contact ou d'affection disproportionnée, une recherche excessive de contact physique, un comportement théâtral pour attirer l'attention.
- Tentative de suicide.

### *c) Chez l'adolescent*

- Etat de stress post traumatique : réactions anxieuses, état d'angoisse majeur, réactions dépressives.
- Actes autodestructeurs : scarification, automutilation.
- Manifestations à type de passage à l'acte : tentative de suicide, fugue, prise de risque sexuelle.
- Conduites addictives : toxicomanie, alcoolisme, délinquance.
- Comportement asocial : inhibition aux relations sociales, conduites d'évitement, absentéisme scolaire, phobie scolaire.

Tous ces signes évocateurs de maltraitances sexuelles sont non spécifiques et variés. C'est la rupture avec l'état antérieur qui doit alerter le médecin.

Ces signes sont d'autant plus évocateurs s'ils sont accompagnés d'une attitude ambiguë des parents. C'est le cas lorsque ceux-ci fournissent des explications vagues et confuses, minimisent ou dénie les symptômes, consultent tardivement, dénigrent l'enfant, ou refusent les investigations médicales.

Ainsi le médecin généraliste doit être alerté face à une multitude de signes tous aspécifiques. Il faut savoir que le médecin généraliste n'a pas à apporter la preuve qu'il y a eu maltraitance pour signaler. De manière générale, il doit savoir et doit pouvoir s'aider de ses confrères médecins et des professionnels du domaine socio-judiciaire.

Quelles sont les modalités du signalement et de la prise en charge socio-judiciaire de l'enfant ?

## **E. Protection de l'enfant : signalement et prise en charge socio-judiciaire**

### 1. Le signalement

#### *a) Généralités*

Le signalement par le médecin généraliste est un devoir moral, juridique et déontologique. (Annexe 2)

C'est un acte médical à part entière.

C'est la première étape clé dans le déclenchement de la mise en place des différentes mesures de protection de l'enfant.

*b) Cadre légal du signalement (Annexe 2)*

**⇒ Obligations au signalement.**

Les articles 43 et 44 du code de déontologie soulignent l'obligation des médecins à alerter les autorités judiciaires ou administratives en cas de maltraitance sur mineur ou toute personne incapable de se défendre.

L'article 434-3 du code pénal sanctionne toute personne de ne pas informer les autorités compétentes, lorsqu'elle a eu connaissance d'atteintes sexuelles infligées à un mineur. L'article 223-6 rappelle également que toute personne risque des poursuites pour non assistance à personne en danger. (27) (28)

**⇒ Dérogation au secret médical.**

L'article 226-13 du code pénal sanctionne le médecin en cas de révélation du secret médical. Cependant l'article 226-14 établit une dérogation au secret médical et impose ainsi la révélation d'une information à caractère secret lorsqu'il y a eu atteinte sexuelle infligée à un mineur. (28)

De même le code de l'action sociale et des familles dans l'article L 226-2-2 réaffirme le principe de partage de l'information à caractère secret dans l'intérêt de l'enfant. (29)

**⇒ Le délit de dénonciation calomnieuse.**

L'article 226-10 du code pénal affirme que seule une dénonciation faite par une personne ayant connaissance du caractère mensonger des propos dénoncés, peut donner lieu à une sanction pénale. (28)

En résumé le médecin généraliste qui signale un cas de maltraitance sexuelle ne sera jamais poursuivi pour violation du secret professionnel (Art 226-14 CP). De même, il ne peut être condamné pour dénonciation calomnieuse, que s'il est prouvé qu'il dénonce des faits dont il a eu connaissance du caractère mensonger de ceux-ci (Art 226-10 CP).

A l'inverse, il sera toujours susceptible d'être poursuivi pour non assistance à personne en danger en cas de non dénonciation. (Art 223-6 CP et 434-3)

En tout état de cause, en cas de doute, d'incertitude quant aux modalités de signalement, le médecin généraliste doit savoir prendre conseil auprès de ses confrères du conseil national de l'Ordre des médecins.

*c) Les deux voies du signalement (Annexe 3)*

**⇒ voie administrative : information préoccupante (30) (31)**

Ce signalement doit être effectué lorsque le médecin soupçonne un risque de danger sans forcément que les faits soient avérés. Le président du Conseil Général est le destinataire de ce signalement.

Depuis la loi du 5 Mars 2007, a été mis en place au Conseil Général de chaque département, la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP). L'objectif de cette cellule est de centraliser toutes les informations préoccupantes des enfants en danger ou en risque de danger. La CRIP recueille, traite et évalue l'information préoccupante. Au terme de l'évaluation trois décisions peuvent être prises : (32) (Annexe 4)

- Classement sans suite
- Protection administrative (par les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) : mise en place d'un accompagnement, aide éducative à domicile, soutien dans le cadre de la prévention socio-éducative, médico-sociale ou sanitaire)
- Signalement judiciaire au procureur de la République lorsque :
  - o Les mesures administratives d'aide n'ont pas permis de remédier à la situation.
  - o Lorsque la famille refuse l'intervention des services de l'ASE
  - o Lorsqu'il est impossible d'évaluer la situation.

### ⇒ **La voie judiciaire : le signalement (30)**

La loi du 5 Mars 2007 réserve dorénavant le terme de « signalement » à la saisine du procureur de la République.

En plus des trois situations précédemment citées, le signalement judiciaire s'impose lorsque des violences physiques importantes, des violences sexuelles ont été constatées et lorsque des mesures de protection sont urgentes. Cette partie sera développée dans un paragraphe suivant.

#### *d) Comment remplir un signalement (33) (1)*

Afin d'aider le médecin généraliste à signaler l'enfant victime de sévices sexuels, un modèle de signalement a été élaboré en concertation entre le ministère de la Justice, le ministère des Affaires Sociales et de la Santé, le conseil national de l'Ordre des médecins et les associations de protection de l'enfance. Le signalement doit être adressé directement par le médecin au procureur de la République du tribunal de grande instance dont dépend le lieu où les faits sont révélés. Dans l'urgence, il est préférable de contacter au préalable le procureur de la République par téléphone. Suite à cet appel, il est recommandé de procéder à un signalement par écrit, en envoyant un fax, suivi d'un courrier avec accusé de réception. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double.

Sur le signalement, le médecin mentionne uniquement ce qui lui a été rapporté, ce qu'il a entendu ou constaté, sans interprétation personnelle. Il reprend exactement la formulation utilisée par le mineur ou la personne accompagnante, en employant le conditionnel et en mettant tous les propos entre guillemets. Le signalement ne mentionne un auteur présumé que si une personne a été clairement nommée. Cette mention doit toujours être faite entre guillemets. (Annexe 5)

## 2. Suite du signalement judiciaire : différents intervenants

### *a) Le procureur de la République (30)*

Le procureur de la République du tribunal de grande instance est le destinataire du signalement. A réception du signalement, celui ci peut intervenir en matière civile et pénale.

- D'un point de vue pénal :

⇒ Il peut tout d'abord confier une enquête à un service de police ou de gendarmerie pour caractériser l'infraction. Aux vues des résultats de l'enquête, si l'infraction est insuffisamment caractérisée, elle sera classée sans suite.

⇒ Pour progresser dans l'enquête le procureur peut saisir le juge d'instruction afin de permettre des investigations tant sur les faits que sur la personnalité de l'auteur présumé. Les suites de la phase d'instruction peuvent être : renvoi au tribunal correctionnel, renvoi en cour d'assises, décision d'un non lieu.

Cette saisine du juge d'instruction est obligatoire pour les crimes y compris si l'auteur est mineur.

Lorsqu'il s'agit d'un mineur auteur de délits, le procureur saisit le juge des enfants qui assurera ainsi la phase d'instruction.

⇒ En matière délictuelle, il peut directement saisir le tribunal correctionnel sans passer par la phase d'instruction (pour des faits simples ou avérés).

- D'un point de vue civil (assistance éducative) :

⇒ Il peut décider d'une mesure d'urgence : l'ordonnance de placement en urgence (OPU) qui sera réévaluée par le juge des enfants.

⇒ Il saisit le juge des enfants lorsque des mesures d'investigation ou de protection s'imposent.

*b) Le juge des enfants (34) (35)*

Le juge des enfants, saisi par le procureur de la République en cas de signalement judiciaire, peut également l'être par un membre de la famille, par la personne à qui l'enfant est confié, par le mineur lui-même et il peut se saisir lui-même. En droit français, le juge des enfants a le privilège unique de se saisir, d'instruire et de juger. Il est chargé d'assurer la protection des mineurs en danger mais également de juger les mineurs auteurs de délits.

L'intervention du juge des enfants saisi en assistance éducative, pour assurer la protection du mineur, se déroule en deux temps :

- Mesures d'évaluation éducative dans un premier temps.

Afin de caractériser la notion de danger tel que stipulé dans l'article 375 du code civil, le juge des enfants va investiguer sur le plan éducatif.

⇒ Mise en place de mesures judiciaires d'investigation éducative (MJIE) par une évaluation pluridisciplinaire de l'environnement socio-familial de l'enfant, exercées :

- Par le service public : la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) qui dépend du ministère de la Justice.
- Par le service privé et associatif : protection de l'enfance et de l'adolescence (PEA) financé par l'Etat.

⇒ Mesures d'enquête dans les cas graves et urgents à la brigade des mineurs pour vérifier les conditions de vie de l'enfant.

⇒ Expertise psychiatrique et/ou psychologique.

- Mesures d'assistance éducative une fois les investigations terminées.

⇒ Une mesure d'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO) pour aider et apporter soutien à la famille, assurée par le secteur associatif et financée par le service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) du Conseil Général.

⇒ Le placement de l'enfant : en foyer ou en famille d'accueil assuré par l'ASE du Conseil Général.

⇒ Mise en place d'une mesure d'aide à la gestion du budget familial.

⇒ Décision d'un non lieu à assistance éducative.

#### *c) L'administrateur ad hoc (35)*

C'est une personne désignée par un magistrat qui se substitue aux parents, représentants légaux, lorsque ceux-ci ne peuvent assurer la protection de leurs enfants.

Il assure la protection des intérêts du mineur, en vue du procès pour que celui-ci soit bien défendu. Il doit être présent aux côtés du mineur lors de ses auditions en justice. Il sert de relai avec l'avocat ou la famille.

#### *d) L'avocat (34)*

Le mineur victime doit être défendu par un avocat. Celui-ci sera choisi par le parent qui exerce l'autorité parentale ou par l'administrateur ad hoc.

### 3. Synthèse

La protection de l'enfant abusé sexuellement est assurée par une interrelation étroite entre les autorités administratives et judiciaires.

La réforme de la protection de l'enfance par la loi du 5 Mars 2007 a permis de redéfinir de manière rigoureuse le parcours à suivre devant tout enfant en danger. Le signalement est l'acte médical que tout médecin généraliste doit



savoir remplir. En situation d'urgence extrême, l'hospitalisation du mineur est de mise si le signalement ne peut se dérouler dans les conditions idéales.

### **F. Situations à risque de maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur**

Les situations à risque connues de la littérature internationale et française vont être listées et serviront de point de départ à notre étude.

