



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**

RECOMMANDATIONS

Mai 2011

L'argumentaire scientifique de ces recommandations est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service documentation – information des publics
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Recommandations	4
1 Introduction	4
1.1 Contexte	4
1.2 Thème et objectifs	4
1.3 Professionnels concernés	5
1.4 Patients/usagers concernés	6
1.5 Gradation des recommandations	6
2 Définition des « maltraitances sexuelles intrafamiliales envers un mineur » dans le cadre de ces recommandations	6
2.1 La notion de maltraitance sexuelle chez le mineur	6
2.2 Définition de la notion d'« intrafamiliale »	7
3 Quand doit-on penser à une maltraitance sexuelle intrafamiliale chez un mineur ? ?	7
3.1 Quelles sont les situations à risque de maltraitance sexuelle intrafamiliale ?	7
3.2 Quelles sont les situations de découverte (interrogatoire médical, signes physiques, comportements du mineur, comportements de l'entourage, etc.) ?	8
4 Comment mener l'examen médical physique et psychique en cas de suspicion de maltraitance sexuelle intrafamiliale ?	11
4.1 Accueil et entretien avec le mineur et sa famille	12
4.2 Examen du mineur	13
5 Comment protéger le mineur ?	18
5.1 Signaler aux autorités judiciaires	18
5.2 Hospitaliser le mineur	19
5.3 Les suites du signalement	20
6 Signalement : quand et comment signaler ?	20
6.1 Modalités de rédaction du signalement	20
6.2 Transmission d'un signalement	21
6.3 Cadre juridique du signalement	22
6.4 Existe-t-il des risques à signaler ? Et des risques à ne pas signaler ?	22
7 Conclusion	24
Annexe 1. Cadre législatif	25
Annexe 2. La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation	27
Annexe 3. Sévices à mineur : modèle type de signalement	29
SIGNALEMENT	30
Annexe 4. Méthode Recommandations pour la pratique clinique	32
Participants	35
Fiche descriptive	37

Recommandations

1 Introduction

1.1 Contexte

La HAS a été saisie par la Direction générale de la santé pour élaborer des recommandations sur le thème « Repérage et signalement des maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur ».

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

Les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur ont des répercussions à court et long terme sur la santé physique, le développement psychologique et le bien-être psychosocial des victimes.

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

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

Un rapport a été remis au Parlement par Mme le député Marie Louise Fort en janvier 2009, sur le thème « Mission de lutte contre l'inceste ». Sur la base de ce rapport une proposition de modification de la loi « visant à identifier, prévenir, détecter et lutter contre l'inceste sur les mineurs et à améliorer l'accompagnement médical et social des victimes » a été déposée par Mme Fort devant l'Assemblée le 18 mars 2009.

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

Cette nouvelle loi vise à ce que l'inceste « soit identifié, prévenu, détecté et combattu ». Jusqu'à maintenant, l'inceste n'était pas reconnu en tant que tel dans le code Pénal, l'objectif est donc d'articuler « l'identification et l'adaptation du Code pénal à la spécificité de l'inceste avec sa prévention et l'accompagnement des victimes ».

Les maltraitances sexuelles intrafamiliales décrites dans ces recommandations relèvent des actes incestueux tels que définis dans cette loi.

1.2 Thème et objectifs

Ces recommandations concernent le repérage des maltraitances sexuelles intrafamiliales ou inceste chez le mineur.

Dans ces recommandations, le terme de maltraitances sexuelles intrafamiliales a été choisi par souci d'harmonisation avec d'autres travaux déjà publiés sur le même thème. Les maltraitances sexuelles intrafamiliales sont des « maltraitances sexuelles incestueuses ».

Ce repérage peut porter sur une situation de maltraitance sexuelle intrafamiliale d'évolution récente ou ancienne, toujours présente ou terminée au moment du repérage.

Toutes ces situations peuvent entraîner des traumatismes importants chez le mineur et sa famille, qu'il est nécessaire d'identifier le plus tôt possible et, à défaut, même à distance de l'agression.

L'expression de ces traumatismes et les modalités de repérage peuvent être différentes dans l'enfance, à l'adolescence et à l'âge adulte. À cet égard, il faut rappeler que certaines victimes ne révèlent jamais les faits spontanément ou les révèlent parfois très tardivement à l'âge adulte.

Les mutilations sexuelles sont exclues de ce thème car le contexte spécifique de ces violences justifie des recommandations adaptées.

Conformément à la demande initiale, ces recommandations ne portent que sur l'inceste, soit les maltraitances sexuelles envers un mineur, au sein de sa « famille », telles que définies par la loi du 8 février 2010. Ce choix est guidé par le contexte particulier dans lequel ont lieu ces agressions :

- poids du secret plus important dans le cercle familial, l'agresseur exerçant souvent des menaces et du chantage vis-à-vis du mineur ou de l'adolescent ;
- difficultés plus grandes pour le mineur de parler, si l'agresseur est un des membres de sa famille ;
- retentissement psychologique potentiellement plus important dès lors que le mineur est maltraité par un membre de sa famille ;
- difficultés pour les intervenants de recueillir des informations auprès de l'entourage, alors que l'inceste est souvent soumis au poids du silence ;
- problématique plus difficile à concevoir dans le cercle familial d'un mineur ;
- craintes des professionnels concernant les éventuelles conséquences juridiques d'un signalement, pour les présumés victimes ou auteurs et pour eux-mêmes ;
- difficultés pour le professionnel de détecter ces maltraitances intrafamiliales et leurs conséquences s'il n'a pas reçu de formation.

Les **objectifs de ces recommandations** sont de :

- favoriser un repérage précoce, en effet plus la prise en charge est rapide plus elle s'avère efficace ;
- rappeler le contexte réglementaire, dont la méconnaissance peut être source de retard dans la mise en œuvre de la protection judiciaire ;
- former et informer les professionnels sur ce sujet et favoriser les échanges interdisciplinaires.

Ces recommandations visent à répondre aux questions suivantes :

- Comment définir les maltraitances sexuelles intrafamiliales envers le mineur ?
- Quand doit-on penser à rechercher chez un mineur un risque de maltraitance sexuelle intrafamiliale ?
- Quel bilan initial est recommandé en cas de doute ?
- Quelles démarches peut-on proposer pour protéger le mineur ?
- Quand et comment signaler ?

1.3 Professionnels concernés

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

Les autres professionnels **concernés** sont les infirmières scolaires, les sages-femmes, les puéricultrices, les psychologues, les assistantes sociales, l'ensemble des travailleurs sociaux, tous les professionnels exerçant auprès des mineurs (sphère éducative, etc.) ainsi que les professionnels de la magistrature et de la police.

1.4 Patients/usagers concernés

Ces recommandations concernent tous les mineurs, c'est-à-dire tous les enfants âgés de 0 à 18 ans.

1.5 Gradation des recommandations

L'analyse de la littérature apporte des informations sur des pratiques françaises ou étrangères, qui ont servi de base de réflexion au groupe de travail réuni par la HAS. Les recommandations tiennent compte du cadre réglementaire français actuel. Les données de la littérature identifiée n'ont pas permis de fonder les recommandations sur des preuves. En conséquence, toutes les recommandations reposent sur un accord professionnel au sein du groupe de travail, après avis du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

2 Définition des « maltraitances sexuelles intrafamiliales envers un mineur » dans le cadre de ces recommandations

2.1 La notion de maltraitance sexuelle chez le mineur

Dans le cadre de ces recommandations, la maltraitance sexuelle envers un mineur est définie par le fait de forcer ou d'inciter ce dernier à prendre part à une activité sexuelle. Ceci constitue une atteinte à son intégrité physique et psychique, le mineur n'ayant pas la maturité et le développement suffisants pour en comprendre le sens et/ou les conséquences.

Un mineur est défini selon la loi française comme une personne âgée de moins de 18 ans.

Les activités sexuelles ne se limitent pas aux actes sexuels avec pénétration caractérisée, elles comprennent toutes les formes de violences sexuelles ou d'incitations avec emprise psychologique, soit :

- les activités sexuelles sans contact physique, comme imposer à un mineur de regarder ou de participer à des photographies ou des vidéos à caractère pornographique, imposer à un mineur d'observer des relations sexuelles ;
- les activités sexuelles avec contact physique, incluant :
 - les actes avec pénétration anale ou génitale par un sexe mais aussi par un doigt ou au moyen d'un objet. Les actes avec pénétration orale par un sexe, faite sur le mineur. Le fait d'inciter des mineurs à pratiquer des actes sexuels,
 - les actes sans pénétration (attouchements), avec ou sans violence, contrainte, menace ou surprise ;
- l'exploitation sexuelle d'un mineur, à des fins de pornographie, l'incitation à la prostitution, etc.

2.2 Définition de la notion d'« intrafamiliale »

Selon les textes de loi, les viols et les agressions sexuelles (art. 222-31 du Code pénal), et les atteintes sexuelles (art. 227-27-2 du Code pénal) sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis « au sein de la famille sur la personne d'un mineur par un ascendant, un frère, une sœur ou par toute autre personne, y compris s'il s'agit d'un concubin d'un membre de la famille, ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ».

La notion d'« intrafamiliale » est donc étendue à l'ensemble des personnes décrites dans ces articles, au-delà du cercle restreint composé par les parents et les enfants.

Selon la loi du 8 février 2010 « la contrainte prévue par le premier alinéa de l'article 222-22 du Code pénal peut être physique ou morale. La contrainte morale peut résulter de la différence d'âge existant entre une victime mineure et l'auteur des faits et de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci exerce sur cette victime. »

3 Quand doit-on penser à une maltraitance sexuelle intrafamiliale chez un mineur ?

3.1 Quelles sont les situations à risque de maltraitance sexuelle intrafamiliale ?

Les données de la littérature n'ont pas permis d'identifier des facteurs de risque spécifiques de la maltraitance sexuelle intrafamiliale. Ce type de maltraitance peut survenir quel que soit le contexte familial et social, du plus favorisé au plus modeste.

