



HAL
open science

L'Unité Médico-Judiciaire du Havre. Bilan à 4 ans de fonctionnement

Anne-Sophie Léty

► **To cite this version:**

Anne-Sophie Léty. L'Unité Médico-Judiciaire du Havre. Bilan à 4 ans de fonctionnement. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00759280

HAL Id: dumas-00759280

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00759280>

Submitted on 30 Nov 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2011 - 2012
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN :	Professeur Pierre FREGER
ASSESEURS :	Professeur Michel GUERBET Professeur Benoit VEBER Professeur Pascal JOLY Professeur Bernard PROUST
DOYENS HONORAIRES :	Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. FIGUET - C. THUILLEZ
PROFESSEURS HONORAIRES :	MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUTTRANCOURT - M.BENOZIO- J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION - . DESHAYES - C. FESSARD - J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER - Ph. LAURET - M. LE FUR - J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - Mle MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.FIGUET - M.SAMSON - Mme SAMSON-DOLLFUS - J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF - .TESTART - J.M. THOMINE - C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Alain CRIBIER (<i>Surnombre</i>)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUEVELIER	HB	Pneumologie

M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Philippe DENIS (Surnombre)	HCN	Physiologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatologie – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Alain LAVOINNE	UFR	Biochimie et biologie moléculaire
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Xavier LE LOET	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile

M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (<i>Surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprodu.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie - Gastro
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique

M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Eric VERIN	HCN	Physiologie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Fabien DOGUET <small>LISTENSEIMEDPHAR2011-2012 DEF</small>	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ

UFR Anglais

Mme Michèle GUIGOT

UFR Sciences humaines - Techniques d'expression

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Marc VASSE (PU-PH)	Hématologie
M Jean-Marie VAUGEUIS (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mme Martine PESTEL-CARON (MCU-PH)	Microbiologie
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mlle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mlle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie

M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mlle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Anne-Marie ANZELLOTTI	Anglais
----------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Bérénice COQUEREL	Chimie Analytique
M. Johann PELTIER	Microbiologie

III – MEDECINE GENERALE**PROFESSEURS**

M. Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINCILBER** UFR Médecine générale

M. Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean COSTENTIN	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
M. Jean-Louis PONS	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Marc VASSE	Hématologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS**MAITRES DE CONFERENCES**

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 614)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 644)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Mario TOSI	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 614)
M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur Mallet

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence
du jury de cette thèse.

Acceptez l'expression de nos sentiments respectueux.

A Monsieur le Professeur Marguet :

Pour avoir accepté de juger cette thèse,

avec tous mes remerciements.

A Monsieur le Professeur Proust :

Pour avoir accepté de juger cette thèse,
avec tous mes remerciements.

A Monsieur Le Docteur Le Roux

Avec toute notre reconnaissance pour son aide
ses conseils et son soutien dans ce travail.

A Damien Dufour pour sa patience, son soutien et ses explications.

**A mes «chefs» de pédiatrie, de Rouen et du Havre
tous ceux qui m'ont appris mon métier
et m'ont transmis leurs connaissances**

A ceux qui se sont attelés à ma formation de cardio-pédiatrie :

Nadine David, Isabelle Durand et Tristan Hazelzet.

A ceux qui l'ont poursuivie :

Véronique Gournay, Bénédicte Romefort,

Nadir Benbrik et Quentin Hauet.

A toute l'équipe de pédiatrie Spécialité,
pour ce semestre nantais,
à Morgane et Julie.

A toute l'équipe des urgences pédiatriques du Havre,
pour m'avoir fait vivre un de mes meilleurs semestres.

A tous mes co-internes, les Bisounours :

Elsa, Isabelle, Sophie (la vraie), Florie, Dorothée,

Bruno, Hélène, Yamina, Lena,

et tant d'autres encore...

A mes amis les angevins, pour notre externat inoubliable :

Béatrice, Julia, Damien, Pierre, Jean-Vincent, Nicolas,
Charlotte, Marie, Clémence, François, Maxime, Jean-Thomas,
Florent, Romain, Pierrot, Ludo, Bixente, Marien
on est tous désolés pour hier soir.

A ceux qui se sont auto proclamés mes anges gardiens :

Serge, Johanns et Gilles :
pour m'avoir vendu du rêve.

Aux deux autres membres de notre trio complémentaire :

Nolwenn et Elsa.