La violence résulte de l'interaction complexe de facteurs individuels, relationnels, sociaux, culturels, et environnementaux. (36)

Le risque de maltraitance naît de la conjonction et de l'accumulation de facteurs individuels et environnementaux à un temps donné, aussi bien pour le maltraitant que pour la personne maltraitée. (37)

Un modèle écologique a été utilisé dès 1970 pour décrire et analyser les ensembles d'influence pouvant agir sur la maltraitance faite aux enfants. (36)

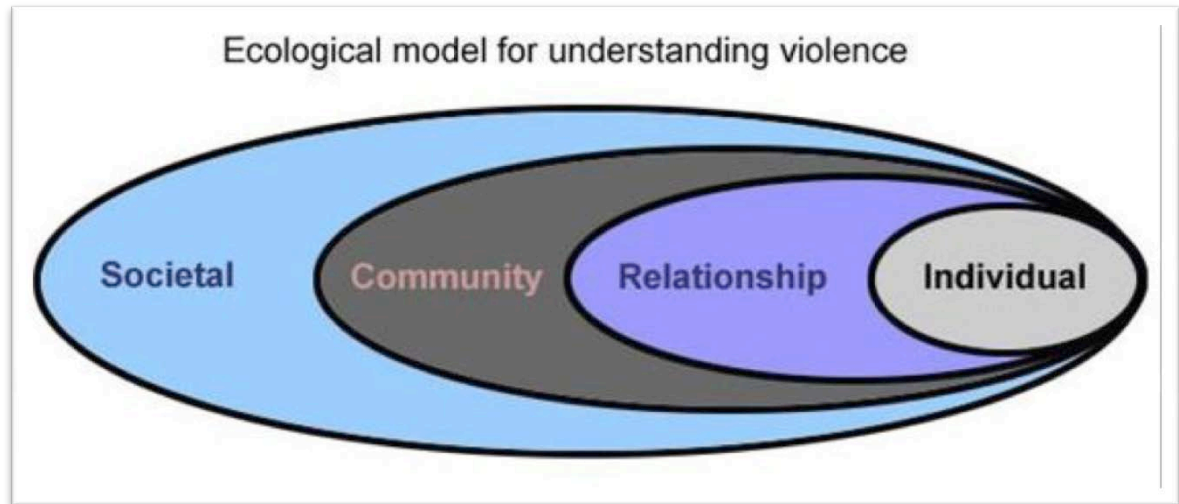
Le premier niveau de ce modèle « **le niveau individuel** » concerne les facteurs biologiques à savoir l'âge et le sexe ainsi que les facteurs liés aux antécédents personnels qui peuvent prédisposer le sujet à être victime d'abus sexuels. Cela concerne également les facteurs personnels des parents.

Le deuxième niveau « **le niveau relationnel** » vise à déterminer de quelle manière les relations étroites familiales font augmenter le risque d'être victime.

Le troisième niveau « **niveau communautaire** » concerne les contextes dans lesquels ont lieu les relations familiales et en quoi leurs caractéristiques peuvent jouer un rôle dans la maltraitance des enfants.

Le dernier niveau « **niveau sociétair**e » examine les facteurs de société plus généraux qui influent sur les taux de violence. Il s'agit par exemple des

normes culturelles qui tolèrent le recours à la violence pour régler des conflits. Il s'agit également des politiques de santé et d'éducation qui accordent plus ou moins de priorité à la reconnaissance et à la lutte contre la violence.



Source : Heise et al., 1999 ; Krug et al., 2002 ; CDC, 2004

C'est l'interaction de ces facteurs qui rend certains enfants plus vulnérables que d'autres.

En appliquant ce modèle, nous pouvons distinguer les facteurs de risque en plusieurs catégories.

### 1. Facteurs de risque individuels de l'enfant victime

#### a) *L'âge*

Parmi les études internationales réalisées, il est écrit que les taux de violences sexuelles ont tendance à augmenter à la puberté. Cet état de fait est constaté dans la publication du Conseil de l'Europe, où il est repris que la probabilité de violences sexuelles est plus élevée pour les préadolescents et adolescents. (38)

A l'inverse, il est noté que l'on rencontre aussi de jeunes enfants parmi les victimes de violences sexuelles. (36)

L'âge moyen de l'abus sexuel, retrouvé dans une étude américaine est de 9,9 ans pour les garçons et 9,6 pour les filles. (39)

Une étude canadienne a comparé, durant 3 ans, les différences des caractéristiques des abus sexuels intrafamiliaux et extrafamiliaux sur mineurs. Il en ressort que les enfants victimes d'abus sexuels intrafamiliaux sont plus jeunes que les victimes d'auteurs extrafamiliaux. L'âge moyen des garçons et filles victimes d'abus sexuels intrafamiliaux est respectivement de 5,3 ans et 7,4 ans. (40)

En France, en 1999, l'ODAS démontre que les abus sexuels deviennent la maltraitance principale pour les filles dès l'âge de 4 ans. (4)

Le rapport 2011 du SNATED constate un pic entre la 5ème et 6ème année, puis, de nouveau une augmentation à partir de l'adolescence. (18)

#### *b) Le sexe*

Plusieurs études internationales concluent à des taux de violences sexuelles de 1,5 à 3 fois supérieurs chez les filles. (36)

Selon d'autres études, les filles sont recensées 2 à 5 fois plus fréquemment abusées que les garçons. (39)

En France, l'ODAS signale, dans une publication en 1997, que les abus sexuels concernent 75 % des filles. Ils concernent un cas de maltraitance sur trois chez les petites filles contre un cas sur huit chez les petits garçons. Après 14 ans, l'écart se creuse puisque un cas de maltraitance sur deux chez les filles est un cas de violence sexuelle contre un sur sept chez les garçons. (41)

Le SNATED dans son rapport 2011, constate que les appels reçus pour violences sexuelles concernent 62,8% des filles et 33,5% des garçons (3,7% non renseignés). (18)

### *c) Autres facteurs de risque*

L'OMS dans son rapport mondial sur la violence et la santé en 2002 rapporte comme facteurs de risque de maltraitance : le handicap de l'enfant et la prématurité. (36)

Au cours d'une étude menée en 2000, le handicap de l'enfant a été admis comme facteur de risque, augmentant la vulnérabilité de l'enfant à être victime de sévices sexuels. (38)

En France, la société francophone de médecine d'urgence dans sa conférence de consensus de 2004, retient comme facteurs de risque de la maltraitance, les caractéristiques propres de l'enfant que sont : la prématurité, la naissance d'une grossesse multiple, la naissance après un deuil, la naissance d'une autre union ou d'adultère (parentalité non désirée), être de sexe non accepté, le handicap physique ou mental, l'existence de troubles du comportement. Sont également considérés comme facteurs de risque les événements de la vie de l'enfant à savoir : une hospitalisation prolongée dans les premiers temps de vie, une vie prolongée en institution, l'irrégularité de la présence parentale. (37)

## 2. Facteurs de risque individuels des parents

### *a) L'âge de la mère*

Une étude publiée dans le journal officiel de l'académie américaine de pédiatrie en 1993, reprise par la HAS a révélé que la maltraitance sexuelle a plus de risque de survenir chez un enfant dont la maman a été mère jeune, avant 18 ans. (42)

### *b) La pathologie mentale de la mère*

La pathologie mentale de la mère a été retrouvée comme facteur de risque pour être significativement associé à l'abus sexuel chez l'enfant. (43)

### *c) L'histoire de vie traumatique des parents*

L'OMS dans son rapport mondial sur la violence et la santé rapporte les résultats d'études qui montrent que des parents qui ont été maltraités pendant leur enfance risquent plus de maltraiter leurs propres enfants. Cependant, l'OMS rajoute que ce facteur de risque n'est pas le plus prédictif et que beaucoup d'autres enquêtes ne prouvent pas du tout ce lien-là. (36)

La question est de savoir si les antécédents de violences vécus par les parents représentent un facteur de risque de maltraitance sur leurs enfants sans pour autant qu'ils en soient les auteurs. Cette question a été étudiée dans une étude comparant 42 filles victimes d'inceste, 28 filles victimes d'abus extrafamiliaux et 42 filles qui n'étaient pas victimes. La comparaison entre ces 3 groupes a constaté que les mères des victimes avaient une plus grande probabilité d'avoir été abusées sexuellement. (44)

Une étude a remarqué que les femmes qui avaient été abusées sexuellement présentaient des difficultés dans l'éducation de leurs enfants, se montraient ambivalentes et se sentaient très vite débordées. (45)

### *d) La carence éducative des parents*

En France, dans son rapport de 2005, l'ODAS a publié une liste de facteurs à l'origine de l'enfance en danger. Ces facteurs ont été repérés par les travailleurs sociaux intervenant à domicile. La carence éducative des parents concerne 50% des enfants signalés en 2004, 59% en 2005 et 53% en 2006. Le terme carence éducative fait écho à une immaturité des parents, à une absence de repères, à un repli sur soi.

Les carences éducatives compromettent l'exercice de leur rôle de parents. (46) (5)

### 3. Facteurs de risque relationnels familiaux

Plusieurs facteurs concernant la structure familiale ont été repérés comme étant sources de maltraitances sur enfants.

#### *a) Les violences physiques sur l'enfant victime*

Une étude australienne a démontré que la variable la plus significativement associée avec les abus sexuels sur mineurs, que ce soit en intrafamilial ou extrafamilial, est l'existence de maltraitances physiques sur l'enfant. (43)

Cette constatation est reprise dans le rapport du Conseil de l'Europe, où il est noté qu'un enfant victime d'abus sexuels au sein de sa famille est probablement victime d'autres formes de sévices corporels et affectifs. (38)

#### *b) Les conflits de couple, séparation, divorce*

C'est le deuxième facteur de risque le plus représenté en France comme facteur à l'origine du danger. En 2005 il touche 29% des enfants signalés, et 22% en 2006. (5)

#### *c) Les violences conjugales*

Selon le rapport du Conseil de l'Europe, il est noté que les enfants qui évoluent dans un univers familial de violence domestique sont plus exposés aux violences sexuelles.

L'OMS rapporte le résultat de différentes études qui démontrent un lien entre l'existence de violence au foyer et les mauvais traitements à enfants. (36)

En France, ce facteur a été étudié dès 2006 et est considéré comme le quatrième facteur à l'origine du danger avec un taux de 11% des enfants signalés. (5)

#### *d) La structure familiale*

Le rapport de l'OMS portant sur la violence et la santé, rapporte les résultats d'une étude cas-témoins réalisée à Buenos Aires. Celle-ci montre que les enfants qui vivent dans une famille monoparentale risquent beaucoup plus d'être maltraités que ceux qui vivent dans une famille biparentale. (36)

Dans la conférence de consensus de la fédération française de psychiatrie, la vie en foyer monoparentale, surtout à la préadolescence et la jeune adolescence, est retrouvée comme un fonctionnement familial à risque de maltraitance sexuelle sur mineur. (39)

En France, dans son étude menée en 1999, l'ODAS constate que 27% des enfants maltraités vivent en foyer monoparental, c'est-à-dire deux fois plus qu'en population générale (11%). (4)

Cette étude rapporte également que 18% des enfants maltraités vivent dans des familles recomposées, c'est-à-dire trois fois plus qu'en population générale (6%).

Afin de définir ces deux catégories de structures familiales, nous avons pris comme référence les définitions de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) pour pouvoir repérer ces familles dans nos dossiers :

La famille monoparentale comprend un parent isolé et un ou plusieurs enfants célibataires (n'ayant pas d'enfant).

La famille recomposée comprend un couple d'adulte, mariés ou non, et au moins un enfant né d'une union précédente de l'un des conjoints. Les enfants qui vivent avec leurs parents et des demi-frères ou demi-sœurs font aussi partie d'une famille recomposée.

#### *e) La taille et la composition du ménage*

Le rapport de l'OMS rapporte les données de différents pays, qui font état d'une augmentation du risque de maltraitance dans les ménages surpeuplés.