Cependant, bien qu'aucune ne soit spécifique, certaines circonstances ont été rapportées comme pouvant être en lien avec des situations de maltraitance sexuelle intrafamiliale telles que :

- un mode de fonctionnement familial replié sur lui-même (peu ou pas de relations sociales avec l'extérieur, refus d'intervention extérieure, absence d'implication dans la vie communautaire locale, etc.) ;
- l'absence de repère familial :
 - problème de filiation, absence de repère généalogique,
 - confusion des générations à l'intérieur de la famille (par ex. : adulte avec autorité ayant un faible écart d'âge avec le mineur, un des parents en situation de grande soumission vis-à-vis de l'autre, très jeune âge de la mère) ;
- un climat familial équivoque (insuffisance de limites et d'interdits, érotisation des relations parents/enfants, non-respect de l'intimité, rôles et fonctions parentales non assumés, etc.) ;
- la coexistence ou des antécédents de violence intrafamiliale : par ex. violence conjugale, maltraitance physique, psychologique, carence ou négligence ;
- une situation favorisant un passage à l'acte de l'agresseur : des conduites addictives (alcoolisme, toxicomanie), une pathologie mentale ;
- une rupture d'équilibre au sein de la famille (abandon moral du mineur, conflits fréquents au sein du couple, séparation du couple, deuil, etc.).

Ces situations doivent d'autant plus retenir l'attention lorsqu'elles sont associées entre elles, mais les maltraitances sexuelles intrafamiliales peuvent aussi survenir en l'absence des différentes circonstances mentionnées ci-dessus.

Nous ne disposons pas d'études permettant d'avoir une évaluation précise de l'épidémiologie qui reste donc difficile à apprécier. Selon les données publiées, les

maltraitances sexuelles intrafamiliales seraient plus fréquentes chez les filles et l'auteur de ces violences serait le plus souvent un homme, mais les rapports issus des pratiques professionnelles soulignent que le nombre de victimes chez les garçons est sous-estimé car ceux-ci sont plus réticents à se confier que les filles.

Il est **recommandé** d'envisager la possibilité d'une maltraitance sexuelle intrafamiliale :

- quel que soit le niveau socio-économique de la famille ;
- quel que soit l'âge du mineur, et parfois même extrêmement tôt, dans les premiers mois de la vie ;
- quel que soit le sexe du mineur ;
- quel que soit le sexe et l'âge de l'auteur présumé :
 - la maltraitance sexuelle peut être commise par des femmes mais elle reste méconnue car plus rarement évoquée,
 - l'agresseur peut être mineur, parfois même plus jeune que la victime ;
- et plus particulièrement dans les circonstances à risque mentionnées précédemment qui ne sont cependant pas spécifiques de la maltraitance sexuelle intrafamiliale.

3.2 Quelles sont les situations de découverte (interrogatoire médical, signes physiques, comportements du mineur, comportements de l'entourage, etc.) ?

► Circonstances de découverte

Principaux contextes de découverte

Les circonstances de découverte des maltraitances sexuelles sont variées, elles peuvent être :

- repérées par un professionnel de santé (médecin généraliste, pédiatre, médecin scolaire, pédopsychiatre, psychiatre, puéricultrice, infirmière scolaire, etc.), lors d'une consultation ou dans le cadre d'un suivi, face à des signes pour lesquels il n'y a pas d'explication rationnelle ;
- repérées par un professionnel de l'enfance (assistante sociale, éducateur, ou professionnel exerçant au sein d'une école, une crèche, un centre de loisirs) ou par l'entourage plus ou moins proche de la victime (famille, amis, voisins) face à des signes suscitant le doute ou l'inquiétude et pour lesquels il souhaite demander un avis médical ;
- révélées par le mineur lui-même à travers des propos évocateurs parfois explicites, émis auprès de son entourage qui sera alors à l'origine du dévoilement (camarade d'école, professeur, amis, famille, personnel travaillant auprès des enfants [école, crèche, centre de loisirs]) ou d'un professionnel de santé.

Les faits évoqués par le mineur peuvent être actuels ou plus anciens et dévoilés alors qu'ils sont terminés.

Ces propos peuvent survenir sous la forme d'un dévoilement fortuit, à l'occasion d'un besoin de se confier (parfois en les présentant sous le couvert du « secret ») ou lors d'une révélation délibérée du mineur.

Le dévoilement du mineur

Lors du dévoilement du mineur, il est **recommandé** de porter une attention particulière à l'attitude qui accompagne les propos du mineur et à interpréter cette attitude avec prudence et bienveillance.

En effet, certains mineurs peuvent présenter des comportements qui semblent parfois contradictoires :

- « dévoiler » tout en fuyant le regard de leur interlocuteur par gêne ou par malaise ;
- en donnant quelques bribes d'éléments significatifs au milieu d'une conversation ayant trait à un autre sujet ;

- en évoquant les faits tout en les banalisant (le professionnel se trouve alors face à un discours d'une grande gravité sans rapport avec l'attitude du mineur) ;
- adopter une attitude de distanciation vis-à-vis des faits rapportés ;
- rapporter les faits en attribuant les propos à un autre enfant ; en parlant à la troisième personne ;
- avoir une attitude provocante, agitée, en opposition permanente avec l'interlocuteur tout en se confiant et en demandant de l'aide.

Au cours de ces différentes modalités de dévoilement le mineur peut rapidement se rétracter ou varier dans ses déclarations. Il est donc **recommandé** que le professionnel soit en alerte afin d'être capable de l'entendre et de mettre en œuvre les mesures nécessaires pour sa protection.

En pratique, il est **recommandé** d'envisager une possible maltraitance sexuelle chez un mineur présentant un signe clinique sans explication cohérente et/ou en cas de changement de comportement inexplicable, en particulier si ces manifestations persistent dans le temps ou sont répétées.

Cette hypothèse dépend beaucoup de la vigilance du professionnel à penser à ce type de maltraitance, d'autant plus dans le cadre d'une maltraitance intrafamiliale où le mineur est souvent contraint au secret par son entourage (chantage, manœuvres de séduction, menaces sur le mineur ou sur l'un de ses proches, etc.).

► Signes d'appel chez le mineur

Aucun des signes d'appel rapportés ci-dessous n'est caractéristique d'une maltraitance sexuelle.

Cependant, ces signes sont d'autant plus évocateurs lorsque :

- ils s'associent entre eux ;
- ils se répètent ;
- ils s'inscrivent dans la durée ;
- ils ne trouvent pas d'explications rationnelles.

Signes généraux

Les signes observés peuvent prendre des formes très variées, avec la manifestation de symptômes non spécifiques de ce type de maltraitance.

Ce peut être, par exemple, des troubles du comportement alimentaire, des troubles du sommeil, des difficultés scolaires ou des signes somatiques et fonctionnels non spécifiques (douleurs abdominales isolées, céphalées, etc.)

Des signes de négligence ou de maltraitance physique ou psychologique vis-à-vis du mineur peuvent aussi faire penser à une possible maltraitance sexuelle associée.

Il est rappelé que ces signes généraux, bien qu'hétérogènes, peuvent être un mode d'expression important des répercussions psychologiques de la maltraitance sexuelle sur le mineur.

Signes d'appel au niveau de la sphère génito-anale

Certains signes cliniques de la sphère génito-anale, sans être spécifiques, peuvent être évocateurs d'une maltraitance sexuelle, en particulier :

- s'ils sont observés chez l'enfant prépubère (ces signes étant moins évocateurs chez l'adolescent) ;
- si aucune cause médicale n'est retrouvée ou si aucune pathologie médicale n'est diagnostiquée ;
- d'autant plus, s'ils sont répétés.

Les signes les plus évocateurs sont :

- les saignements, les pertes génitales ;
- les irritations ou les prurits génitaux ;
- les douleurs génitales ou anales ;
- les troubles mictionnels ;
- les infections urinaires récurrentes chez la fille prépubère.

Signes comportementaux du mineur

D'une façon générale, toute modification du comportement habituel du mineur, pour laquelle il n'existe pas d'explication claire, peut être évocatrice d'une maltraitance. Il n'existe pas de manifestations spécifiques de la maltraitance sexuelle, cependant certains signes peuvent orienter vers ce type de maltraitance :

- un comportement sexuel anormal par rapport à l'âge du mineur ou de l'adolescent ;
- un comportement de refus (refus de manger, refus de voir un membre de la famille sans raison exprimée, refus de grandir, refus scolaire) ;
- un comportement de mise en danger, fugues ;
- l'expression de peurs inexplicables, une hyper vigilance, des réactions de sursaut exagéré, une phobie des contacts physiques ;
- des comportements émotionnels excessifs, répétés et/ou disproportionnés et non adaptés à l'âge du mineur ou non expliqués par des facteurs extérieurs.

Quel que soit son âge, l'enfant peut aussi s'exprimer à travers le dessin ou le jeu, l'attention de l'observateur peut alors être attirée par leur caractère inhabituel ou non adapté à l'âge du mineur.

Chez l'adolescent, certains signes d'appel ou modes d'expression du dévoilement doivent attirer plus particulièrement l'attention. Ainsi, il est **recommandé** d'évoquer la question de maltraitance sexuelle en cas de :

- tentative de suicide ;
- fugue, conduites à risque ;
- conduites d'addictions précoces : tabagisme, alcoolisation et/ou toxicomanie, comportement alimentaire compulsif ;
- actes de violence envers les autres, automutilation dont les scarifications ;
- demande précoce de contraception ;
- interruption volontaire de grossesse (IVG) isolée ou à répétition ;
- changements fréquents de partenaires, actes de prostitution.