A mes amis les havrais/rouennais/internes/adeptes du Macumba :

Gauthier, Johans, Serge, Gilles, Elsa, Nolwenn, Isabelle,
Julien (Abilify), Lena, Maud, Jean-Charles (coquinou), Laure «tho»,
Laure (du 203), Carla, Emilie, Mathilde, Delphine, Ivan,
Sinad, Virginie, Stéphanie, Paul, Alex, Julien, Sarah, Maria
sans oublier Jean-Luc Lahaye, Patrick, et Salem

A ma famille :

Mes parents:
pour votre amour et votre soutien inconditionnel,
pour être vous, tout simplement.
Je suis fier de vous ressembler autant.

Colas, Caline et Shei :
merci de m'avoir si bien changé les idées,
comme vous seuls savez le faire.

Aux tous petits :
Arthur et Camila,
qui savent faire la joie des grands.

A Gauthier ,
pour m'avoir soutenue, portée
et surtout supportée
pendant cette période difficile,
pour m'apporter ce dont j'ai besoin et plus encore.
Avec tout mon amour.

L'Unité Médico Judiciaire Pédiatrique du Havre

Bilan à 4 ans de fonctionnement

Plan :

<u>I - Introduction</u>	p 1
<u>II - La maltraitance à enfant</u>	p 5
<u>A - définitions</u>	p 5
1 - selon le code civil	p 5
2 - Le code de déontologie : secret professionnel et information au patient.	p 7
3 - le code de santé publique	p 10
4 - Le code pénal	p 13
5 - Maltraitance	p 14
6 - Enfant maltraité	p 15
7 - Enfant en risque	p 16
8 - Enfant en danger	p 16
9 - Incapacité Totale de Travail	p 16
10 - Réquisition	p 17

<u>B - Les chiffres de maltraitance en France</u>	p 17
1 - Rapport de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger	p 17
2 - l'enquête PRIHOVI	p 24
3 - SOS enfance en danger	p 29
4 - Les données de l'Organisation Mondiale de la Santé	p 34
5 - La Cellule Enfance en Danger	p 38
<u>III - L'UMJP du Havre</u>	p 42
<u>A - Historique</u>	p 42
1 - Lois fondatrices	p 42
2 - Les Unités Médico-Judiciaires en France	p 49
<u>B - création</u>	p 52
1 - Le contexte	p 52
2 - ouverture de l'Unité Médico-Judiciaire Pédiatrique du Havre	p 55
<u>C - Fonctionnement</u>	p 56
1 - Les intervenants	p 56
2 - les protocoles et conduites à tenir	p 58
3 - Prise en charge des mineurs victimes	p 61

D - Résultats à quatre ans de fonctionnement p 65

1 - Les motifs de réquisition p 65

2 - Les services requérants p 67

3 - Les auteurs p 68

IV - Les structures de Haute-Normandie p 71

A - Le Centre d'Accueil Spécialisé des Agressions (C.A.S.A.) de Rouen p 71

B - Le Groupe de Réflexion des Experts Normands en Médecine Légale p 73

V - Discussion p 75

ANNEXES p 78

Références

I - Introduction

La prise en charge des enfants maltraités ou victimes de sévices sexuels a toujours été un souci très présent dans l'esprit du personnel soignant et des instances judiciaires.

Un enfant victime de violences est un enfant souffrant, qui n'a pas notion d'être plaignant.

C'est pourquoi aider ces enfants nécessite une prise en charge judiciaire mais aussi médicale, psychologique et sociale, et ceci dans un souci d'organisation optimale.

La loi du 17 Juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles, ainsi qu'à la protection des mineurs victimes {1} a permis une réflexion conjointe du personnel soignant et des instances de justice ainsi que le constat d'un dysfonctionnement dans la prise en charge de ces enfants jusqu'alors.

Cette loi revalorise l'adéquation nécessaire entre les forces de police et de gendarmerie, souvent premières dans la prise en charge, recevant la plainte ; les médecins qui examinent l'enfant, effectuent les prélèvements nécessaires au dossier et établissent un premier certificat évaluant l'Incapacité Totale de Travail (ITT), et les psychologues et travailleurs sociaux qui suivront l'enfant et sa famille et évalueront la souffrance psycho-affective de l'enfant. Cette adéquation se faisant dans le souci d'une prise en charge la moins traumatisante possible pour l'enfant, sans oublier l'absolue nécessité d'établir un dossier recevable auprès des instances judiciaires, précis et irréprochable sur le plan de la légalité.

Initialement, au Havre, un enfant victime était vu au commissariat de police, puis adressé à son médecin traitant en consultation, pour un premier examen et établissement d'une ITT, avant de pouvoir déposer plainte, de nouveau au commissariat.