Un milieu familial instable où la composition du ménage change souvent, est un facteur fréquent de maltraitance sur enfant. (36)

#### 4. Facteurs communautaires

##### *a) L'inoccupation professionnelle*

Le rapport de l'OMS rapporte que les taux de violence sont plus élevés dans les communautés où les taux de chômage sont importants. (36)

Dans son rapport de 1999, l'ODAS constate qu'une des caractéristiques des familles maltraitantes est l'inoccupation professionnelle des parents, que ce soit des parents au foyer, au chômage, retraités, invalides ou sans profession. (4)

##### *b) L'alcoolisme*

Les résultats d'une étude australienne démontrent que la présence d'un père alcoolique est un facteur prédictif d'abus sexuels intrafamiliaux sur l'enfant. A l'inverse, la présence dans le foyer d'une mère alcoolique est prédictive d'abus sexuels extrafamiliaux. (43)

Une autre étude américaine conclut que le risque d'abus sexuels dans l'enfance sur les femmes, augmente lorsque la fille vit avec ses deux parents dont la mère est alcoolique. Le risque accroit également lorsque la fille vit avec des parents séparés et que son père est alcoolique. (47)

En France l'ODAS en 2006, évalue le facteur dépendance à l'alcool ou à la drogue présent chez 11% des enfants signalés et est le quatrième facteur représenté comme à l'origine du danger. (5)

Dans son rapport 2011, le SNATED apporte des informations sur le comportement des parents. Le problème de l'alcool revient sur 11,6% des appels effectués au 119. (18)



### *c) La précarité économique, la pauvreté*

L'OMS dans son rapport mondial sur la violence et la santé, indique l'existence d'un lien étroit entre la pauvreté et la maltraitance. (36)

La psychologue clinicienne Evelyne Josse explique que la pauvreté et l'indigence augmentent le risque qu'un enfant soit victime de violences sexuelles au sein de sa famille. Les difficultés financières constituent une source de stress, qui fragilisent les parents, devenant alors plus vulnérables et plus défailants dans leur fonction parentale. (48)

L'ODAS, en 2006, retrouve ce facteur chez 15% des enfants signalés, soit le troisième facteur à l'origine du danger. (5)

Cependant, toutes les études s'accordent à dire que les violences sexuelles ne touchent pas une communauté ou un groupe socio-économique spécifique. Tous les enfants issus de différents milieux peuvent être victimes. (38)

Dans un rapport de psychiatrie de 1996, la synthèse des études menées ne retrouve aucune différence significative entre les catégories sociales quant aux abus sexuels. (45)

### *d) L'isolement social*

L'OMS dans son rapport mondial sur la violence et la santé, utilise le terme de « capital social » pour évoquer la cohésion et la solidarité entre les communautés. Il en ressort que les cas de maltraitances sur enfants augmentent en cas d'isolement social. (36)

Les résultats d'une étude américaine démontre qu'être isolé socialement est un facteur de risque significativement prédictif d'abus sexuels sur enfants avant 12 ans. (43)

La perpétration d'abus sexuels sur mineurs est la résultante de caractéristiques propres de l'enfant, des composantes du noyau familial et de l'environnement local. C'est l'interaction de ces facteurs qui rend certains enfants plus vulnérables que d'autres.

Le facteur sociétal n'a pas été étudié. Il ne rentre pas dans le cadre de notre thèse. Il englobe des facteurs plus généraux de politique et de normes de société sur lesquels le médecin généraliste ne peut intervenir.

### 5. Caractéristiques de l'agresseur

En ce qui concerne les caractéristiques des auteurs des abus sexuels intrafamiliaux, uniquement le sexe et la parenté de la victime vont être étudiés.

#### *a) Le sexe*

Les études montrent que les hommes et garçons sont plus susceptibles d'être les auteurs des violences sexuelles. (36)

Dans son rapport 2011, le SNATED constate que les auteurs des violences sexuelles concernent, pour 79,1%, des hommes.

#### *b) La place dans la famille*

Le rapport du SNATED en 2011 place le père en premier responsable de ces violences. (18)

## **II. Etude**

### **A. Objectifs**

L'objectif de cette thèse est de repérer les principales situations à risque des cas d'inceste sur mineurs après analyse de 58 dossiers du tribunal de grande instance de Toulouse et de les comparer aux données de la littérature. Les situations à risque concernent les données personnelles des victimes, les données familiales et communautaires de l'environnement de la victime, ainsi que le sexe et la place de l'agresseur dans la famille.

L'objectif secondaire est de mettre en évidence au sein des principales caractéristiques, celles qui puissent être utilisables en soins primaires afin d'aider le médecin généraliste au dépistage de ces situations.

### **B. Matériel et méthode**

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale, rétrospective, qui a porté sur l'analyse de dossiers de mineurs ayant été victimes de violences sexuelles intrafamiliales entre 1993 et 2013.

#### **1. Point de départ de l'étude**

Cette étude a pu voir le jour grâce à une première rencontre dans la sphère privée, en août 2012, avec Madame le Juge des enfants, Audrey Assemat.

Les perspectives de recherches sur ce projet de thèse, partiellement défini à l'époque, se sont rapidement précisées. En effet, Madame le Juge a de suite manifesté de l'intérêt à ce travail de thèse, et a laissé présager une possible coopération de sa part.

Nous lui avons adressé une lettre et avons convenu d'un rendez-vous. Madame le Juge nous a alors donné son autorisation pour venir consulter au

sein de son cabinet les dossiers portant sur les maltraitances sexuelles chez le mineur en milieu intrafamilial.

Ce projet de thèse a été proposé et accepté par le Docteur Yves Abitteboul, Maître de Conférences Associé à la faculté de médecine, afin d'en assurer la direction suivant le formalisme universitaire nécessaire.

Il a bien évidemment été précisé que le recueil de ces données se déroulerait dans un contexte de respect strict du secret des dossiers et d'anonymat des cas, de sorte qu'aucun nom, prénom, que ce soit des victimes, des auteurs, des professionnels ayant en charge la protection de l'enfant, ne transparaisse dans les analyses de données. Cette clause de respect de l'anonymat des cas a été réitérée dans une lettre adressée au Président du tribunal, Monsieur Henri de Larosière de Champfeu, qui a également donné son aval pour la poursuite des recherches. (Annexe 6)

Le recueil des données au sein du tribunal de grande instance s'est étendu de décembre 2012 à juin 2013.

## 2. Population étudiée

Cette étude a porté sur l'analyse de dossiers de mineurs ayant été victimes de violences sexuelles intrafamiliales.

Pour ce faire, nous avons initialement étudié les dossiers du tribunal pour enfants (TPE) du cabinet de Madame Assémat. Les recherches se sont poursuivies dans les autres cabinets du TPE après accord oral avec chaque juge des enfants.

Afin d'atteindre l'objectif fixé à 50 dossiers, nous avons poursuivi nos recueils de données dans les cabinets des juges d'instruction.

Madame le Juge d'instruction Myriam Viargues nous a autorisés à consulter les dossiers de son cabinet. Chaque juge d'instruction a été informé de notre démarche et ont apporté leur accord en nous confiant leurs dossiers.

Les dossiers étudiés au TPE correspondent à des enfants mineurs en 2013, vivant en Haute-Garonne, ayant été abusés sexuellement par un membre de la famille, dans l'année 2013 en cours ou les années passées. Ces enfants sont, jusqu'à leur majorité, suivis par le juge des enfants.

Les auteurs ont été soit condamnés, soit reconnus coupables.

Les dossiers, où les auteurs n'ont pas été reconnus coupables, n'ont pas été retenus.

Les dossiers suivis par le juge d'instruction portent également sur des affaires jugées ou des affaires dont les auteurs ont été reconnus coupables. Au sein de ces dossiers, il s'agit de victimes mineures au moment des faits, et qui sont encore mineures ou majeures en 2013 et vivant en Haute-Garonne, dans le Tarn ou en Ariège.

### 3. Identification des critères à étudier au sein des dossiers

Les situations à risque initialement repérées dans la recherche bibliographique ont été recherchées dans chaque dossier :

#### Les caractéristiques individuelles de l'enfant victime :

- son sexe
- son âge au moment des faits
- la notion de handicap
- la notion de prématurité

#### Les caractéristiques individuelles de chaque parent :

- pour la mère
  - l'âge au premier enfant
  - la notion de pathologie psychiatrique
  - la notion d'antécédent de violences physiques ou sexuelles dans son enfance
  - la notion de carence éducative

- pour le père
- la notion d'antécédent de violences physiques ou sexuelles dans son enfance
- la notion de carence éducative

Les caractéristiques de l'environnement familial :

- les maltraitances physiques sur l'enfant victime
- la violence conjugale
- la notion de séparation/divorce
- la monoparentalité
- la notion de famille recomposée
- la précarité
- l'isolement social
- la composition de la fratrie
- la place de la victime dans la fratrie
- la présence de mesures socio-judiciaires préalablement aux abus

Les deux dernières caractéristiques n'ont pas été retrouvées dans la littérature, mais nous ont paru intéressantes à analyser.

Les caractéristiques de l'environnement communautaire :

- l'inoccupation professionnelle chez le père
- l'inoccupation professionnelle chez la mère
- la notion d'alcoolisme chez le père

Les caractéristiques de l'agresseur :

- le sexe
- la place dans la famille
- la notion d'alcoolisme
- l'inoccupation professionnelle

Ces caractéristiques ont été recherchées dans les différentes pièces de chaque dossier, à savoir dans les procès verbaux, les rapports des travailleurs sociaux

intervenant à domicile, les rapports d'expertise psychiatrique, les rapports d'expertise psychologique, les rapports d'étude de personnalité.

Au total 27 caractéristiques ont été initialement étudiées.

#### 4. Procédure d'analyse des dossiers

Le recueil des données s'est fait sous forme de tableau Excel. Les résultats ont été consignés sous forme de valeurs absolues et de pourcentages. Le calcul de ces valeurs a été proposé puis validé par le Docteur Julie Dupouy, Médecin Généraliste diplômée en Santé Publique.

### **C. Limites et biais de l'étude**

L'étude a initialement porté sur l'analyse de 50 dossiers de différentes familles traités par le tribunal de grande instance de Toulouse.

Au sein de ces dossiers, sept fratries ont été concernées : six fratries de deux et une fratrie de trois, soit un total de 58 dossiers étudiés. Nous avons ainsi décidé d'analyser les fratries victimes séparément, car nous avons considéré que chaque enfant a son histoire unique avec son vécu personnel. Il nous paraissait indécent de les étudier ensemble, au risque de banaliser la situation.

Le recueil des données a recensé des victimes mineures au moment des faits depuis 1993 jusqu'à 2013.

Les dossiers du tribunal pour enfants concernent uniquement des victimes vivant en Haute-Garonne. Les dossiers d'instruction concernent des victimes vivant en Haute-Garonne, dans le Tarn ou en Ariège.

Comme indiqué précédemment, afin d'obtenir l'objectif initial fixé à 50 dossiers et en vue de limiter un biais de sélection, nous avons étudié des dossiers du tribunal pour enfants et des dossiers suivis par le juge

d'instruction. L'étude a ainsi concerné 34 dossiers du tribunal pour enfants (dont deux fratries de deux et une fratrie de trois) et 24 dossiers suivis par le juge d'instruction (dont quatre fratries de deux).

Il y a des différences notables dans la constitution des dossiers entre ceux du tribunal pour enfants et ceux du juge d'instruction. Les dossiers du juge d'instruction se doivent d'être très exhaustifs. En effet, leur contenu doit être conséquent afin de mener l'enquête judiciaire. Ainsi, ces derniers comprennent tous une partie expertise psychiatrique et/ou psychologique où les données familiales et environnementales sont assez complètes. A l'inverse les dossiers du tribunal pour enfants ne comprennent pas systématiquement cette partie-là. De ce fait il y a plus de données manquantes.

De plus, seul le juge d'instruction instruit les situations de crimes (viols) et les mineurs auteurs de crimes.

Il a cependant été décidé de ne pas étudier la spécificité de l'acte abusif, à savoir atteinte sexuelle, agression sexuelle ou viol. En effet, le rôle du médecin généraliste n'est pas de qualifier l'acte, travail qui revient à la justice, mais de dépister les situations.

Sur les 27 caractéristiques étudiées, la situation **précarité** n'a pu être évaluée en raison de données manquantes et par un manque précis de définition de la précarité.

De même, la caractéristique **isolement social** n'a pu être évaluée en raison de données manquantes à ce sujet au sein des dossiers.

La donnée **alcoolisme chez le père** a été notée dès que le mot alcool était notifié dans les dossiers sans se fier à la définition qu'en donne l'OMS en terme de quantité de grammes.

La caractéristique **carence éducative de chaque parent** a été notée présente, même si concrètement non écrite, dès que dans les dossiers on constatait une immaturité des parents ou une absence de repère de leur part. C'est une



donnée vaste qui dépend de l'évaluation des travailleurs sociaux intervenant à domicile.