Chez les adolescents, le dévoilement peut aussi prendre la forme d'une lettre explicite adressée aux parents, à un membre de l'entourage, ou d'un journal intime ou d'un « journal virtuel » par Internet révélant les faits et laissé intentionnellement en évidence afin d'être découvert.

Il est aussi **recommandé** de rechercher une maltraitance sexuelle sous-jacente, face à une grossesse précoce, un déni de grossesse, ou une parentalité précoce, non désirée voire refusée ou suscitant une angoisse excessive,

Spécificités en fonction de l'âge du mineur ou d'un éventuel handicap

Le risque de maltraitance sexuelle doit aussi bien être évoqué chez un enfant en bas âge ou chez un enfant porteur d'un handicap, qui sont des victimes potentielles particulièrement vulnérables.

Il est **recommandé** de recueillir les propos du mineur en tenant compte de son âge. En effet, les paroles des tout-petits correspondent le plus souvent à ce qu'ils ont vécu, et les mots utilisés doivent être décryptés en fonction de l'âge et des capacités de verbalisation.

Dans le cas d'un handicap mental, la parole du mineur peut être complexe à déchiffrer et il est parfois difficile de faire répéter ou préciser les propos.

Il faut garder à l'esprit que les mineurs handicapés sont des victimes particulièrement fragiles compte tenu de leur handicap et de leurs difficultés d'expression.

Si besoin, pour avoir un avis ou se faire aider pour la conduite de l'entretien, il peut être utile de prendre contact avec le spécialiste qui suit le mineur pour son handicap. Cependant, il ne faut pas que cette démarche puisse constituer un retard au signalement par l'attente d'un rendez-vous auprès d'un spécialiste.

► **Signes comportementaux de l'entourage**

Lorsque le mineur est accompagné d'un ou de ses parents ou d'un membre de son entourage, il est **recommandé** de porter une attention particulière au comportement de l'adulte vis-à-vis du mineur, vis-à-vis du professionnel ainsi qu'à l'attitude des adultes entre eux.

Ainsi, **vis-à-vis du mineur**, certaines attitudes peuvent faire suspecter une maltraitance, par exemple :

- parent ou adulte ayant une proximité corporelle exagérée ou inadaptée avec le mineur ;
- parent ou adulte intrusif s'imposant à la consultation médicale ;
- ou, au contraire, indifférence notoire de l'adulte vis-à-vis du mineur (absence de regard, de geste, de parole).

De même, **vis-à-vis des intervenants**, certaines attitudes des parents ou de l'entourage peuvent inciter le praticien à rechercher un risque de maltraitance :

- refuser ou tarder à consulter pour apporter les soins nécessaires au mineur ;
- refuser d'expliquer les circonstances ou donner des explications vagues, incohérentes voire fluctuantes au cours du temps ;
- minimiser, banaliser ou contester les symptômes du mineur ;
- dénigrer ou accuser le mineur ;
- refuser les investigations médicales ainsi que tout suivi social sans raison valable ;
- avoir une attitude agressive ou sur la défensive envers les professionnels de santé.

Lors de l'entretien, il faut garder à l'esprit que l'accompagnateur (parent ou adulte de l'entourage) peut être l'auteur ou un témoin passif.

4 Comment mener l'examen médical physique et psychique en cas de suspicion de maltraitance sexuelle intrafamiliale ?

Il est rappelé que toutes les données recueillies au cours du bilan médical doivent être consignées dans le dossier médical, et non dans le carnet de santé du mineur.

Compte tenu du contexte il est **recommandé** de conduire cette observation avec une rigueur particulière.

En effet, le dossier médical du fait de son caractère médico-légal :

- réunit l'ensemble des données auquel le médecin peut se référer pour rédiger le signalement ;
- peut être saisi pour l'enquête policière ;
- peut constituer un élément de dossier devant un tribunal en cas de poursuite judiciaire.

4.1 Accueil et entretien avec le mineur et sa famille

► Accueil

L'accueil du mineur est primordial. Il est **recommandé** de se montrer particulièrement attentif, prévenant, face à un enfant parfois choqué et traumatisé.

Ce temps consacré à l'accueil et à la prise en charge permet également de préparer le mineur aux éventuelles suites tant sur un plan judiciaire et médical que psychologique et social.

Comme toute consultation médicale, l'entretien peut avoir lieu en présence du mineur et de sa famille ou de la personne qui l'accompagne.

Il est **recommandé** d'avoir un entretien seul avec le mineur, quel que soit son âge, avec son accord.

Il peut aussi être utile d'avoir un entretien individuel avec l'adulte accompagnateur seul.

► Entretien avec la famille

Il est **recommandé** de s'entretenir avec la famille ou l'entourage, en posant des questions ouvertes, sans porter de jugement.

Cet entretien sera adapté en fonction de la propension des interlocuteurs à se confier, il ne devra pas être intrusif, ni s'apparenter à une enquête policière.

Les principaux objectifs de cet entretien sont de recueillir des informations concernant :

- les antécédents médicaux personnels et familiaux ;
- les événements de vie qui ont pu affecter le mineur ;
- le début des symptômes qui ont amené à consulter et leur évolution, les hypothèses sur leur origine possible ;
- le comportement habituel du mineur, l'environnement dans lequel il vit ;
- l'environnement familial (stabilité du couple, règles éducatives, conflits, violences conjugales, antécédents de maltraitance) ;
- la relation parent-enfant (favorable, hostile ou indifférente) ;
- ce qui a été dit au mineur et quelles questions lui ont été posées.

Il est **recommandé** de noter si les réactions des interlocuteurs paraissent adaptées ou non à la situation, sans y apporter d'interprétation.

Enfin, il est important de noter l'attitude et l'empathie exprimées par le (ou les) parent(s) vis-à-vis du mineur, afin de pouvoir évaluer la qualité du soutien que le mineur trouvera au sein de sa famille proche.

Ces informations pourront être déterminantes quant à la protection à mettre en place vis-à-vis du mineur.

► Entretien avec le mineur

Il est **recommandé** d'avoir un entretien seul avec le mineur, quel que soit son âge.

Il est **recommandé** de commencer par se présenter et exposer le contexte de l'entretien. Puis il est **recommandé** de débiter l'entretien par des questions d'ordre général, afin de faire connaissance avec le mineur et de le mettre en confiance (questions relatives à l'école, à ses conditions de vie à la maison, ses loisirs, ses relations avec sa famille, ses copains, etc.).

Il est ensuite **recommandé** de laisser le mineur s'exprimer spontanément, en évitant de reformuler ou d'interpréter ses propos, en respectant les silences et en privilégiant les questions ouvertes (en effet, un jeune enfant peut avoir tendance à ne pas contredire un adulte et à se laisser influencer par la façon de questionner).

Ainsi un simple dialogue peut être instauré afin de :

- favoriser un climat de confiance avec le mineur ;
- expliciter les propos (faire préciser le sens des mots utilisés par le mineur, lui demander par exemple de montrer les parties du corps citées quand cela n'est pas clair) ;
- préciser l'origine des signes observés ;
- rechercher d'éventuelles discordances entre les signes observés et les explications données.

Lorsque le mineur se confie il est **recommandé** de ne pas montrer une émotion exagérée mais de manifester une attitude empathique sans porter de jugement.

Il est **recommandé** de sécuriser le mineur en lui expliquant le devoir de protection qu'ont les professionnels qui l'entourent et de le rassurer sur la suite de la prise en charge.

Selon l'âge du mineur, il peut lui être proposé d'avoir recours à des supports tels que des dessins, des images, des poupées ou des jeux pour l'aider à s'exprimer, il est alors **recommandé** de noter ce que le mineur a dit à propos de son dessin ou de ses jeux dans le dossier.

Chez l'adolescent, en cas de signe évocateur de maltraitance sexuelle et après avoir établi une relation de confiance, il est possible, compte tenu de l'âge de la victime, de lui poser directement la question mais de préférence sous la forme de questions ouvertes pour éviter d'induire les réponses.

► Modalités du report écrit des entretiens

Il est **recommandé** que toutes les informations recueillies lors de ces entretiens soient consignées par écrit dans le dossier médical du mineur.

Il est **recommandé** de rapporter le témoignage du mineur le plus précisément possible, en reprenant exactement les termes mentionnés par le mineur. Il est **recommandé** de les retranscrire entre guillemets, afin de clairement les identifier comme les propos du mineur.

Il est **recommandé** de préciser si un proche du mineur a assisté à l'entretien (ce qui peut avoir une conséquence sur les dires du mineur), quel a été son comportement au cours de l'entretien et quel est son lien de parenté avec le mineur.

Il est aussi important de noter les questions que le mineur se pose et les réponses qui ont été apportées, ainsi que l'attitude du mineur, ses réactions émotionnelles et son comportement au cours de l'examen.

Toutes ces informations doivent être rapportées telles qu'elles ont été entendues ou observées en évitant tout commentaire, interprétation ou appréciation personnelle.

4.2 Examen du mineur

Comme pour toute consultation médicale, l'examen du mineur débute par :

- la recherche des antécédents familiaux, médicaux/chirurgicaux, psychologiques éventuels, les traitements en cours ;
- les date et heure de l'examen, le délai écoulé depuis l'agression ;
- la taille, le poids du mineur ;
- si possible l'examen du carnet de santé.

► Examen psychique

La maltraitance sexuelle intrafamiliale a des effets à court terme et à long terme sur la santé psychique et le développement du mineur. Certains signes cliniques sont évocateurs, d'autres ne sont pas spécifiques. Ils peuvent s'associer et/ou s'installer chez un enfant qui allait bien auparavant.

Cet examen a pour but de rassembler toutes les informations recueillies et observées au cours de l'entretien avec le mineur et de son examen.