Le dossier était alors constitué, et, un avis d'expert demandé sur réquisition, pour préciser le descriptif initial des lésions. L'enfant était alors amené à raconter deux voire trois fois les faits, et à être examiné, de même, deux à trois fois. Ce système exposait, de plus, au risque d'irrecevabilité du certificat initial fait par le médecin traitant ou à la possibilité de sa contestation lors d'une procédure judiciaire, si le certificat n'était pas fait en bonne et due forme. Il impliquait aussi que le médecin de famille soit impartial dans l'examen et le rapport des faits, et reste neutre en tant qu'expert.

Le fait que l'examen soit effectué par une équipe de pédiatrie dans les Unités Médico-Judiciaires Pédiatriques (UMJP), permet une expertise adaptée aux enfants, dans un cadre qu'ils connaissent, avec le matériel adapté et surtout les techniques adéquates pour la prise en charge de la douleur et de l'angoisse de l'enfant, comme par exemple le mélange équimolaire de protoxyde d'azote et d'oxygène, utilisé fréquemment en pédiatrie pour tout geste stressant ou douloureux, qui a mainte fois fait preuve de son efficacité.

Contrairement au système des UMJ où tout est centralisé, l'ancien fonctionnement rendait difficile le contact précoce avec les associations de victimes, les psychologues et les assistantes sociales.

La loi du 17 Juin 1998 {1} a permis la reconnaissance du statut de mineurs victimes et a renforcé leurs droits. Les mineurs ont désormais droit à une expertise médico-légale,

accompagnés de la personne de leur choix lors des auditions, ainsi que l'allongement du délai de prescription des actions en responsabilité civile, a vingt ans.

Des associations ont parfois aidé financièrement à l'émergence des Unités Médico Judiciaires. Mais elles sont avant tout issues d'un partenariat entre les procureurs de la République et les médecins, qui ont voulu se donner les moyens de travailler ensemble dans les meilleures conditions pour le bien des enfants.

Les UMJP, dans un cadre hospitalier sécurisant pour l'enfant, regroupent des professionnels de santé (pédiatres, pédopsychiatres, puéricultrices, médecins légistes), des psychologues, assistantes sociales, des associations de victimes... Elles agissent sur réquisition des instances de justice, suite à une plainte portée et enregistrée. Certaines UMJ comprennent même une salle attenante permettant l'audition de l'enfant par les autorités dans le même cadre.

Ainsi l'enfant ne sera examiné qu'une fois, par un médecin expert, dans un cadre connu, rassurant, prévu pour l'accueil pédiatrique, avec les mesures antalgiques et anxiolytiques (médicamenteuses ou non) nécessaires et indiquées pour les soins d'enfant. Le certificat initial avec évaluation de l'ITT sera établi par un pédiatre et/ou un médecin légiste travaillant de paire avec les autorités judiciaires et les travailleurs sociaux, de manière objective et en connaissance des valeurs d'ITT selon le sévice subit. Les prélèvements sont faits dans le même temps et, si nécessaire, le premier contact avec les psychologues et pédopsychiatres est établi.

Ceci permet de limiter le traumatisme psychique du mineur au strict nécessaire à la manifestation de la vérité.

Après un accord entre le Groupe Hospitalier du Havre et le Procureur de la république, le 1^{er} Juin 2007 a été créée l'Unité Médico Judiciaire Pédiatrique du Havre { ANNEXE 1 }.

Elle a pour mission d'assurer les examens médico-légaux, les prélèvements spécifiques afin d'établir et de conserver un dossier médico-judiciaire. Elle assure de plus la régulation des appels pour demande d'expertise médico-légale sur mineurs.

L'UMJP s'inscrit dans le réseau du Groupe de Réflexion des Experts Normands en Médecine Légale (G.R.E.E.N.), avec des protocoles de prise en charge communs et un médecin légiste pédiatre, le Dr Dufour, faisant le lien avec le Centre d'Accueil Spécialisé d'Agressions (C.A.S.A.) de Rouen puisqu'il y assure l'expertise médico-légale pédiatrique {2}.

La création de cette UMJP au sein des urgences pédiatriques, service du Dr Le Roux, permet une prise en charge optimale des mineurs victimes dans un lieu bien connu (toujours surnommé « le champignon » malgré le changement de locaux en 2009). Ce lieu regroupe les différents intervenants autour de l'enfant, permettant un accès au matériel, techniques et appareils spécifiques de la pédiatrie. Tout cela se faisant en accord avec la loi du 17 Juin 1998 {1-3}.

Le but de ce travail est de faire un état des lieux de l'UMJP du Havre après 4 ans et demi de fonctionnement :

Quelles réflexions ont mené à sa création ? Dans quel contexte ?

A quatre ans d'existence de cette Unité, quelle est son activité ?