Nous n'avons pas étudié les **caractéristiques socio-professionnelles** des parents, étant donné que d'après la littérature, les violences sexuelles touchent l'ensemble des catégories professionnelles.

Nous avons ainsi analysé 25 caractéristiques.

## **D. Résultats**

### **1. Caractéristiques de l'enfant victime**

Les enfants victimes d'abus sexuels intrafamiliaux concernent 69% des **filles** et 31% des **garçons**.

La **moyenne d'âge** des enfants victimes d'abus sexuels est de 9,3 ans avec un écart-type de 3,4 ans.

En appliquant les catégories d'âge utilisées par le SNATED, nous pouvons distinguer :

- 1 seul enfant appartient à la classe 0-moins de 3 ans et est âgé de 2 ans aux moments des faits.
- 20,7% des enfants victimes, appartiennent à la classe d'âge 3 à 6 ans.
- Les enfants de la tranche d'âge 7 à 12 ans représentent 58,6 % des victimes.
- Les enfants âgés de 13 à 17 ans représentent 19 % des victimes.

La notion de **handicap de la victime** a été retrouvée dans 3 dossiers.

Le premier enfant est un garçon sourd de naissance. Le deuxième est une fille victime d'une maladie génétique associant des troubles psychotiques et déficitaires. Le troisième enfant est une fille atteinte de déficience mentale.

La notion de **prématurité** a été retrouvée 3 fois sur les 58 dossiers. La donnée n'a pas été retrouvée écrite dans les autres dossiers, soit car elle était absente, soit non précisée.

## 2. Caractéristiques des parents de l'enfant victime

La moyenne de **l'âge de la mère** au premier enfant est de 22,2 ans.

9 mamans étaient âgées de moins de 18 ans à la naissance du premier enfant, 4 avaient 18 ans, 5 étaient âgées de plus de 18 ans et moins de 20 ans et 8 étaient âgées de 20 ans. Au total 45,6% des mamans avaient 20 ans ou moins et 22,8% 18 ans ou moins.

13,8% des **mères présentent une pathologie psychiatrique** préalablement à l'annonce des faits d'abus sexuels, à savoir quatre pathologies dépressives, un syndrome bipolaire, un trouble du comportement, deux déficiences mentales. Dans 1,7 % des cas la donnée était inconnue. N'ont pas été prises en compte les pathologies dépressives post réactionnelles à la divulgation des faits de violences sexuelles.

25,9% des **mères ont été victimes dans leur enfance de violences sexuelles** et 8,6% **de violences physiques**, soit un total de 34,5% des mères victimes de violences physiques ou sexuelles. La réponse était inconnue dans 17,2% des cas.

En ce qui concerne les **pères** 19% ont été victimes de **violences physiques**. La donnée **violence sexuelle** n'a été retrouvée dans aucun dossier. Parmi les données 37,9% sont inconnues. La donnée n'a pu être exploitée dans 6,9% des dossiers, où les enfants sont nés de père inconnu.

La caractéristique **carence éducative des mères** a été repérée dans 51,7% des dossiers, et dans 10,3% la donnée était inconnue.

Du côté des **pères**, cette donnée a été retrouvée dans 34,5 % des cas. La donnée était inconnue dans 25,9% des cas. La donnée n'a pu être exploitée dans 6,9% des dossiers où les enfants sont nés de père inconnu.

### 3. Caractéristiques de l'environnement familial

La caractéristique des **maltraitements physiques sur la victime** a été retrouvée dans 43% des dossiers, ce qui représente 25 dossiers sur les 58. Aucune donnée n'a été inconnue.

La donnée **violence conjugale** est présente dans 46,6% des dossiers, soit dans 27 dossiers. Cette situation englobe la violence au sein des parents de l'enfant victime ainsi qu'entre la mère et le beau-père. La donnée est inconnue dans 1,7% des dossiers.

La situation **séparation/divorce** apparaît dans 60,3% des cas. Ce pourcentage inclut les enfants nés de père inconnu. Dans 32,8% des situations, les parents des victimes sont en couple non séparés. Dans 6,9% des situations, un des parents est décédé avant la survenue de l'abus sexuel.

La situation **famille monoparentale** apparaît dans 24,1% des dossiers. 75,9% des familles vivent en couple. Cette donnée inclut les couples formés par les parents des victimes et les couples recomposés formés par la mère et le beau-père.

La caractéristique **famille recomposée** apparaît dans 46,6% des dossiers, c'est-à-dire composition d'un couple, dont l'un au moins, a un enfant d'une union précédente. Cette définition n'inclut donc pas la notion de nouvel enfant au sein de ce couple.

### **La composition de la fratrie et place occupée par la victime :**

La situation d'enfant unique a été retrouvée dans 4 dossiers.

La situation de fratrie sans demi-frère ni demi-sœur, c'est-à-dire sans autre enfant né d'une autre union des parents, est le cas dans 26 dossiers.

La présence au sein d'une famille recomposée de demi-frère et demi-sœur au moins par la maman est le cas dans 26 dossiers. Dans ces cas de figure, nous n'avons pas pris en compte les enfants des pères nés des autres unions. Les relevés de données en devenaient trop complexes.

Dans 2 dossiers il s'agit uniquement de demi-frère et demi-sœur nés d'une union par le père.

15 familles sont composées de plus de 5 enfants dont 12 familles constituées de demi-frères et demi-sœurs.

La place d'**aînée** apparaît dans 15 dossiers soit dans 25,9% des cas, 8 dans des familles recomposées et 7 dans des familles non recomposées.

Dans 16 situations la victime occupe la place de second de la fratrie.

Dans 5 situations la victime est le benjamin de la fratrie.

Dans les autres cas, la place est en milieu de fratrie.

Dans 43% des situations, les familles sont déjà connues des **services sociaux** avant les faits d'abus sexuels sur les enfants.

#### 4. Caractéristiques de l'environnement communautaire

**L'inoccupation professionnelle** a été retrouvée chez 58,6% des **mères**. Dans 1,7% des dossiers, les mères étaient décédées.

22,4 % des **pères** avaient une **inoccupation professionnelle**. La donnée était inconnue dans 6,9% des cas. Les pères étaient décédés dans 8,6% des situations et toujours 6,9% enfants nés de père inconnu.

**L'alcoolisme chez le père** était présent dans 19% des cas. La donnée est inconnue dans 8,6% des dossiers. Les pères sont décédés dans 8,6% des situations. 6,9% des enfants sont nés de père inconnu.

#### 5. Caractéristiques de l'agresseur

Dans 94,8% des cas l'agresseur est de **sexe** masculin et dans 5,2% des cas de sexe féminin.

**La place au sein de la famille** est :

- => Le beau-père dans 31% des cas
- => Le père dans 24,1% des cas
- => Le frère dans 22,4% des cas
- => Le cousin dans 6,9% des cas
- => La mère dans 5,2% des cas
- => Le demi-frère dans 3,4% des cas
- => L'oncle dans 3,4% des cas
- => Le grand-père dans 1,7 % des cas
- => Le frère du beau-père dans 1,7% des cas

L'auteur est mineur dans 29,3% des situations.

29,3% des auteurs sont **alcooliques**, ce qui représente 17 personnes. En ne considérant que les agresseurs majeurs, nous obtenons un pourcentage de 41,5%. La donnée est inconnue dans 3,4% des cas.

La caractéristique **inoccupation professionnelle** chez l'agresseur apparaît présente dans 19% des situations. La donnée est inconnue dans 5,2%.

En ne considérant que les agresseurs majeurs, cette donnée est alors de 26,8% des cas.

Un constat : sur les 18 beaux-pères agresseurs, 15 ont eu des enfants avec la maman de la victime soit 83,3 % d'entre eux.

### **III. Discussion**

#### **A. Caractéristiques de l'enfant victime**

Les victimes de **sexe** féminin sont deux fois plus représentées que les victimes de sexe masculin. Ces résultats corroborent ceux de la littérature qui montrent que les violences sexuelles sont les premières causes des maltraitances sur les filles dès l'âge de 4 ans. (4)

Les victimes les plus représentées appartiennent à la tranche d'**âge** 7-12 ans, soit à la période de la préadolescence. C'est à cet âge là que les enfants ont peut-être plus conscience de la gravité des actes et ainsi les dévoilent plus facilement.

Il est très difficile de repérer les enfants victimes de moins de 3 ans car ce sont des histoires sans parole, où l'enfant n'est pas en mesure de se plaindre. En dehors de signes physiques objectifs d'atteintes des parties génitales, il est beaucoup plus difficile de repérer cette violence à cet âge.

De 3 ans à 6 ans l'enfant peut ne pas comprendre la gravité du caractère abusif de l'agression et être beaucoup plus vulnérable en faisant spontanément confiance aux membres de la famille.

A l'adolescence les enfants sont peut-être plus opposants et peuvent montrer plus de résistance à l'adulte.

Au sein de cette étude, il a été constaté que parfois la parole de l'enfant n'était pas reconnue, avec déni des dires de l'enfant par la famille. Dans de

telles situations, sans le soutien de sa famille, l'enfant aura forcément des difficultés pour témoigner.

La survenue de l'abus sexuel en milieu intrafamilial constitue une forme de violence tout à fait spécifique en raison du poids du secret et des menaces qui entourent cette maltraitance.

Ainsi, à tout âge, il peut être très difficile pour un enfant de témoigner. Dépister de telles situations sera d'autant plus difficile, que l'enfant épris de sentiment de honte, de culpabilité et de peur des conséquences négatives pour la famille, hésitera à révéler les faits.

Le **handicap** source de fragilité a été retrouvé présent dans 3 cas. L'enfant handicapé serait plus facile à manipuler en raison d'une grande vulnérabilité, et n'aurait pas les moyens d'exprimer l'abus.

La **prématurité** a été retrouvée dans 3 dossiers. Les experts s'accordent à dire que la prématurité entrainerait une entrave à la formation de liens affectifs avec la maman qui pourrait être source de maltraitance future. (36)

## **B. Caractéristiques des parents de l'enfant victime**

### 1. La mère

Dans notre étude près d'une maman sur quatre est **âgée** de 18 ans ou moins à la naissance de son premier enfant, et près d'une sur deux est âgée de 20 ans ou moins. La proportion de jeunes mamans dans la population d'enfants victimes semble assez considérable. Notre étude appuie les résultats déjà prouvés qui démontrent que les enfants de mamans ayant été mère jeune sont plus susceptibles d'être victimes de maltraitements sexuelles. (42)

Dans notre étude, 8 mamans sont atteintes d'une **pathologie psychiatrique**. Par leur défaillance dans leur rôle éducationnel, elles peuvent fragiliser leurs enfants et les rendre plus vulnérables.

Plus d'un quart des mères ont été **victimes de maltraitances sexuelles** au cours de leur enfance. En comptabilisant également les cas de **maltraitances physiques**, nous obtenons plus d'un tiers des mères victimes de violences sexuelles ou physiques dans leur enfance.

En dehors des cas de familles transgénérationnelles d'inceste, où il est admis que les victimes ont tendance à reproduire les sévices subis sur leurs propres enfants. (49) Que pouvons-nous dire de la mère victime mais non auteur ? Inconsciemment, laisse t-elle la situation se reproduire ? Son parcours chaotique la rend-elle défaillante dans la protection de ses enfants ? Est-elle à jamais marquée par le sceau de l'antécédent de violence au point qu'elle ne puisse à son tour protéger ses enfants ? Les explications données seraient la mise en évidence d'un manque de repères éducationnels chez les victimes d'inceste, ce qui pourrait avoir un retentissement dans l'éducation de leurs propres enfants en étant incapables de les protéger. (1) Il semblerait ainsi opportun de prendre en considération dans l'interrogatoire de nos patientes l'éventualité de maltraitances dans leur enfance.

Dans plus de la moitié des dossiers, les mères des victimes présentent elles-mêmes une **carence éducative**. Ce manque de repères éducationnels semble expliquer leurs difficultés à assurer l'éducation de leurs propres enfants, et leur protection. Leurs enfants seraient plus livrés à eux-mêmes et plus vulnérables. Une histoire d'enfance difficile serait délétère à l'expérience de la parentalité.