1. Un syndrome psychotraumatique

Comprenant notamment :

- des signes d'intrusion des traumatismes (cauchemars à répétition, images répétitives des agressions en flash-back spontané ou provoqué par des événements, etc.) ;
- des comportements d'évitement (des pensées, des activités, des lieux liés aux agressions, sentiment de détachement et/ou de restriction des affects, etc.) ;
- des symptômes neuro végétatifs : troubles du sommeil, hypervigilance, réactions de sursaut spontané, irritabilité, accès de colère, troubles de la concentration, etc.

2. Un état dépressif avec des idées suicidaires et des tentatives de suicide. Ces dernières sont rarement identifiées chez le jeune enfant.

3. Des troubles du comportement

Dans la sphère sexuelle

Chez l'enfant prépubère :

- des comportements « d'hypersexualisation » précoces, non adaptés à l'âge, avec des gestes sexuels inappropriés, des contacts sexuels imposés et répétés à l'encontre d'autres enfants et/ou d'adultes, des comportements auto-érotiques compulsifs et exhibés, et/ou
- des propos crus, un vocabulaire concernant la sexualité non adapté à l'âge, et/ou
- un refus s'exprimant au niveau corporel (refus de prendre soin de son corps, refus d'hygiène, lavages obsessionnels et compulsifs, refus d'être touché, refus de se déshabiller, phobie de la nudité, pudeur excessive) ou un déni du corps.

Chez l'adolescent :

- des troubles de la conduite sexuelle avec inhibition, évitement, phobie de la sexualité ou une désinhibition excessive avec des relations sexuelles précoces, des changements fréquents de partenaires, des actes de prostitution, et/ou
- une grossesse précoce, une IVG à un âge précoce, un déni de grossesse.

Dans la sphère relationnelle

- peur des autres, sentiment d'isolement ;
- recherche excessive de contact physique et d'affection ;
- comportement violent et, agressif envers les autres ;
- comportement théâtral et provoquant pour attirer l'attention ;
- attitude d'opposition excessive aux règles ou au contraire impossible de dire non ;
- repli sur soi, comportement introverti excessif, mutisme ;
- tendance à se sentir agressé par ses pairs à l'école ;
- refus (refus de voir un membre de la famille sans raison exprimée, refus de grandir, etc.).

Dans la sphère scolaire

- chute des résultats scolaires, refus ou phobie scolaire ou surinvestissement scolaire.

4. Des troubles des conduites

- addiction précoce en particulier chez l'adolescent : comportement alimentaire compulsif, tabagisme, alcoolisme, toxicomanie ;
- mise en danger : fugue, automutilation, etc.

5. Une altération du développement intellectuel et affectif du mineur

- régression, arrêt ou retard de maturation soudain, inhibition intellectuelle, etc.

► Examen physique du mineur

Conditions de l'examen

Il est **recommandé** de faire un examen physique du mineur en cas de suspicion de maltraitance sexuelle, selon les modalités suivantes :

- un examen clinique complet dont les paramètres de croissance et le développement sexuel du mineur ;
- un examen cutanéomuqueux rigoureux, à la recherche de traces de violence sur l'ensemble du corps et surtout au niveau de la face interne des cuisses et de la poitrine, ainsi que des zones d'appui et de contention (cou, poignets, chevilles) ;
- un examen de la cavité buccale à la recherche de lésions dentaires et muqueuses, ainsi que celui du frein de la langue ;
- une observation du comportement du mineur durant l'examen clinique.

Cet examen est à adapter selon le mode d'exercice du médecin, son expérience, les moyens dont il dispose et les circonstances de découverte. Il sera aussi adapté à l'âge du mineur et orienté en fonction des signes d'appel et des propos du mineur.

L'examen physique a pour objectifs :

- d'étayer le dossier médical pour un éventuel signalement, en tenant compte du fait que certaines lésions superficielles disparaissent en quelques jours ;
- de rechercher d'autres signes de maltraitance physique.

Avant d'entreprendre cet examen physique, il est **recommandé** de l'expliquer au mineur, de le rassurer et de s'assurer de son acceptation, afin d'établir une relation de confiance avec lui.

Si possible et avec l'accord du mineur, il est **recommandé** de le mener en présence d'une personne de confiance du mineur. Chez l'adolescent il est **recommandé** de lui laisser le choix d'avoir quelqu'un auprès de lui ou pas.

Les résultats de l'examen physique peuvent donc constituer des éléments du diagnostic et s'avérer essentiels pour compléter le formulaire de signalement.

Cependant, dans ce contexte de maltraitance sexuelle, l'examen physique est souvent normal, et c'est « l'histoire » des événements, rapportée par le mineur ou par ses proches qui s'avère être le seul élément évocateur.

Il est donc rappelé que l'absence de signe ne permet pas d'éliminer une agression à caractère sexuel même dans les cas où les données de l'examen ne sont pas précisément corrélées aux dires du mineur. Il est donc **recommandé** de préciser au mineur qu'un examen physique normal ne remet pas en cause ce qui a pu se passer ou être dévoilé.

Si l'agression a eu lieu depuis plus de 72 heures avant la consultation, l'examen physique n'est pas une urgence. Si les conditions de la consultation ou l'attitude du mineur ne se prêtent pas à un examen physique immédiat, cet examen peut être programmé (dans les jours suivants) afin d'être pratiqué dans de meilleures conditions pour le mineur, par un praticien expérimenté.

Les situations nécessitant un examen en urgence sont rares, elles peuvent être soit :

1. médico-judiciaires, si l'agression a eu lieu depuis moins de 72 heures, et surtout s'il y a notion de pénétration, car l'examen est destiné à rechercher des lésions récentes (dont certaines peuvent rapidement disparaître) ;

Dans ce cas, un médecin d'une unité médico-judiciaire (UMJ) ou un médecin hospitalier pratique un examen précis et si besoin des prélèvements dans le but de constituer un dossier valide pour la justice. Cet examen clinique est destiné à rechercher des lésions récentes et à faire des prélèvements dont l'objet est multiple :

- étayer le contact sexuel par la recherche d'infection sexuellement transmissible, dépister une grossesse en cours ;
- rechercher des toxiques dans le sang et les urines ;
- confirmer l'agression et identifier l'agresseur par la technique des empreintes génétiques en recherchant sur le mineur du sperme, du liquide séminal, des phanères, du sang, des fragments épidermiques sous les ongles...

Il est **recommandé** de préciser au mineur de ne pas faire de toilette après l'agression et d'apporter les vêtements qu'il portait lors de l'agression dans un sac en papier (exclure les sacs en plastique qui favorisent la prolifération microbienne).

Les prélèvements, si possible doublés, concernant la recherche de toxiques et d'identification de l'agresseur sont scellés dans le service pour avoir une valeur légale puis remis à la police.

2. médico-chirurgicales motivées par la gravité somatique ou psychique présentée par le mineur (lésions chirurgicales, perturbation psychologique aiguë...).

Signes physiques

Il est rappelé que chez les victimes de maltraitance sexuelle, les signes physiques restent rares.

Les signes cliniques évocateurs d'une maltraitance sexuelle, quand ils existent, peuvent être très variés dans leur typologie (génito-anaux, gastro-intestinaux, manifestations somatiques, psychosomatiques, etc.) et dans leur intensité (troubles discrets à symptômes massifs).

Il est **recommandé** de rechercher, en plus des signes de maltraitance sexuelle, des signes de maltraitance physique ou d'autres signes non spécifiques associés.

Les principaux signes généraux rapportés sont des signes somatiques et fonctionnels, tels que par exemple :

- des douleurs abdominales isolées fréquentes ;
- des céphalées isolées récurrentes ;
- l'apparition récente d'une énurésie ou d'une encoprésie.

Ces signes sont d'autant plus évocateurs s'ils s'associent entre eux, et/ou s'ils sont d'apparition brutale et/ou s'ils motivent des consultations ou des demandes d'entretien répétées depuis peu de temps.

Quelles que soient les manifestations observées, il est **recommandé**, en présence de ces signes, de penser au diagnostic de maltraitance sexuelle si aucune autre cause n'a été retrouvée pour expliquer cette manifestation.

Il est **recommandé** de noter dans le dossier médical tous les signes observés, y compris les signes physiques généraux qui ont motivé la consultation.

Examen génito-anal

Il est **recommandé** de faire l'examen génito-anal après l'examen physique général.

L'examen génital et anal n'est pas recommandé de façon systématique dans ce premier temps. Il peut être pratiqué si le médecin le juge utile et dispose des compétences et des moyens adaptés pour le réaliser. Il peut permettre de dépister une infection locale ou d'autres pathologies pouvant être responsables des troubles présentés (vulvite, etc.)

Si besoin, il est possible de solliciter un avis spécialisé (gynécologue pédiatrique, gynécologue adulte, gynéco-obstétricien, médecin expert des UMJ, etc.). Mais il est rappelé que certains signes physiques disparaissent rapidement et il est donc **recommandé** de faire réaliser cet examen le plus rapidement possible afin de ne pas retarder le diagnostic.

Au moment d'effectuer l'examen génital et anal, il est **recommandé** d'informer le mineur au préalable concernant les modalités de cet examen en lui donnant des explications adaptées à son âge et en répondant à ses questions.

Il est **recommandé** de faire un examen génito-anal complet des zones d'activité sexuelle : les organes génitaux, les régions périnéale et anale (examen de la laxité du sphincter), l'orifice buccal.

La technique de l'examen génito-anal comprend :

- l'examen des organes génitaux du garçon qui sont exceptionnellement lésés ;
- l'examen des organes génitaux de la fille :
 - en position dorsale, l'adolescente est installée en position gynécologique, la jeune fille prépubère en grenouille, les plantes des pieds se touchant,
 - la position genupectorale est importante car elle permet de vérifier la permanence des éventuelles lésions vues en décubitus dorsal, de mieux voir la partie postérieure de la vulve, et d'examiner l'anus,
 - après inspection, la visualisation de la partie centrale de la vulve, en particulier l'hymen et la fourchette postérieure, se fait en tirant sur les grandes lèvres doucement vers l'avant (maintenir une traction douce 20 à 30 secondes) et en dehors.

Il est **recommandé** de ne pas utiliser un spéculum ni de faire un examen digital chez le mineur prépubère.

Il est **recommandé** que les signes cliniques observés soient consignés par écrit en mentionnant la taille, l'aspect, la localisation.

Il est aussi utile de préciser l'ancienneté estimée des lésions, mais ce point reste difficile à apprécier pour un médecin peu formé à cet examen. Il est alors préférable de ne rien mentionner ou de se limiter à des mentions du type « les lésions semblent être récentes », ou « les lésions ne semblent pas être récentes ».

Les signes génito-anaux pouvant être observés sont :

- des signes évocateurs : qui doivent faire penser à une maltraitance sexuelle bien qu'ils ne soient pas spécifiques de ce diagnostic ;
- des signes de signification incertaine : qui peuvent être retrouvés dans un contexte de maltraitance sexuelle mais dont l'interprétation n'est pas univoque.

Tableau. Signes génito-anaux locaux	
Signes évocateurs	Signes de signification incertaine
Contact sexuel : - sperme recueilli sur un corps prépubère - grossesse dont le père est inconnu	Lésion aiguë ou cicatricielle de la vulve sans atteindre l'hymen, ou des tissus périanaux
Lésion hyménéale - aiguë : déchirure, ecchymose, abrasion - cicatrisée : déchirure totale postérieure (entre 4 et 8 h) Absence partielle ou totale de tissu postérieur	Incisure ou amincissement partiels de l'hymen postérieur
Lésion de la fourchette vulvaire, de la fosse naviculaire aiguë ou cicatrisée	Béance anale immédiate, de plus de 2 cm, sans selles rectales
Lésion anale importante aiguë ou cicatricielle	Condylomes acuminés
Une IST suspecte de contamination sexuelle en absence d'une contamination périnatale : - <i>Trichomonas vaginalis</i> (après 6 mois) - <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (après l'âge d'un an) - <i>Chlamydiae trachomatis</i> (après 3 ans) - Syphilis	Herpès I ou II (prélèvement, surveillance si pas d'autres signes)
Une infection HIV si la mère est séronégative	

En pratique, un examen normal n'élimine pas la possibilité d'une maltraitance sexuelle, les lésions très suspectes sont très rares, les IST sont exceptionnelles chez l'enfant, et rares chez l'adolescente dans ces situations.

Aucun examen complémentaire n'est recommandé de façon systématique dans ce contexte, les examens à la recherche d'une infection sexuellement transmissible, d'une éventuelle grossesse ou d'une infection HIV sont à prescrire au cas par cas.

5 Comment protéger le mineur ?

En cas de forte présomption de maltraitance sexuelle (histoire claire, et/ou examen clinique anormal, et/ou présence d'une IST, histoire très récente) et si le mineur est en contact permanent ou fréquent avec son agresseur, il est **recommandé** d'assurer en premier lieu la protection du mineur contre une éventuelle récidive en ayant recours aux actions suivantes :

- soit faire un signalement au procureur de la République, qui peut mettre en place des mesures de protection immédiate du mineur ;
- soit hospitaliser le mineur si la situation le nécessite, et parallèlement faire un signalement au procureur de la République.

5.1 Signaler aux autorités judiciaires

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance réserve dorénavant le terme de signalement à la saisine du procureur de la République.

Le signalement au procureur de la République est le seul moyen pour mettre en place une protection judiciaire immédiate d'un enfant en danger.

Il est donc **recommandé** que les situations de maltraitances, notamment sexuelles, révélées par un enfant ou par l'un de ses proches ou mises en évidence à l'occasion d'une évaluation, fassent l'objet d'un signalement sans délai au procureur de la République.

Il est alors **recommandé** de procéder à un signalement en urgence en contactant le procureur de la République du tribunal de grande instance (joignable 24h/24, coordonnées disponibles auprès de la gendarmerie, de la police nationale [n° d'appel 17])ou, dans les grandes villes, auprès de la brigade de protection des mineurs.

En cas de doute ou de questionnement sur la situation du mineur, avant de réaliser un signalement, il est possible de prendre conseil auprès de professionnels formés à la protection de l'enfance.

Il est possible de s'adresser à la cellule départementale de protection de l'enfance ou **cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP)**, créée par la loi du 5 mars 2007 au sein de chaque département, qui a pour mission de conseiller et d'assister les professionnels de l'enfance dans les situations où un mineur est en danger ou en risque de danger (négligence, carence, maltraitance, défaut de soins...) (voir annexe 2).

Concernant le secret professionnel, il est rappelé que les informations susceptibles d'être légalement partagées doivent être strictement limitées à celles qui sont nécessaires à l'évaluation, à la détermination et à la mise en œuvre d'actions à des fins de protection du mineur.

En cas de présomption plus importante et en fonction du contexte et des moyens dont dispose le praticien selon son lieu d'exercice, il est aussi possible de contacter pour conseil les structures suivantes :

- le procureur de la République du tribunal de grande instance (avis juridique voire protection du mineur) ;
- les urgences pédiatriques hospitalières et si possible auprès d'un pédiatre senior du service ;
- le Conseil national de l'ordre des médecins ou le conseil départemental pour un avis.

5.2 Hospitaliser le mineur

Indépendamment du signalement, en cas de nécessité d'une protection urgente, une hospitalisation est **recommandée**, éventuellement sous un prétexte médical, afin de protéger le mineur et de réaliser une évaluation médicale, psychologique et sociale, en particulier :

- dans le but de soustraire le mineur à son agresseur ou à son milieu (si l'agresseur est toujours au domicile du mineur) ;
- en cas de troubles psychologiques inquiétants du mineur (expression d'idées suicidaires, de fugue, etc.) ;
- si le médecin hésite à signaler par manque d'éléments suffisants.

Pour aider à la décision de l'hospitalisation, il est **recommandé**, si besoin, de contacter préalablement un médecin hospitalier senior afin de prendre un avis, et d'organiser les modalités d'accueil.

Il est **recommandé** que le médecin qui a préconisé l'hospitalisation s'assure que le mineur a bien été conduit à l'hôpital.

L'hospitalisation ne peut être imposée aux parents, s'ils refusent cette hospitalisation ou si le médecin constate que le mineur n'a pas été amené à l'hôpital, il est alors **recommandé** de prévenir le procureur de la République.

Une hospitalisation décidée par le médecin peut être maintenue par le procureur de la République une fois que le signalement lui a été transmis. Le procureur de la République

peut rendre alors une OPP (ordonnance de placement provisoire) qui interdit aux parents de faire sortir le mineur de l'hôpital sans l'accord de la justice.

Cependant, si le mineur n'est pas en contact permanent avec son agresseur, l'hospitalisation n'est pas recommandée de façon systématique.

Il est alors **recommandé**, si possible, de :

- prendre conseil auprès d'autres professionnels ayant l'expérience de ces situations de maltraitance sexuelle, tels qu'un médecin pédo psychiatre, un médecin scolaire, un médecin de PMI ou un service hospitalier spécialisé, CMP infanto-juvénile du territoire ;
- mettre en place un suivi rapproché du mineur avec rendez-vous fixé à l'avance : consultations avec une assistante sociale, etc. ;
- conseiller à l'entourage du mineur une éventuelle prise en charge par un psychologue ou un psychiatre afin d'assurer le soutien du mineur et de la famille ;
- prendre contact auprès des autres médecins qui prennent en charge ou ont pris en charge l'enfant afin de recueillir des informations complémentaires sur le comportement du mineur.

5.3 Les suites du signalement

Le signalement permet d'initier les autres mesures estimées nécessaires par le procureur de la République pour évaluer la situation du mineur.

Suivant la gravité de cette situation, les mesures que peut prendre le procureur de la République comportent :

- en urgence, une intervention pour prendre toute mesure conservatoire vis-à-vis du mineur et notamment le « placement » du mineur (ordonnance de placement provisoire [OPP]) en attendant l'intervention du juge des enfants ;
- l'intervention des autorités d'enquête (police, gendarmerie) qui pourront décider le placement en garde à vue de l'auteur présumé ;
- la saisine du juge des enfants pour qu'il organise une évaluation approfondie de la situation du jeune et détermine la mesure de protection la mieux adaptée à sa situation ;
- la transmission de l'information à la CRIP.

6 Signalement : quand et comment signaler ?

6.1 Modalités de rédaction du signalement

Le signalement est un acte professionnel écrit présentant, après évaluation, la situation d'un enfant en danger qui nécessite une protection judiciaire

Pour effectuer un signalement, il est **recommandé** d'utiliser le « signalement type », élaboré en concertation par le ministère de la Justice, le ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, le ministère délégué à la Famille, le Conseil national de l'ordre des médecins et les associations de protection de l'enfance. Ce formulaire est disponible sur le site du Conseil national de l'ordre des médecins (annexe 3).

Il est **recommandé** de compléter tous les items du formulaire de signalement, en respectant plus particulièrement les points suivants ;

- compléter précisément tous les éléments d'identité du mineur, en précisant éventuellement sa place dans la fratrie ;
- préciser la date et l'heure du signalement, le lieu de l'examen ;
- mentionner uniquement ce qui a été rapporté, entendu ou constaté par le médecin ;

- décrire précisément l'examen médical (signes physiques et psychiques) sans donner d'interprétation personnelle ;
- rapporter exactement les propos du mineur en respectant la formulation utilisée par le mineur et/ou par la personne qui l'accompagne, en utilisant le conditionnel (ex. la mère nous a rapporté que le mineur aurait présenté tel signe...) et en mentionnant tous les propos entre guillemets (par exemple on peut utiliser la mention (l'enfant a dit « ... »), sans ajouter d'interprétation personnelle ;
- mentionner un auteur présumé uniquement si l'enfant ou l'accompagnant l'a nommé dans ses propos et le faire figurer toujours entre guillemets (ex. « le parent m'a dit « » ») ;
- ne pas qualifier l'infraction (viol, agression sexuelle), cette précision relevant des compétences de l'autorité judiciaire ;
- mentionner, également entre guillemets, les propos d'un tiers accompagnateur s'ils ont un intérêt.