## 2. Le père

19% des pères sont victimes de **violences physiques**, ce qui est moindre que chez les mères. Cependant, en ne considérant que les pères auteurs, on



constate que plus d'un quart (28%) d'entre eux ont été victimes de violences physiques dans leur enfance. Les raisons évoquées à ce sujet tendent à dire que les parents victimes éprouveraient des difficultés à traverser les cycles de la vie et projeteraient leur souffrance endurée sur leurs propres enfants. (49)

D'autres explications suggèrent que des expériences traumatisantes durant l'enfance peuvent faire ressentir à l'enfant de la colère mais aussi un désir de vengeance. A l'âge adulte cette colère peut se retourner contre l'entourage familial en reproduisant sur leurs propres enfants ce qu'ils ont vécu. (49)

Il est cependant clair et il est nécessaire de le reformuler car la majorité des enfants maltraités ne deviennent pas maltraitants. (48)

**La carence éducative** a été retrouvée chez plus d'un tiers des pères. Tout comme chez la mère, il s'agirait probablement de l'absence de repères élémentaires au cours de l'enfance, qui entrainerait des difficultés dans leur fonction parentale.

### **C. Caractéristiques de l'environnement familial**

Dans une moyenne de 2 dossiers sur 5, la caractéristique des **maltraitements physiques sur l'enfant** est présente. Cela peut s'expliquer par la violence physique qui peut accompagner l'abus sexuel. Cela explique aussi que les familles à interaction violente sont plus susceptibles que les autres à passer à la violence sexuelle. Dans nos dossiers, la notion de maltraitements physiques était en général préalable à l'abus sexuel. La maltraitance deviendrait en quelque sorte un mode de vie où le fonctionnement familial n'aurait plus de limite et le passage à l'acte sexuel pourrait être une conséquence inévitable. (49)

Dans presque un cas sur deux il y a existence de **violences conjugales**. Dans notre étude les violences conjugales englobent celles entre les parents et entre la mère et le beau-père. Cette caractéristique est aussi bien présente lorsque le père et le beau-père sont auteurs, mais également lorsqu'il s'agit d'un autre membre de la famille. Ce constat corrobore les résultats de la littérature qui note que les enfants évoluant dans un univers de violence conjugale seraient plus exposés aux violences sexuelles. Comme précédemment noté, la violence semble devenir un mode de vie de fonctionnement familial où il n'y a plus de limites dans l'escalade de la violence. (49)

Dans notre étude, près de deux tiers des couples parents des victimes sont **séparés ou divorcés**. Cette analyse va dans le sens des résultats de l'ODAS qui repère ce risque en deuxième position dans les facteurs à l'origine du danger. Ces situations de conflit et rupture pourraient fragiliser l'enfant et diminuer la disponibilité des parents. (5)

La caractéristique **famille monoparentale** est retrouvée présente dans 24,1% des dossiers. Ces résultats suivent les résultats de l'ODAS qui en 1999 retrouvait 27% de familles monoparentales chez les enfants maltraités. Les explications données sont les difficultés qui sembleraient découler de la monoparentalité, à savoir, les difficultés matérielles, l'isolement, l'absence de contreponds d'un parent, qui rendraient la fonction parentale plus complexe. (4). On peut aussi penser que la vulnérabilité de l'enfant dans un foyer monoparental serait due au manque du modèle du parent, qui entraînerait un manque de repères pour cet enfant fragilisé.

A l'inverse, les **familles recomposées** apparaissent dans 46,6% des cas, soit presque deux fois plus que les familles monoparentales.

Dans 18 de ces dossiers, soit dans 2/3 des cas, il s'agit du beau-père agresseur. Au sein de ces 18 familles, nous constatons que dans 15 dossiers, le beau-père agresseur a eu au moins un enfant avec la maman de la victime. De plus, aucun de ces beaux-pères n'a abusé de ses propres enfants. Ce constat nous indique que dans les familles recomposées, le beau-père, semble être une menace pour les enfants non issus de sa lignée. Cette constatation nous fait suggérer que ces agressions intrafamiliales sont des abus tout à fait spécifiques, qui ne peuvent être circonscrits aux définitions de la pédophilie. Dans les situations où l'agresseur est un autre membre de la famille, le risque pourrait être expliqué par ces changements familiaux qui viendraient perturber la fonction parentale.

Dans notre étude nous avons étudié la **composition de la fratrie**, à savoir la présence de demi-frères et demi-sœurs nés d'unions précédentes ou actuelles de la mère. C'est le cas dans quasiment la moitié des dossiers.

Nous avons également étudié le nombre d'enfants par famille. Au sein de 15 familles, la fratrie est composée de plus de 5 enfants. Parmi ces 15 familles 80% sont constituées de demi-frères et demi-sœurs. Cette constatation corrobore les analyses de la littérature qui mettent en avant que le risque de maltraitance augmente dans les familles où la composition du ménage change souvent et ayant beaucoup d'enfants. L'explication retenue pourrait être que la fonction parentale serait vite dépassée lorsque la cellule familiale comporterait beaucoup d'enfants, et où le soutien apporté à chacun serait moindre (36)

**Les places des victimes** au sein de la fratrie, les plus souvent retrouvées sont : la place d'aînée (retrouvée dans un quart des situations) et la place de second (dans un peu plus d'un quart des situations).

Nous n'avons pas retrouvé de données dans la littérature française. Nous ne pouvons donc comparer ces résultats mais simplement mettre en avant que les places en tête de fratrie semblent être les positions les plus à risque. Nous pourrions supposer qu'avec la naissance d'autres enfants, les aînés seraient plus exposés et moins protégés.

Dans notre étude, 43% des familles sont déjà connues des **services sociaux** préalablement aux allégations d'abus sexuels. Cela nous montre qu'il est essentiel de redoubler de vigilance lors des consultations de ces familles déjà signalées en difficulté.

Cependant ce chiffre pose deux questions. Est-il plus facile de repérer les abus sexuels chez ces familles déjà connues ? Ou est-ce une situation réellement à risque ?

#### **D. Caractéristiques de l'environnement communautaire**

**L'inoccupation professionnelle** est présente chez la **mère** dans plus de la moitié des dossiers contre moins d'un quart chez les **pères**. Ces résultats sont avant tout représentatifs de la population générale où les mamans sont plus souvent mères au foyer que les hommes. Ces résultats soulignent également le fait que l'inoccupation professionnelle entrainerait un isolement social et fragiliserait ainsi la famille, qui pourrait être moins apte à protéger leurs enfants.

**L'alcoolisme** est présent chez le **père** dans 19% des dossiers, et chez 42% des pères agresseurs.

Dans le cas d'alcoolisme chez le père agresseur, on pourrait expliquer que l'effet désinhibant de l'alcool favoriserait les passages à l'acte violent et donc sexuel.

De plus être un parent sous l'emprise de l'alcool peut entraver et compromettre l'exercice de la parentalité. Leurs facultés psychiques sont défaillantes et entraîneraient ainsi négligence et défaut de surveillance.

### **E. Caractéristiques de l'agresseur**

Dans près de 95% des cas, l'auteur est de **sexe** masculin. Ce constat corrobore les études déjà menées.

Les auteurs mineurs représentent 29,3% des situations. Comment expliquer cette donnée ? Les écrits des psychiatres s'accordent à dire qu'il est nécessaire de prendre en compte l'histoire personnelle et familiale pour comprendre l'acte transgressif de l'auteur mineur. Dans quelques cas, les mineurs reproduiraient ce qu'ils auraient eux-mêmes vécu. C'est la situation de la répétition transgénérationnelle de l'acte sexuel où les auteurs ont eux-mêmes été victimes. Dans les situations où le mineur n'aurait pas été victime, il s'agirait plutôt de troubles psychopathologiques, traduisant une souffrance chez celui-ci.

41,5 % des agresseurs majeurs sont **alcooliques**. Ces résultats renforcent les explications précédentes en reconnaissant l'effet désinhibant de l'alcool, qui favoriserait la violence.

26,8% des agresseurs majeurs sont **inoccupés professionnellement**. Le risque augmenterait lorsque la présence de l'agresseur au domicile est plus longue.

Les **places** occupées par les auteurs sont celles de beau-père puis celle de père. L'enfant est certainement plus exposé à ces personnes masculines qu'il côtoie au quotidien.

#### **IV. Propositions pour le médecin de premier recours**

Le médecin généraliste est certes de plus en plus sensibilisé à la maltraitance sexuelle, notamment avec de nombreuses affaires médiatisées sur ce sujet. Cependant, ce domaine de la pratique médicale est souvent peu abordé dans le cursus universitaire. Ainsi, peu d'outils sont fournis au médecin généraliste pour l'aider dans le repérage. La Haute Autorité de Santé l'a largement souligné en 2011 : le médecin généraliste, en situation de doute, par manque de connaissance, par peur de l'erreur ou de conséquences, hésitera à signaler un enfant maltraité. De même, la spécificité de l'abus sexuel en milieu intrafamilial rend la situation d'autant plus complexe, que le tabou, les non-dits, le poids du secret restent omnipotents.

Au sein de notre étude, nous avons, à partir de la littérature, pu mettre en évidence des situations à risque qui reviennent plus fréquemment que d'autres. Ces situations concernent les caractéristiques personnelles de l'enfant victime et de ses parents, ainsi que l'environnement familial et communautaire. Ces données nous paraissent accessibles au médecin spécialiste en médecine générale. En effet de part sa situation privilégiée de médecin de premier recours, il est le plus à même à pouvoir repérer et dépister ces situations à risque.

##### **A. Eléments à rechercher à l'interrogatoire**

=> A l'instar du recueil des antécédents personnels médicaux, chirurgicaux et familiaux, peut-être serait-il opportun d'intégrer dans la liste des antécédents, ceux de la violence physique et sexuelle subis dans l'enfance. En effet cette situation peut se retrouver de génération en génération. Prendre en considération un tel événement traumatisant durant l'enfance, nous permettrait d'être alertés et vigilants sur une possible fragilité du parent

maltraité et sur une plus grande vulnérabilité de l'enfant. Nous pourrions ainsi apporter aux parents l'aide et le soutien dont ils peuvent avoir besoin dans les secteurs de la vie familiale et dans la manière de protéger leurs enfants.

=> Il peut être intéressant d'avoir des précisions sur le vécu des parents dans leur enfance, et repérer ainsi les situations de carence éducative. En effet, un parent qui n'a pas vécu dans un univers familial serein est plus à risque d'éprouver des difficultés dans l'éducation de ses propres enfants et moins apte à leur apporter la protection nécessaire en cas de danger et de maltraitance.

=> De même, il semblerait légitime d'évoquer la question de la violence conjugale au cours de l'interrogatoire. C'est une situation qui se retrouve fréquemment dans les dossiers d'enfants victimes d'inceste, où la violence devient un mode de fonctionnement familial. Face à une mère de famille, il peut être souhaitable d'aborder la question de la violence au sein du couple. Cette question se doit, bien évidemment d'être évoquée avec tact et mesure en rappelant à la patiente notre stricte obligation envers le secret médical. Evoquer cette question pourrait nous être utile pour évaluer l'environnement familial où évolue l'enfant.

### **B. Situations à repérer**

=> Un environnement alcoolique autour de l'enfant serait utile à noter dans son dossier médical. On pointe du doigt qu'il y a risque de danger avec possibilité de maltraitance, ce qui nécessite une vigilance accrue.

=> Nous devons être alertés dès qu'un enfant bénéficie d'une prise en charge socio administrative ou judiciaire, car pour cet enfant, le risque de maltraitance sexuelle semble plus grand.

=> Sans stigmatiser les familles recomposées, il peut être cependant opportun de les repérer ainsi que les couples en instance de séparation ou divorce. En effet, ces situations fragilisent la cellule familiale et rendent les enfants plus vulnérables.