6.2 Transmission d'un signalement

Le signalement est un document dont le destinataire n'est ni le patient ni un membre de sa famille mais uniquement une autorité judiciaire.

En pratique, il est **recommandé** de procéder à un signalement le plus rapidement possible en contactant le procureur de la République qui se trouve auprès du tribunal de grande instance dont dépend le lieu où les faits sont révélés.¹

Dans l'urgence (protection immédiate du mineur, soins médicaux, examen médico-judiciaire, il est préférable de contacter au préalable le procureur de la République par téléphone.

Pour joindre le procureur de la République en dehors des heures ouvrables et en cas d'urgence, il est nécessaire de passer par l'intermédiaire du commissariat de police ou de la brigade de gendarmerie (éventuellement via le 17) qui sont eux en relation permanente (24 h/24) avec le procureur de la République.

Ce contact auprès des autorités policières a pour unique objet de pouvoir joindre le procureur de la République, il convient alors de préciser que c'est pour signaler un enfant en danger sans en communiquer davantage de renseignements.

Suite au contact téléphonique avec le procureur, il est **recommandé** de procéder à un signalement par écrit, en envoyant un fax suivi d'un courrier avec accusé de réception. Il est **recommandé** de toujours garder un double de ce courrier.

La copie du formulaire de signalement est à conserver mais n'est pas considérée comme une pièce médicale. Elle ne sera donc pas transmise avec le dossier médical du mineur si les parents demandent à y avoir accès.

Il est rappelé qu'il n'y a pas d'obligation légale à informer les parents que l'on a fait un signalement. De même, le médecin ne doit remettre à aucun des deux parents une copie du signalement.

¹ Le signalement relève du procureur près le tribunal de grande instance dont dépend le domicile de la victime. Mais le médecin pouvant avoir des difficultés à déterminer juridiquement le lieu de résidence officielle du mineur, par simplicité, il est recommandé qu'il s'adresse au procureur dont dépend le lieu où les faits sont révélés, à savoir le lieu d'exercice du médecin. Le procureur du lieu d'exercice du médecin (où les faits sont révélés) déterminera vers quel tribunal renvoyer le dossier et prendra, le cas échéant, les premières mesures de protection du mineur.

6.3 Cadre juridique du signalement

Face à une suspicion de maltraitance sexuelle chez le mineur, le médecin, qui est normalement tenu au secret professionnel selon l'**article 226-13** du Code pénal, peut être délié de ce secret par l'**article 226-14** du même Code (voir détail des articles en annexe).

Il est rappelé que selon la loi, pour rédiger un signalement, il n'est pas nécessaire d'obtenir le consentement de la victime si elle est mineure (< 18 ans). Depuis la loi du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance, cette règle s'applique aussi pour les mineurs de plus de 15 ans.²

De même, pour le médecin il n'y a pas obligation, légale ou déontologique, d'avertir les détenteurs de l'autorité parentale ou d'obtenir leur consentement pour le signalement au procureur de la République.

Le médecin n'a pas à être certain de la maltraitance, ni à en apporter la preuve, pour faire un signalement.

Dans le cas où un parent décide de déposer plainte contre l'auteur présumé, cette démarche ne dispense pas le médecin de faire un signalement en parallèle.

6.4 Existe-t-il des risques à signaler ? Et des risques à ne pas signaler ?

► Risque pénal

Dans le cadre d'un signalement pour maltraitance, le médecin étant délié du secret professionnel par l'**article 226-14** du Code pénal, il ne pourra pas faire l'objet d'une condamnation pour violation du secret professionnel.

En cas de plainte pour dénonciation calomnieuse, il faut savoir que cette infraction est définie à l'**article 226-10** du Code pénal. Elle ne peut entraîner une condamnation que s'il est prouvé que la personne qui signale savait que les faits dénoncés ont un caractère totalement ou partiellement inexact. (pour les règles du signalement voir le chap 6.1).

La **loi du 9 juillet 2010** relative *aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants* a, dans le dessein de mettre fin à toute équivoque, réécrit comme suit le deuxième alinéa de l'article 226-10 du Code pénal : « 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 ».

Cette modification a pour objectif que des poursuites pour dénonciation calomnieuse ne puissent pas être engagées par l'auteur des faits, dès lors qu'il a fait l'objet d'un acquiescement, d'une relaxe ou d'un non-lieu pour insuffisance de charges.

En effet, avant cette loi, si l'auteur des faits faisait l'objet d'un acquiescement, d'une relaxe ou d'un non-lieu pour insuffisance de charges, il pouvait engager une action en dénonciation calomnieuse. Depuis le 9 juillet 2010, ce n'est plus possible. Pour qu'une action en dénonciation calomnieuse soit recevable, il faut que l'acquiescement, la relaxe ou le non-lieu soit prononcé au motif que les faits n'ont pas été commis ou qu'ils ne sont pas imputables à la personne dénoncée.

² La loi française définit le mineur comme toute personne âgée de moins de 18 ans. La loi du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance a supprimé l'obligation qui était faite de recueillir le consentement du mineur s'il était âgé de plus de 15 ans. Cette disposition est reprise dans la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance

En revanche, le médecin et le professionnel de santé s'exposent à une action judiciaire à leur encontre selon **les articles 434-1 et 434-3** du Code pénal pour entrave à la justice s'il est démontré qu'ils se sont abstenus de signaler un cas d'enfant maltraité dont ils ont eu connaissance.

Il est rappelé que selon **l'article 223-6³** du Code pénal, toute personne risque des poursuites pour omission de porter secours, s'il est démontré qu'elle n'a entrepris aucune démarche efficace pour protéger le mineur.

► **Risque civil**

Le risque d'être l'objet d'une action civile en demande de dommages et intérêts suppose que le médecin ait commis une faute en lien direct et certain avec un dommage.

Afin que cette notion de « faute » ne puisse être retenue, il est donc essentiel que les règles de rédaction du signalement soient respectées. (cf § rédaction du signalement)

► **Risque disciplinaire**

Selon **l'article R 4127-44 du Code de la santé publique** (actuellement en cours d'harmonisation avec le Code pénal sur le point concernant l'âge du mineur) :

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

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

Selon le dernier alinéa de **l'article 226-14 du Code pénal** : « Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire. »

Un médecin n'encourt donc aucune sanction disciplinaire si le signalement a été fait dans les conditions prévues par cet article, et une faute disciplinaire ne pourra être retenue que si le signalement n'est pas effectué dans le respect des règles de rédaction et de formulation.

Il est rappelé que les procédures de l'instance disciplinaire sont indépendantes des décisions de la juridiction pénale.

De même, le signalement fait selon les normes, en cas de maltraitance d'un mineur, constitue un devoir professionnel du médecin et il ne pourra donc pas lui être reproché de s'être immiscé dans la vie privée de ses patients selon **l'article 51 (article R 4127-51 du Code de la santé publique)** qui stipule que le médecin ne doit pas s'immiscer dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients, hormis en cas de « raison professionnelle ».

► **Risque socio-professionnel**

L'art R 4127-95 du Code de la Santé publique, qui précise les droits et devoirs du médecin salarié, rappelle que celui-ci a les mêmes obligations que le médecin libéral vis-à-vis du signalement.

L'article L 312-1 du Code de l'action sociale et des familles signale que le fait qu'un salarié ou un agent ait témoigné de mauvais traitements ou privations infligés à une

³ **Article 223-6**

Modifié par [Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 \(V\) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1^{er} janvier 2002](#)
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.

personne accueillie, ou relaté de tels agissements, ne peut être pris en considération pour décider de mesures défavorables le concernant en matière d'embauche, de rémunération, de formation, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement du contrat de travail, ou pour décider la résiliation du contrat de travail ou une sanction disciplinaire.

7 Conclusion

Le repérage des maltraitances sexuelles intrafamiliales ou inceste chez le mineur demande de la part du médecin une attention particulière, qui nécessite de garder à l'esprit la possibilité de ces événements et de savoir en évoquer l'existence devant un tableau clinique et comportemental préoccupant chez l'enfant et /ou l'adolescent mineur.

L'information vers les autorités compétentes pour la gestion de la situation, la prise en charge du mineur et la mise en place des mesures nécessaires demandent au praticien de développer sa connaissance des services spécialisés et de s'impliquer dans un travail en réseau et en équipe pluridisciplinaire. Le soin apporté à cette prise en charge et la qualité de ce soutien auront un impact positif sur le pronostic ultérieur.

Dans les suites du signalement, le repérage, la prise en charge et la protection d'éventuels autres enfants (fratrie, enfants dans l'entourage familial ou dans un cadre professionnel) en contact avec l'agresseur potentiel seront appréciés par les autorités judiciaires.

Le médecin a, quant à lui, un rôle essentiel de soutien et de prise en charge de l'entourage protecteur du mineur. Le schéma de cette prise en charge ne peut être standardisé, il est adapté au cas par cas, dans le respect du choix des personnes et en collaboration avec les professionnels du secteur judiciaire et les professionnels des secteurs social et de la santé qualifiés pour intervenir auprès des familles.

L'amélioration du repérage et l'augmentation du nombre de signalements des cas de maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur dépendent beaucoup du niveau de connaissance acquis par le médecin ou le professionnel de l'enfance sur cette problématique. La formation de ces professionnels dans le cadre de la formation professionnelle initiale puis continue apparaît indispensable. Elle a pour but de les sensibiliser à cette maltraitance afin « d'y penser » au cours de leur pratique, et de les informer quant aux démarches à mettre en œuvre pour protéger le mineur en danger.