=> En retenant au sein de notre étude les caractéristiques les plus fréquentes, nous pouvons définir un profil type agresseur/agressé. Le portrait le plus à risque semble être :

- un enfant : - de sexe féminin âgé de 7 à 12 ans,  
- aîné ou second de la famille,
- dont la maman a été victime de violences physiques ou sexuelles dans son enfance,
- vivant dans une famille recomposée avec un beau-père alcoolique, et des demi-frères et demi-sœurs issus de ce nouveau couple.

Cette situation représente le profil type de l'enfant victime et du beau-père agresseur.

Bien évidemment il est nécessaire de prendre en considération tous ces éléments de manière pondérée. En aucun cas nous ne devons stigmatiser telle ou telle situation et considérer que la violence sexuelle en sera une conséquence inéluctable. Malgré tout, nous devons avancer dans nos pratiques professionnelles et développer des outils pour nous aider à repérer ces situations.



*« La philosophie de la non-stigmatisation aboutit à l'oubli de milliers d'enfants abandonnés dans leur silence et à la répétition, dans une même famille, des mêmes faits graves sur les enfants suivants... ». (50)*

Ainsi, sans tomber dans la suspicion systématique, nous devons manifester plus de vigilance et être plus alertés dans les situations à risque précédemment citées. Connaître les situations à risque des maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur est une des étapes essentielles dans le dépistage de ces cas.

## Conclusion

Les maltraitances sexuelles chez le mineur en milieu intrafamilial sont des situations fréquentes, graves mais sont sous évaluées en raison d'un manque certain de connaissance et d'ambition dans le repérage.

L'étude de 58 dossiers de cas d'inceste sur mineurs nous a permis de détecter des situations à risque et de mettre en évidence des signaux d'alerte facilement identifiables pour le médecin généraliste.

Ainsi, au sein de notre étude, nous avons constaté que les filles sont plus souvent agressées sexuellement que les garçons. L'âge le plus fréquent se situe entre 7 et 12 ans.

L'agresseur est dans la majorité des cas de sexe masculin, et est le plus souvent le beau-père ou le père. Les agresseurs majeurs sont alcooliques dans plus de 40% des cas.

Les mamans des victimes ont elles-mêmes souvent connu cette violence dans leur enfance. Beaucoup d'entre elles ont eu leur premier enfant à 20 ans ou moins.

La carence éducative des parents est fréquemment constatée au sein de ces familles.

La violence conjugale est une situation qui revient très souvent dans l'environnement familial. De même, les violences physiques sur l'enfant sont des situations souvent retrouvées.

Les familles recomposées et nombreuses sont des situations souvent constatées dans nos dossiers, par rapport à la population générale, comme nous l'indique l'ODAS.

De même, les situations de séparation et divorce sont des caractéristiques fréquemment rencontrées.

La place de l'enfant victime dans la fratrie est plus souvent l'aîné ou le second de la famille. Dans plus de 40% des cas, ces familles sont déjà connues des services sociaux avant les faits d'agressions sexuelles.

L'ensemble de ces caractéristiques constitue des situations à risque que le médecin de famille doit savoir et pouvoir repérer.

Face à une situation d'inceste, que ce soit en cas de faits avérés, de doutes ou de présomption, le médecin traitant se doit de protéger l'enfant en faisant un signalement au procureur de la République. Il s'agit là d'une dérogation au secret médical, qui le protège de toute poursuite judiciaire.

Le médecin généraliste a indéniablement un rôle central à tenir dans le dépistage et le signalement des cas de maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur.

Intégrer dans l'interrogatoire de manière systématique les antécédents de violence subis par les parents ; rechercher l'existence de violence dans l'univers familial ; savoir rechercher les autres situations environnementales et familiales à risque nous aiderait peut-être à repérer ces familles déjà fragilisées. Nous serions ainsi alertés sur une plus grande vulnérabilité de l'enfant, plus susceptible d'être maltraité sexuellement.

La formation du médecin généraliste doit aller en ce sens, en se basant sur des recommandations validées, tant dans le cadre de sa formation initiale que post universitaire.

C'est en avançant dans cette voie que peu à peu nous arriverons à faire diminuer ces situations et à préserver l'intégrité physique et psychique de nos enfants.

## **Bibliographie**

1. Haute Autorité de Santé. Recommandations de Bonne Pratique. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur, 2011
2. FINKELHOR D., The international epidemiology of child sexual abuse. *Child abuse and Neglect*, 1994, 18 (5), pp 409-417.
3. CIAVALDINI A., CHOQUET M., Quelles sont les données épidémiologiques concernant la maltraitance sexuelle et ses conséquences sur la santé ? In : Conséquences des maltraitances sexuelles. Reconnaître, soigner, prévenir. Paris : John Libbey Eurotext , 2004, p 23.
4. Observatoire national de l'action sociale décentralisée. (ODAS) BELLAMY E., GABEL M., PADIEU H., ODAS/SNATEM. Protection de l'enfance : mieux comprendre les circuits, mieux connaître les dangers. 1999 [http://odas.net/IMG/pdf/199904\\_Ouvrage-odas-ProtectionEnfance.pdf](http://odas.net/IMG/pdf/199904_Ouvrage-odas-ProtectionEnfance.pdf)
5. Observatoire national de l'action sociale décentralisée. (ODAS) Protection de l'enfance : une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs. La lettre de l'ODAS, 2007, Novembre. [http://odas.net/IMG/pdf/200711\\_protection\\_enfance\\_2007.pdf](http://odas.net/IMG/pdf/200711_protection_enfance_2007.pdf)
6. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport de la Consultation sur la Prévention de la Maltraitance de l'Enfant. Genève, 1999, 29-31 Mars
7. SANCHEZ J.L., GABEL M., PADIEU C., L'observation de l'enfance en danger : guide méthodologique, ODAS, 2001, Mai, 38p <http://odas.net/Ouvrage-L-observation-de-l-enfance>
8. Organisation Mondiale de la Santé et International society for prevention of child abuse and neglect. BUTCHART A., PHINNEY HARVEY A. et al. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données. Genève, 2006

9. Code Pénal : articles 227-25, 227-26, 227-27, 222-22, 222-27, 222-28, 222-29-1, 222-30, 222-23, 222-24. [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
10. Conseil constitutionnel, BRUNO L., Commentaire. Décision n° 2011-222 QPC du 17 Février 2012.
11. Code Civil : Article 161 [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
12. JASPARD M., et équipe ENVEFF. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France, Paris, 2003. La documentation française, 350p.
13. Direction de la Recherche des études, de l'Évaluation et des Statistiques DRESS. Etudes et résultats. Les violences subies par les personnes âgées de 18 à 75 ans. Premiers résultats de l'enquête événement de vie et santé. 2007, Septembre.
14. BAJOS N., BOZON M., Equipe CSF. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. Population et sociétés, 2008, 445, p 1-4
15. IPSOS, IPSOS Public affairs, Les français face à l'inceste. 2009 [www.ipsos.fr](http://www.ipsos.fr)
16. République française. GIP enfance en danger. ONED, SNATED. Rapport 2009. <http://www.allo119.gouv.fr/activites>
17. République française. GIP enfance en danger. ONED, SNATED. Rapport 2010. <http://www.allo119.gouv.fr/activites>
18. République française. GIP enfance en danger. ONED, SNATED. Rapport 2011. <http://www.allo119.gouv.fr/activites>
19. Préfecture de police. Zoom sur la brigade de protection des mineurs (BPM). PPRAMA : le panorama hebdomadaire de la préfecture de police, 2011, 159.
20. Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice. (INHESJ) Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales. (ONDRP) Criminalité et délinquance enregistrées en 2012. Bulletin annuel, 2012, p 60. [http://www.inhesj.fr/sites/default/files/bulletin\\_annuel\\_2012.pdf](http://www.inhesj.fr/sites/default/files/bulletin_annuel_2012.pdf)

21. Observatoire national de la délinquance. (OND) TOURNIER P.V., Violences sexuelles, approche de démographie pénale, 2008.
22. Ministère de la justice. Les condamnations 2011.  
[http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/stat\\_conda2011.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_conda2011.pdf)
23. JOSSE E., Déceler les violences sexuelles faites aux enfants, 2007
24. PICHEROT G., DUFILHOL-DRENO L., et al, Comment reconnaître une maltraitance sexuelle récente chez l'enfant de 0 à 3 ans ? In : Conséquences des maltraitances sexuelles, reconnaître, soigner, prévenir. Paris : John Libbey Eurotext, 2004, pp 67-71
25. NATHANSON M., GUETTIER B., Comment reconnaître une maltraitance sexuelle récente chez l'enfant de 3 ans à la puberté ? In : Conséquences des maltraitances sexuelles, reconnaître, soigner, prévenir. Paris : John Libbey Eurotext, 2004, pp 73-82.
26. HUERRE P., Comment reconnaître une maltraitance sexuelle récente chez l'adolescent ? In : Conséquences des maltraitances sexuelles, reconnaître, soigner, prévenir. Paris : John Libbey Eurotext, 2004, pp 83-86.
27. Code de déontologie. Article 43, 44.
28. Code pénal. Articles 434-3, 223-6, 226-13, 226-14, 226-10.
29. Code de l'action sociale et des familles. Article L226-22.
30. Ministère de la Justice. Direction des Affaires Criminelles et des Grâces. Enfants victimes d'infractions pénales : guide de bonnes pratiques. Du signalement au procès pénal, 2003.
31. Ministère de la Santé et des Solidarités. La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation. Guide pratique, protection de l'enfance.
32. SENAT. DINI M., Proposition de loi, adoptée par l'assemblée nationale, relative au suivi des enfants en danger par la transmission des informations. Rapport n°370, 2012, Février
33. Ordre national des Médecins. Signaler la maltraitance.  
<http://www.conseil-national.medecin.fr/>

34. KREMP L., Puériculture et pédiatrie, 7<sup>ème</sup> édition, Paris : Lamarre, 2007, p83.
35. LOPEZ G., Enfants violés et violentés, le scandale ignoré, Paris : Dunod, 2013, pp 169-197.
36. Organisation Mondiale de la Santé. KRUG E., DAHLBERG L., Rapport mondial sur la violence et la santé, Genève, 2002.
37. Société Francophone de Médecine d'Urgence. Maltraitance : dépistage, conduite à tenir aux urgences (en dehors des maltraitances sexuelles). Conférence de consensus, Nantes, 2004.
38. MAY-CHAHAL C., HERCZOG M., L'abus sexuel des enfants en Europe, Conseil de l'Europe Eds, 2004, 286p.
39. HAYEZ J-Y. Facteurs de risque ou de protection chez le mineur d'âge victime d'abus sexuel. In Conséquences des maltraitances sexuelles, reconnaître, soigner, prévenir. Paris : John Libbey eurotext, 2004, pp 47-61.
40. FISCHER DG., McDONALD WL., Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. Child Abuse and Neglect, 1998, 22, (9), pp 915-929.
41. GABEL M., KUPERMINE J., et al. Observatoire national de l'enfance en danger. Les cahiers de l'ODAS, l'enfance en danger : signalements et réponse en 1996, 1997.
42. STIER D.M., LEVENTHAL J.M., et al. Are children born to Young mothers at increased risk of maltreatment ? Pediatrics, 1993, 91 (3), pp 642-648.
43. FLEMING J., MULLEN P., et al. A study of potential risk factors for sexual abuse in childhood. Child Abuse and Neglect, 1997, 21 (1), pp 49-58.
44. MIAN M., MARTON P., et al. Familial risk factor associated with intrafamilial and extrafamilial abuse of three to five year old girls. Can J Psychiatry, 1994, 39 (6), pp 348-353.

45. CONGRES DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE LANGUE FRANCAISE (94, 1996 ; Toulon), Syndrome traumatique du viol et de l'inceste. Toulon : Masson, 1996, 271p.
46. Observatoire national de l'action sociale décentralisée. (ODAS) Protection de l'enfance. Observer, évaluer pour mieux adapter nos réponses. Rapport de l'ODAS, 2005.
47. VOGELTANZ N.D., WILSNACK S.C., et al. Prevalence and risk factors for childhood sexual abuse in women : national Survey findings. Child abuse and Neglect, 1999, 23 (6), pp 479-592.
48. JOSSE E., Causes et facteurs de risque des violences sexospécifiques et sexuelles exercées contre les enfants, 2010.
49. TISON B., Enfants, adolescents maltraités-maltraitants, comment peuvent-ils s'en sortir ? Lyon : Chronique sociale, 2011, 206p.
50. TURSZ A., La maltraitance cachée : pour une meilleure connaissance épidémiologique. Archives de Pédiatrie, 2009, 16, pp 936-939.



## Annexes

ANNEXE 1 - ATTEINTE SEXUELLE, AGRESSION SEXUELLE, VIOL :  
DEFINITIONS DU CODE PENAL

ANNEXE 2 - LEGISLATION DU SIGNALEMENT

ANNEXE 3 - LES DEUX VOIES DU SIGNALEMENT : ADMINISTRATIF  
ET JUDICIAIRE

ANNEXE 4 - FONCTIONNEMENT DE LA CELLULE DE RECUEIL ET  
DES INFORMATIONS PREOCCUPANTES

ANNEXE 5 - LETTRE TYPE DE SIGNALEMENT

ANNEXE 6 - COURRIERS

ANNEXE 1 - ATTEINTE SEXUELLE, AGRESSION SEXUELLE, VIOL :  
DEFINITIONS DU CODE PENAL

**A L'atteinte sexuelle**

**Article 227-25**

Le fait, par un majeur, d'exercer sans violence, contrainte, menace ni surprise une atteinte sexuelle sur la personne d'un mineur de quinze ans est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros.

**Article 227-26**

L'infraction définie à l'article 227-25 est punie de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende :

1° Lorsqu'elle est commise par un ascendant ou par toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ;

2° Lorsqu'elle est commise par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ; (...)

**Article 227-27**

Les atteintes sexuelles sans violence, contrainte, menace ni surprise sur un mineur âgé de plus de quinze ans sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende :

1° Lorsqu'elles sont commises par un ascendant ou par toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ;

2° Lorsqu'elles sont commises par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions.

## **B L'agression sexuelle**

### **Article 222-22**

Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. (...)

### **Article 222-27**

Les agressions sexuelles autres que le viol sont punies de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

### **Article 222-28**

L'infraction définie à l'article 222-27 est punie de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende :

- 1° Lorsqu'elle a entraîné une blessure ou une lésion ;
- 2° Lorsqu'elle est commise par un ascendant ou par toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ;
- 3° Lorsqu'elle est commise par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ; (...)

### **Article 222-29-1**

Les agressions sexuelles autres que le viol sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende lorsqu'elles sont imposées à un mineur de quinze ans.

### **Article 222-30**

L'infraction définie à l'article 222-29 est punie de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende :

- 1° Lorsqu'elle a entraîné une blessure ou une lésion ;
- 2° Lorsqu'elle est commise par un ascendant ou par toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ;
- 3° Lorsqu'elle est commise par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ; (...)

## **C Le viol**

### **Article 222-23**

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

Le viol est puni de quinze ans de réclusion criminelle.

### **Article 222-24**

Le viol est puni de vingt ans de réclusion criminelle :

- 1° Lorsqu'il a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ;
- 2° Lorsqu'il est commis sur un mineur de quinze ans ;
- 3° Lorsqu'il est commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de l'auteur ;
- 4° Lorsqu'il est commis par un ascendant ou par toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ;
- 5° Lorsqu'il est commis par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ; (...)

## ANNEXE 2 - LEGISLATION DU SIGNALEMENT

### Obligation au signalement

#### Code pénal

##### Article 434-3

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

Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13.

##### Article 223-6

Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

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

#### Code de déontologie

##### Article 43

Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage.

## **Article 44**

Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.

Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il alerte les autorités judiciaires ou administratives sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience.

## **Dérogation au secret médical**

### **Code pénal**

#### **Article 226-13**

La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

#### **Article 226-14**

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

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

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques

de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une. Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.

### **Code de l'action sociale et des familles.**

#### **Article L 226-2-2**

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

## Délit de dénonciation calomnieuse

### Code pénal

#### Article 226-10

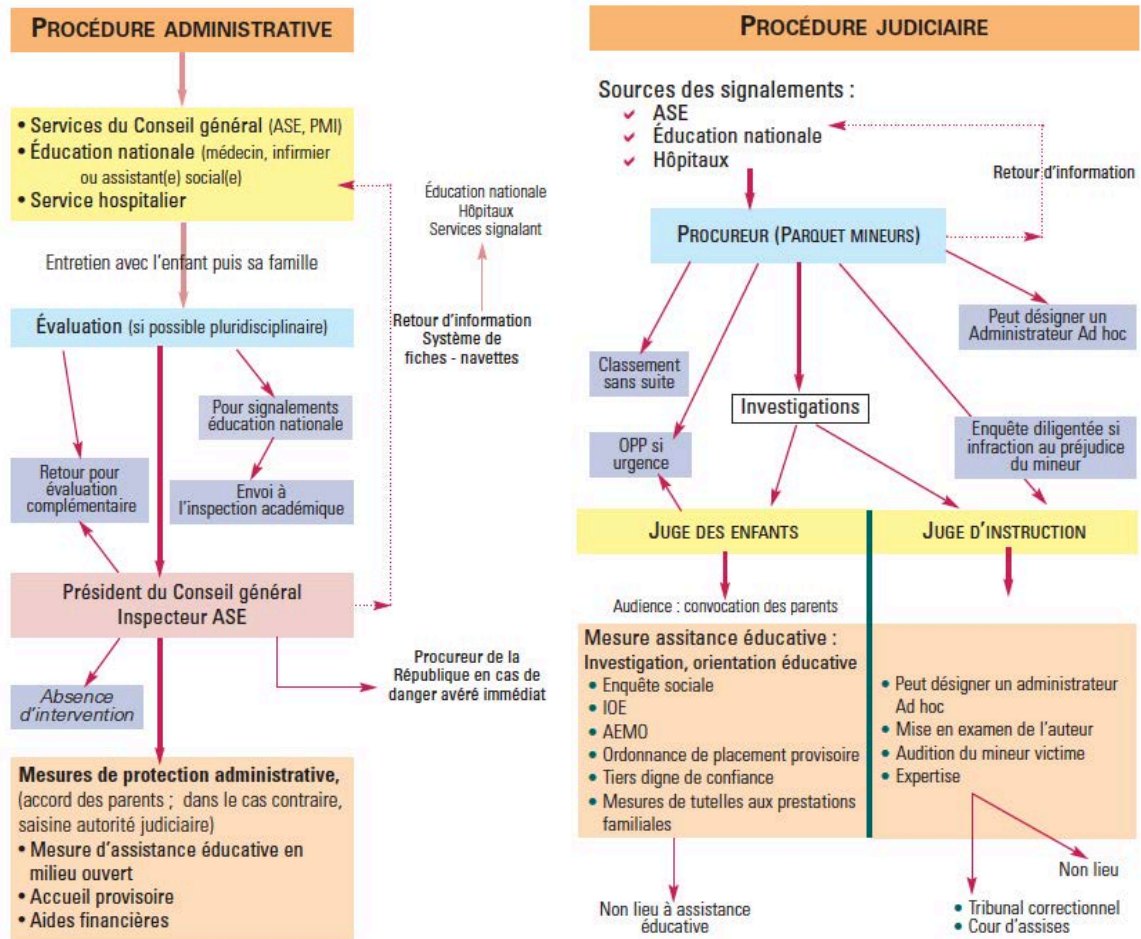
La dénonciation, effectuée par tout moyen et dirigée contre une personne déterminée, d'un fait qui est de nature à entraîner des sanctions judiciaires, administratives ou disciplinaires et que l'on sait totalement ou partiellement inexact, lorsqu'elle est adressée soit à un officier de justice ou de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

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

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

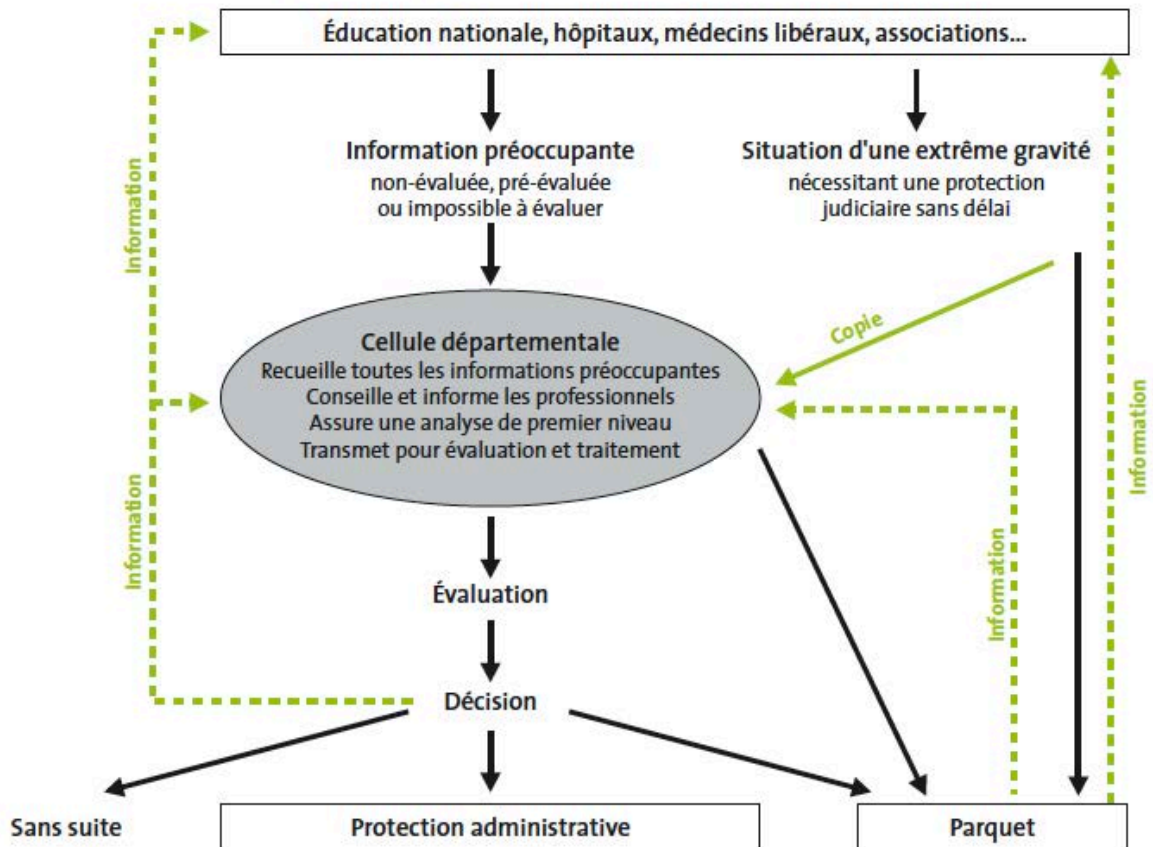


# ANNEXE 3 - LES DEUX VOIES DU SIGNALEMENT : ADMINISTRATIF ET JUDICIAIRE



## ANNEXE 4 - FONCTIONNEMENT DE LA CELLULE DE RECUEIL ET DES INFORMATIONS PREOCCUPANTES

*Schéma de recueil, d'évaluation, de traitement des informations concernant des mineurs en danger ou risquant de l'être*



## ANNEXE 5 - LETTRE TYPE DE SIGNALEMENT

Cachet  
du médecin

**SIGNALEMENT**

*(écrire en lettres d'imprimerie)*

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

- date (jour de la semaine et chiffre du mois) :
- année :
- heure :

L'enfant :

- nom :
- prénom :
- date de naissance (en toutes lettres) :
- sexe :
- adresse :
- nationalité :

Accompagné de *(noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec l'enfant) :*

- la personne accompagnatrice nous a dit que :  
« ..... »  
..... »
- l'enfant nous a dit que :  
« ..... »  
..... »

Cachet du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice : Oui    Non    *(rayer la mention inutile)*

- description du comportement de l'enfant pendant la consultation :  
« ..... »  
..... »
- description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine)
  - 
  - 
  -

Compte-tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.  
Signalement adressé au procureur de la République le :

Fait à \_\_\_\_\_, le .../.../...