Annexe 1. Cadre législatif

Code pénal

Article 226-13 du Code pénal

« 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 du Code pénal

« 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. »

Article 226-10 du Code pénal

« 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 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. »

Article 434-1 du Code pénal

« Le fait, pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

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

1° Les parents en ligne directe et leurs conjoints, ainsi que les frères et sœurs et leurs conjoints, de l'auteur ou du complice du crime ;

2° Le conjoint de l'auteur ou du complice du crime, ou la personne qui vit notoirement en situation maritale avec lui.

Sont également exceptées des dispositions du premier alinéa les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13. »

Article 434-3 du Code pénal

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

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

Code de la santé publique

Article R 4127-44 du Code de la santé publique

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

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

Code de l'action sociale et des familles

Article L 313-24 du Code de l'action sociale et des familles

« Dans les établissements et services mentionnés à l'article L 312-1, le fait qu'un salarié ou un agent a témoigné de mauvais traitements ou privations infligés à une personne accueillie ou relaté de tels agissements ne peut être pris en considération pour décider de mesures défavorables le concernant en matière d'embauche, de rémunération, de formation, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement du contrat de travail, ou pour décider la résiliation du contrat de travail ou une sanction disciplinaire.

En cas de licenciement, le juge peut prononcer la réintégration du salarié concerné si celui-ci le demande.

Ces dispositions sont applicables aux salariés de l'accueillant familial visé à l'article L. 441-1. »

Code civil

Article 1382 du Code civil

« Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer. »

Annexe 2. La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation

Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité {2008 299}

La **loi du 5 mars 2007** a créé une « cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation » des informations préoccupantes concernant les enfants en danger ou à risque de danger sous la responsabilité du président du conseil général.

Selon cette loi, l'information préoccupante est définie comme « tout élément d'information, y compris médical, susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque de danger, puisse avoir besoin d'aide, et qui doit faire l'objet d'une transmission à la cellule départementale pour évaluation et suite à donner. »

Toutes les transmissions et les échanges d'informations doivent s'effectuer dans le strict respect du secret professionnel et de la vie privée des personnes. « Sauf intérêt contraire de l'enfant, le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale ou le tuteur sont préalablement informés de cette transmission selon des modalités adaptées. » (article L.226-2-1 du Code de l'action social et des familles).

Le ministère public ne doit être saisi que :

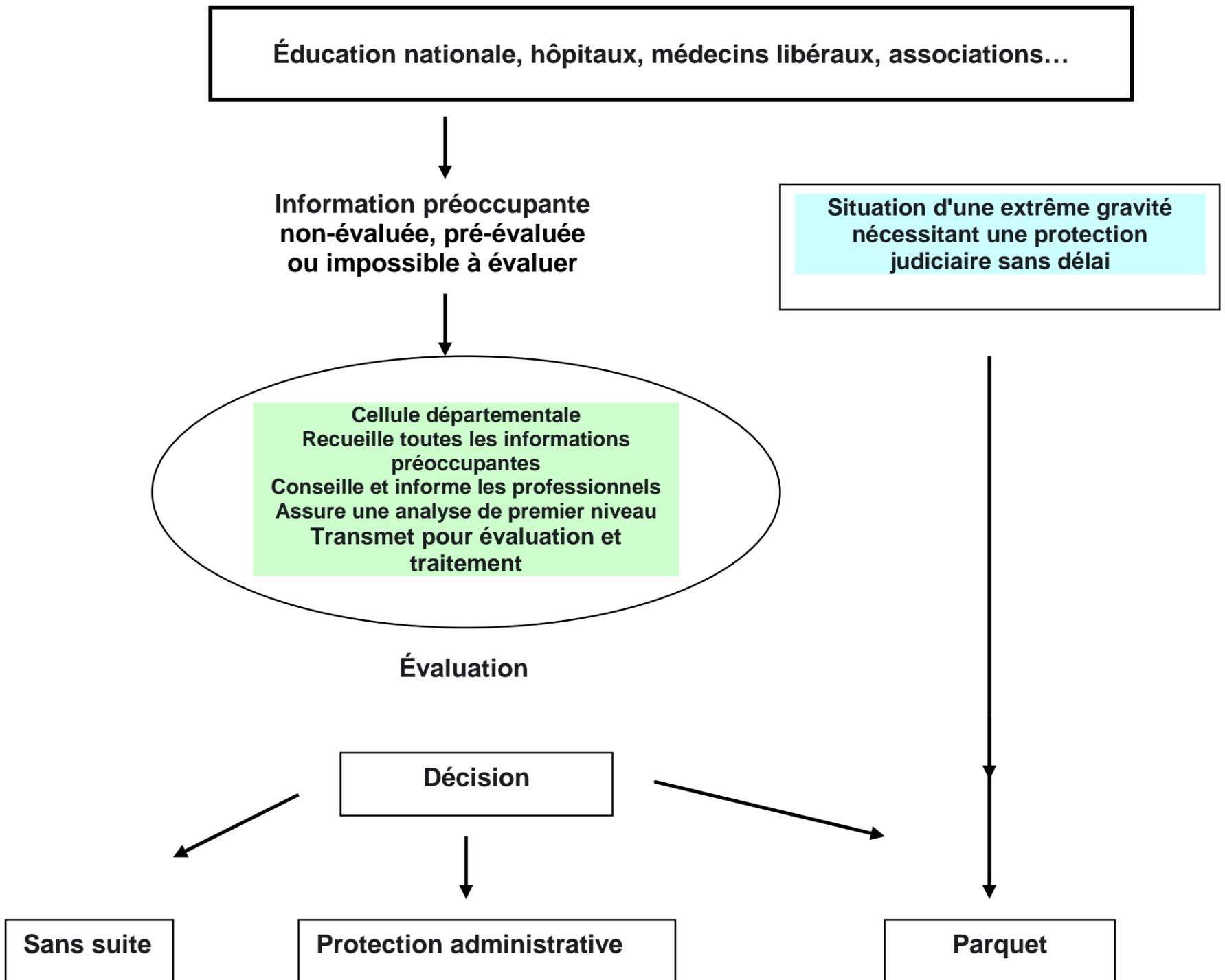
- si la protection administrative mise en œuvre n'a pas produit les effets attendus, c'est-à-dire de remédier à la situation de danger pour l'enfant ; dans ce cas, « le président du conseil général fait connaître au procureur de la République les actions déjà menées, le cas échéant, auprès du mineur et de la famille intéressés » ;
- si la famille, et tout particulièrement les parents refusent manifestement toute intervention, ou s'ils ne sont pas en capacité de donner leur accord ;
- si l'évaluation est manifestement impossible : ce peut être le cas lorsque le professionnel se trouve dans l'impossibilité réelle d'évaluer, soit parce que les parents refusent de rencontrer le professionnel, soit parce qu'il est impossible de recueillir les informations nécessaires à l'évaluation.

Pour ce qui concerne plus particulièrement les situations de violences, notamment sexuelles, révélées par un enfant ou par l'un de ses proches ou mises en évidence à l'occasion d'une évaluation, le signalement doit être effectué sans délai au procureur de la République. Si l'enfant est l'auteur de la révélation, le recueil de ses paroles doit être fidèlement retranscrit. Il convient de veiller à ce que la protection de l'enfant soit immédiatement assurée et d'éviter que l'enfant fasse l'objet de pressions familiales ou extra-familiales. Les éléments déjà connus des services départementaux susceptibles d'éclairer la situation de l'enfant doivent être joints au signalement.

La loi réformant la protection de l'enfance réserve le terme de signalement à la saisine du procureur de la République. Le signalement est un acte professionnel écrit présentant, après évaluation, la situation d'un enfant en danger qui nécessite une protection judiciaire.

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

(Guide pratique protection de l'enfance : « La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation » 2008, ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité)



Annexe 3. Sévices à mineur : modèle type de signalement

L'article 44 du Code de déontologie médicale impose au médecin de protéger le mineur et de signaler les sévices dont il est victime.

L'article 226-14 du Code pénal délie le médecin du secret professionnel et l'autorise à alerter le procureur de la République.

Afin d'aider le médecin dans cette démarche, un modèle de signalement a été élaboré en concertation entre le ministère de la Justice, le ministère de la Santé de la Famille et des Personnes handicapées, le ministère délégué à la Famille, 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. Si, dans l'urgence, le signalement est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double.

Cachet du médecin

SIGNALEMENT

(Veuillez 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 :

nationalité :

adresse :

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

Fait à _____, le _____

Signature du médecin ayant examiné l'enfant :

Annexe 4. Méthode Recommandations pour la pratique clinique

Les recommandations de bonne pratique sont définies comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode Recommandations pour la pratique clinique (RPC) est la méthode préférentielle à la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations professionnelles. Il s'agit d'une méthode rigoureuse qui repose sur :

- la participation des professionnels et représentants des patients et usagers concernés par le thème de la RBP ;
- la transparence vis-à-vis de l'analyse critique de la littérature, de l'essentiel des débats et des décisions prises par les membres du groupe de travail, des avis formalisés des membres du groupe de lecture, de l'ensemble des participants aux différents groupes ;
- l'indépendance d'élaboration de par son statut d'autorité publique à caractère scientifique, l'indépendance entre les groupes d'experts participant au travail, et l'indépendance financière ;
- la gestion des intérêts déclarés par les experts du groupe de travail.

► Choix du thème de travail

Les thèmes de bonne pratique sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

► Comité d'organisation

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

► Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il comprend de façon optimale 15 à 20 membres :

- des professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses ;
- des représentants d'associations de patients et d'usagers ;
- et, si besoin, d'autres professionnels concernés et des représentants d'agences publiques.

Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour identifier, sélectionner, analyser la littérature et en rédiger une synthèse critique sous la forme d'un argumentaire scientifique ; il aide également à la rédaction des recommandations. Il rédige ensuite l'argumentaire scientifique des recommandations en définissant le niveau de preuve des études retenues. Ce travail est réalisé sous le contrôle du chef de projet de la HAS et du président.

► Rédaction de la version initiale des recommandations

Les membres du groupe de travail se réunissent deux fois, voire plus si nécessaire, pour élaborer à partir de l'argumentaire scientifique et des propositions de recommandations rédigés par le ou les chargés de projet, la version initiale des recommandations qui sera soumise au groupe de lecture.

► **Groupe de lecture**

De même composition qualitative que le groupe de travail, il comprend 30 à 50 professionnels et représentants de patients et d'usagers du système de santé élargis aux représentants des spécialités médicales, professions ou de la société civile non présents dans le groupe de travail. Il est consulté par voie électronique (utilisation de l'outil informatique GRaAL⁴ disponible sur le site de la HAS) et donne un avis formalisé (cotations et commentaires) sur le fond et la forme de la version initiale des recommandations, en particulier sur leur applicabilité et leur lisibilité. Les membres du groupe de lecture peuvent donner aussi leur avis sur tout ou partie de l'argumentaire scientifique.

► **Version finale des recommandations**

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

► **Validation par le Collège de la HAS**

La RBP est soumise au comité de validation des recommandations de bonne pratique pour avis et au Collège de la HAS pour validation. Ce dernier autorise par sa validation leur diffusion. À la demande du Collège de la HAS, les documents peuvent être amendés. Les participants en sont alors informés.

► **Diffusion**

Au terme du processus, la HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) la ou les fiches de synthèse, les recommandations et l'intégralité de l'argumentaire et les remet au demandeur. La diffusion peut être complétée par des publications scientifiques et présentations en congrès auxquelles peuvent participer les membres du groupe de travail.

► **Travail interne à la HAS**

Le déroulement d'une RBP, du cadrage à la diffusion des recommandations, est sous la responsabilité d'un chef de projet de la HAS chargé :

- de veiller au respect de la méthode et à la qualité de la synthèse des données de la littérature ;
- d'assurer la coordination et d'organiser la logistique du projet.

Le chef de projet participe à l'ensemble des réunions.

Le chef de projet, le président du groupe de travail et le ou les chargés de projet participent à l'élaboration de la stratégie de recherche documentaire. Elle est effectuée sur une période adaptée au thème et est mise à jour jusqu'à la publication des RBP. La stratégie de recherche documentaire doit impérativement apparaître dans le document final. Elle décrit, d'une part, les mots clés utilisés ainsi que les types de documents recherchés dans les banques de données en précisant les résultats obtenus et, d'autre part, les sources utilisées pour la recherche de littérature grise.

La recherche bibliographique peut être limitée aux recommandations françaises et internationales issues des agences gouvernementales ou indépendantes non financées par l'industrie et aux méta-analyses et revues systématiques (par exemple, revues systématiques de type Cochrane).

► **Gradation des recommandations**

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

En l'absence de preuve scientifique, une proposition de recommandation figurera dans le texte des recommandations soumis à l'avis du groupe de lecture si elle obtient l'approbation d'au moins 80 % des membres du groupe de travail. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

⁴ GRaAL : gestion rationalisée des avis de lecture

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique clinique, se référer au guide diffusé en janvier 2011 : « Élaboration de recommandations de bonne pratique : méthode Recommandations pour la pratique clinique ». Ce guide est téléchargeable sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

Participants

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

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

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

Comité d'organisation

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

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

Groupe de travail

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

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

Mme Aubry Isabelle, représentante associative, présidente, Paris

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

Dr Bonnet Catherine, pédopsychiatre, Paris

M. Boulouque Thierry, commissaire divisionnaire, Paris

Me Brault Catherine, avocate, Paris

Dr Chabernaude Jean-Louis, pédiatre hospitalier, Clamart

Mme Chadeville Monique, magistrate, Paris

Dr Chochon Martine, pédiatre, médecin de PMI, Paris

Dr De Leersnyder Hélène, pédiatre libéral, Paris

Mme Fernet-Lucas, directrice CMPP, Corbeil-Essonnes

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

Mme Laridan Marie-Josée, commandant de police, Paris

Mme Rosenstein Rachel, puéricultrice, Paris

Dr Rougeron Claude, médecin généraliste, Anet

Dr Tisseron Barbara, pédiatre, Orléans

Dr Urcun Jeanne-Marie, médecin conseillère technique, Paris

Dr Vazquez Pierre, pédiatre gynécologue, Paris

Groupe de lecture

Dr Argelès Jacques, représentant associatif, directeur général, Paris

Dr Becchio Mireille, médecin généraliste, Villejuif

Pr Berger Maurice, pédopsychiatre, Saint-Étienne

Me Blanc Martine, avocate, Paris

Dr Bohl Isabelle, gynécologue-obstétricien, Hagondange

Mme Boujut Stéphanie, sociologue, Paris

Dr Briand-Huchet Élisabeth, pédiatre, Clamart

Mme Carn Martine, assistante sociale, Paris

Dr Cau Daniel, pédiatre, Chalons-sur-Saone

Dr Charritat Jean-Luc, pédiatre, Paris

Dr Cheymol Jacques, pédiatre, Clichy

Mme Crociati Agnès, assistante sociale, Grenoble

Mme Damiani Carole, psychologue, Paris

Me De Blignières Inès, avocate, Paris

Dr De Surmain Nathalie, pédiatre, Paris

Dr Desurmont Martine, pédiatre, Lille

Mme Deutschmann Claudine, assistante sociale, conseillère technique, Strasbourg

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

M. Esch Roland, magistrat, Chambéry

Mme Frechon Isabelle, sociologue, Paris

Dr Frybourg Nadine, pédiatre, médecin de PMI, Paris

Mme Gabel Marceline, travailleur social, Paris

M. Ghozlan Éric, représentant associatif, Paris

Mme Guignard Aude, représentante associative, Maisons-Laffitte

Dr Jehel Louis, psychiatre, Paris

Dr Lehembre Olivier, psychiatre, Valenciennes

Dr Lubelski Patricia, pédiatre, Verrières-le-Buisson

Me Micallef-Napoly Laurence, avocate, Paris

Pr Mouren-Simeoni Marie-Christine, pédopsychiatre, Paris

Dr Nathanson Mireille, pédiatre, Bondy

Mme Peltier-Chevillard, assistante sociale, Rennes

Dr Picherot Georges, pédiatre, Nantes

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

Dr Querleu Dorothée, médecin conseillère technique, Toulouse

Mme Quiriau Fabienne, représentante associative, Paris

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

Mme Rousseau Catherine, infirmière conseillère technique, Beauvais

Pr Roussey Michel, pédiatre, Rennes

Dr Rouyer Michelle, pédopsychiatre, Antony

Pr Sibertin-blanc Daniel, pédopsychiatre, Lunéville

Mme Sivek Chantal, assistante sociale, Paris

Dr Stefani François, médecin généraliste, Cherbourg

Dr Tardy-Ganry Marie-Nöelle, pédopsychiatre, Paris

Me Tartour Laurence, avocate, Paris

Dr Thibaud Élisabeth, gynécologue en pédiatrie, Paris

M. Vanderstukken Olivier, psychologue, Lille

Mme Venisse Anne, infirmière puéricultrice, Rennes

M. Wawrzyniak Michel, psychologue, Amiens

Fiche descriptive

TITRE	Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC)
Date de mise en ligne	Juin 2011
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique
Objectif(s)	<ul style="list-style-type: none"> favoriser un repérage précoce, en effet plus la prise en charge est rapide plus elle s'avère efficace ; rappeler le contexte réglementaire, dont la méconnaissance peut être source de retard dans la mise en œuvre de la protection judiciaire ; former et informer les professionnels sur ce sujet et favoriser les échanges interdisciplinaires.
Professionnel(s) concerné(s)	<ul style="list-style-type: none"> les médecins généralistes, les médecins scolaires, les médecins de PMI ; les urgentistes, les pédiatres, les pédopsychiatres, les psychiatres, les gynécologues, et les médecins spécialisés en addictologie. <p>Les autres professionnels concernés sont les infirmières scolaires, les sages-femmes, les puéricultrices, les psychologues, les assistantes sociales, l'ensemble des travailleurs sociaux, tous les professionnels exerçant auprès des mineurs (sphère éducative, etc.) ainsi que les professionnels de la magistrature et de la police.</p>
Demandeur	DGS
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	<p>Coordination : Dr Revel-Delhom Christine chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles- HAS (chef de service: Dr Michel Laurence)</p> <p>Secrétariat : Mme Laetitia Cavalière</p> <p>Recherche documentaire : Mme Emmanuelle Blondet, avec l'aide de Mme Maud Lefèvre (chef de service de documentation : Mme Frédérique Pagès)</p>
Participants	Sociétés savantes, comité d'organisation, groupe de travail (président : Dr Gilbert VILA (pédopsychiatre) groupe de lecture : cf. liste des participants.
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur www.has-sante.fr . Elles ont été analysées en fonction du thème de ces critères de qualité. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Recherche documentaire	De 01/1999 à 12/2010 (cf. stratégie de recherche documentaire dans l'argumentaire)
Auteurs de l'argumentaire	Dr Christine Revel-Delhom (chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles- HAS)
Validation	Avis du comité de validation des recommandations 22 février 2011 : avis favorable Validation par le Collège de la HAS en Mai 2011
Autres formats	Synthèse des recommandations et argumentaire scientifique, téléchargeables sur www.has-sante.fr
Documents d'accompagnement	