Signature du médecin ayant examiné l'enfant :

## ANNEXE 6 - COURRIERS

Marine BLAVIGNAC MOMBOISSE  
Interne en médecine générale  
79 avenue de Lombez  
31300 Toulouse

Madame Audrey ASSEMAT  
Madame le juge des enfants  
Tribunal de Grande Instance de Toulouse

Toulouse, le 22 octobre 2012

Madame le Juge,

Terminant mon internat de médecine générale, et actuellement en 9<sup>ème</sup> année de médecine, je souhaite élaborer mon sujet de thèse sur la maltraitance faite aux mineurs et me centrer sur les sévices sexuels intrafamiliaux.

Cette thèse rentrera dans le cadre des travaux de recherches effectués au sein du département universitaire de Médecine Générale et sera dirigée par le Docteur Yves ABITTEBOUL, maître de conférence à la Faculté de Médecine de Rangueil.

Plusieurs thèses sont déjà parues sur le sujet de la maltraitance sur mineurs, abordant l'approche hospitalière de l'évaluation, du suivi, et de la prise en charge des enfants maltraités.

L'objet de notre thèse serait d'étudier de façon rétrospective les cas d'enfants abusés au sein de leur famille et d'analyser les données familiales et environnementales afin d'établir des facteurs de risque, voire un « profil » type de l'agresseur et de l'enfant abusé. Ces données pourraient nous apporter beaucoup en médecine générale. En effet, de part notre situation privilégiée et notre proximité avec le patient, nous, médecins généralistes sommes en première ligne pour repérer et détecter la maltraitance sexuelle.

Comme l'a souligné la Haute Autorité de Santé, il y aurait chaque année plus de 90% des cas d'incestes qui ne seraient pas signalés à la justice car non repérés ni diagnostiqués. Face à ces données alarmantes, à ce fléau de santé publique, des travaux de recherches semblent essentiels pour avancer dans le repérage de la maltraitance sexuelle en médecine générale.

A cet effet, il me serait fort utile de pouvoir consulter des dossiers se rapportant à mon sujet de thèse.

Je viens donc par la présente solliciter votre accord pour la consultation de dossiers. Il est bien évident que le respect des informations recueillies, l'anonymat des cas étudiés seront respectés.

J'ose espérer que vous puissiez répondre favorablement à ma requête.

Nous sommes, mon Directeur de Thèse et moi-même à votre disposition pour tout entretien éventuel.

Je vous prie de bien vouloir agréer Madame le juge, l'expression de ma haute considération.

Marine Blavignac Momboisse

Marine BLAVIGNAC MOMBOISSE  
Médecin remplaçant  
79 avenue de Lombez  
31300 Toulouse

Monsieur Henri DE LAROSIERE DE CHAMPFEU  
Président du Tribunal de Grande Instance de  
Toulouse

Toulouse, le 1<sup>er</sup> juin 2013

Monsieur Le Président,

Suite à notre entrevue du Jeudi 23 Mai, j'ai remis le jour même à votre secrétaire la lettre écrite pour Madame le Juge Audrey ASSEMAT, datée du 22 Octobre 2012. Or, une série de quiproquos, fait qu'à ce jour ce courrier ne vous a pas été remis. C'est la raison pour laquelle je me permets de vous adresser un nouvel exemplaire. Comme je vous l'ai indiqué, mon travail de thèse consiste à identifier les situations à risque des maltraitances sexuelles intrafamiliales sur mineurs afin de les repérer et d'intervenir plus précocement en Médecine Générale. Ce travail de thèse est sous la direction du Docteur Yves ABITTEBOUL maître de conférence à la Faculté de Médecine de Rangueil, et sous la présidence du Professeur Daniel Rougé Chef de Service de Médecine Légale et Doyen de la Faculté de Médecine. Madame ASSEMAT m'a permis d'accéder aux dossiers de son cabinet se rapportant à mon sujet. Afin d'obtenir 50 dossiers qui est le nombre fixé par mon directeur de thèse, mes recherches se poursuivent maintenant sur les dossiers de Madame le Juge d'instruction Myriam VIARGUES qui m'a également donné son accord

Il est bien évident et je le répète que le recueil de ces données reste anonyme. Je suis vouée au secret médical dans ma profession. Il en est et sera toujours de même au cours de mes recueils et exploitations des données étudiés au sein du tribunal.

Je vous serai très reconnaissante que vous puissiez me permettre de continuer mes recherches.

Si vous souhaitez d'autres précisions je me tiens à votre entière disposition.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma respectueuse considération.

Marine BLAVIGNAC MOMBOISSE

Dr Yves ABITTEBOUL

Toulouse le 4 juin 2013

106, place de la résistance  
46000 Cahors  
Maitre de conférences associé  
à la faculté de médecine de Toulouse

A Mr Henri DE LAROSIERE DE  
CHAMPFEU

Président du Tribunal de Grande  
Instance de Toulouse

Madame Marine BLAVIGNAC-MONBOISSE est actuellement en 9<sup>e</sup> année de médecine et doit finaliser son cursus universitaire par une thèse de doctorat en médecine.

Lors d'un stage pratique, elle a été confrontée à une situation de maltraitance sexuelle chez un enfant. Comment le médecin traitant qui assurait le suivi de cet enfant depuis sa naissance et qui connaissait si bien la famille n'a-t-il pas été alerté ?

La Haute Autorité de Santé signale que près de 90% des cas d'abus sexuels chez les mineurs ne seraient pas dépistés et donc, non transmis à la justice.

La rencontre avec le juge Madame Audrey ASSEMAT a permis d'imaginer le projet suivant, après votre accord, basé sur une question de recherche ; L'examen des dossiers instruits permet-il de faciliter le repérage de ces situations à risque par le médecin de famille ?

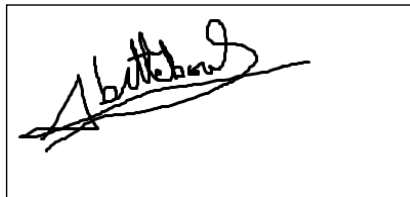
Nous sollicitons donc de votre bienveillance l'autorisation d'analyser 50 dossiers différents afin d'essayer de mettre en évidence des facteurs à risque à repérer.

Bien évidemment, je me dois de sensibiliser ma future consœur à l'aspect fondamental du secret absolu des dossiers instruits et de ses conséquences médicales légales. En tant que directeur de thèse, j'en serai le garant.

Cette question de recherche a donc été soumise au Pr Daniel ROUGE, Doyen de la faculté de médecine de Toulouse Rangueil et professeur de médecine légale qui a accepté de présider cette thèse innovante.

Nos conclusions qui feront l'objet de publications vous seront bien évidemment transmises et j'espère que vous nous ferez l'honneur, si votre emploi du temps le permet, d'être présent à la soutenance de cette thèse le vendredi 11 décembre 2013.

Je vous prie d'accepter, monsieur le président, mes respectueuses salutations.



## TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE TOULOUSE

2, allées Jules Guesde, BP 7015, 31 068 TOULOUSE CEDEX 7, tel 05 61 33 70 10, fax : 05 61 33 7125

Cabinet du président

Toulouse, le 4 juin 2013

LE PRÉSIDENT

A :

M. le docteur Yves ABITTEBOUL  
Maître de conférences associé à la faculté  
de médecine de Toulouse

Docteur,

Vous m'informez du projet d'une de vos étudiantes, Mme Marine Blavignac-Monboisse, d'orienter ses recherches en thèse de médecine sur la maltraitance sexuelle chez l'enfant, ce qui nécessite pour elle l'examen de procédures d'assistance éducative chez un juge des enfants du tribunal de grande instance de Toulouse, qu'elle a contacté.

Il est en principe interdit de laisser examiner des dossiers de procédure judiciaire en cours par des personnes extérieures à l'administration judiciaire, en l'absence d'un texte particulier, qui, en l'espèce, n'est pas prévu.

Compte tenu de l'intérêt scientifique qui s'attache au projet de Mme Blavignac-Monboisse, j'autorise la consultation demandée, qui, du reste, à déjà commencé à être effectuée.

J'entends, toutefois, que l'anonymat des personnes soit respecté de manière très stricte, que les noms, les prénoms, les initiales et les lieux soient changés dans le travail de recherche qui sera établi, et que les noms des institutions (lycée, services sociaux, etc...) n'y figurent pas. L'exigence d'anonymat devra être étendue aux intervenants : noms des juges, des greffiers, des travailleurs sociaux, des médecins, des personnes ayant eu à intervenir à un titre quelconque dans ces affaires.

C'est dans cette mesure, et après avoir reçu l'assurance que cette exigence sera respectée que Mme Blavignac Monboisse pourra continuer à examiner les dossiers sur lesquels elle travaille.

Je vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de ma considération très distinguée.

LE PRÉSIDENT



Henri de LAROSIÈRE de CHAMPFEU



**Risk factors of intrafamilial child sexual abuse.**

**The role of the General Practitioner.**

*Study of 58 cases examined by Toulouse county court.*

Although child sexual abuse within families is common and serious, it is underestimated because of a lack of knowledge of how to identify it.

The general practitioner has a crucial part to play in the early identification of high-risk families.

Fifty-eight cases of child abuse in the county court of Toulouse have been analysed.

Girls are more often victims of sexual abuse than boys (69% and 31% respectively), with children between 7 and 12 years old most at risk. In 95% of cases their abuser is male and most often the child's stepfather or father. One quarter of the victims' mothers were subject to such abuse in their own childhood and almost one woman in two had her first child at the age of 20 or even younger.

Conjugal violence and child physical violence are observed in respectively 47% and 43% of cases. Alcoholism is a characteristic of 41% of adult abusers. Step-families with lots of children are more affected. In all types of families, the eldest or the second eldest children are the most frequent victims. 43% of these families have often been identified as at risk before sexual abuse occurs.

The general practitioner must have the knowledge and training to be able to identify high-risk families on the basis of validated indications.

Key Words : intrafamilial child sexual abuse, risk factor, Général Practitioner.

**Situations à risque de maltraitements sexuelles intrafamiliales chez le mineur.****Rôle du médecin généraliste.***Etude de 58 dossiers du tribunal de grande instance de Toulouse.*

Toulouse le 11 décembre 2013

---

Les maltraitements sexuels chez le mineur en milieu intrafamilial sont des situations fréquentes, graves, mais sous évaluées en raison d'un manque de connaissance dans le repérage. Le médecin généraliste a un rôle central à tenir afin de repérer précocement les situations à risque.

58 dossiers du tribunal de grande instance de Toulouse, portant sur des cas d'inceste sur mineurs, ont été analysés.

Les filles sont plus souvent agressées sexuellement que les garçons (respectivement 69% et 31%). Les enfants les plus exposés sont âgés de 7 à 12 ans. Les agresseurs sont dans 95% des cas de sexe masculin et sont en majorité le beau-père ou le père. Un quart des mères des victimes ont elles-mêmes subi cette violence dans leur enfance. Près d'une sur deux a eu son premier enfant à 20 ans ou moins. La violence conjugale et la violence physique sur l'enfant se constatent dans respectivement 47% et 43% des situations. L'alcoolisme est retrouvé chez 41% des agresseurs majeurs. Les familles recomposées avec beaucoup d'enfants sont plus touchées. Dans l'ensemble des familles, les aînés et les seconds sont plus souvent les victimes. 43% des familles ont été repérées en danger préalablement aux abus sexuels.

Le médecin généraliste doit s'informer et se former à rechercher et repérer ces situations à risque en se basant sur des recommandations validées.

---

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

---

Mots-Clés : maltraitance sexuelle, abus sexuel intrafamilial, mineurs, inceste, situations à risque, médecin généraliste.

---

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne 31062 TOULOUSE Cedex04 – France

---

Directeur de thèse : Docteur Yves ABITTEBOUL

---