Quelles avancées, l'UMJP, a-t-elle permis dans la prise en charge des victimes mineures au Havre ?

II - La maltraitance à enfant

A - Définitions

1 - selon le code civil

Livre Ier : Des personnes ; Titre X : De la minorité et de l'émancipation ; Chapitre Ier : De la minorité :

Article L-388 : «Le mineur est de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de dix-huit ans accomplis.» {4}.

Article L-371-1 : Le mineur est en incapacité juridique d'exercice. Il ne peut prendre de décisions concernant sa santé. Le recueil du consentement des parents est obligatoire. {5}.

Article L-372-2 : « A l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant». {6}.

Article L-373-4 : «Lorsque l'enfant est confié à un tiers, l'autorité parentale continue d'être exercée par les père et mère; toutefois, la personne à qui l'enfant a été confié accomplit tous les actes usuels relatifs à sa surveillance et à son éducation.» {7}.

Article L-388-1 : «Dans toute procédure le concernant, le mineur capable de discernement peut, sans préjudice des dispositions prévoyant son intervention ou son consentement, être entendu par le juge ou, lorsque son intérêt le commande, par la personne désignée par le juge à cet effet.

Cette audition est de droit lorsque le mineur en fait la demande (...) il peut être entendu seul, avec un avocat ou une personne de son choix. Si ce choix n'apparaît pas conforme à l'intérêt du mineur, le juge peut procéder à la désignation d'une autre personne.

L'audition du mineur ne lui confère pas la qualité de partie à la procédure.» {8}.

Article L-388-2 : «Lorsque dans une procédure, les intérêts du mineur apparaissent en opposition avec ceux de ses représentants légaux, le juge des tutelles, dans les conditions prévues à l'article 389-3 ou à défaut, le juge saisi de l'instance lui désigne un administrateur ad hoc chargé de le représenter.» {9}.

Article L-375 : «Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur sont en danger (...) des mesures d'assistance peuvent être ordonnées par la justice, à la demande des père et mère, du mineur lui-même ou du ministère public». {10}.

Ce dernier article implique l'intervention du juge des enfants pour la mise en place de traitement médical du mineur, de l'aide sociale à l'enfance et la mise en place d'une assistance éducative.

En effet, si la loi dans l'absolu ne reconnaît pas de droits propres aux mineurs et délègue les décisions légales aux représentants de l'autorité parentale, elle prévoit une protection du mineur et l'acquisition d'un pouvoir de décision dans le cas où le représentant de l'autorité parentale prendrait des décisions délétères pour l'enfant.

2 - Le code de déontologie : le secret médical et le devoir d'information

des patients

Selon le serment d'Hippocrate, prêté par tous les médecins lors de leur thèse : « (...) admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés».

Partant de cette règle de conduite, le code de déontologie développe le concept du secret médical.

D'après l'arrêt Watelet (1885) et l'arrêt Degraene : « L'obligation au secret professionnel s'impose aux médecins comme un devoir de leur état. Elle est générale et absolue et il n'appartient à personne de les en affranchir». {11-12}.

Ainsi : Le patient ne peut délier le médecin du secret

L'obligation au secret ne cesse pas après la mort du malade

Le secret s'impose même devant un juge et peut être une cause de refus de témoignage d'un médecin.

Le secret s'impose à l'égard de autres médecins dès lors qu'ils ne participent pas à un acte de soin.

L'obligation au secret s'impose même vis à vis d'autres personnes elle-mêmes tenues au secret professionnel (service fiscaux, juridiques...)

Le secret couvre l'état de santé du patient ainsi que son nom. Le médecin ne peut faire connaître à des tiers le nom des personnes qui ont recours à ses services.

Selon l'article 4 du code de déontologie : « Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris». {13}.

Article 73 : « Le médecin doit protéger contre les indiscretions les documents médicaux concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées (...) il en va de même des informations médicales dont il peut être détenteur (...)» {14}.

Deux principes importants sont repris ici : le secret médical et l'information au patient. Dans le code de déontologie, l'obligation d'information claire et loyale au patient est stipulée comme suit :

Article 35 : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. (...) Toutefois, dans l'intérêt du malade, et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination (VIH).» {15}.

Une exception à cette règle : **le mineur**. Dans le cas des moins de 18 ans, l'information et le consentement sont recueillis auprès des parents ou des représentants légaux. Cette exception concernant le quotidien des pédiatres et médecins de médecine d'urgence. Ces praticiens ont pu constater au cours de leur exercice que cette règle comporte des complications dans le cas

particulier de la maltraitance sur mineur, d'autant plus quand les représentants légaux ou détenteurs de l'autorité parentale sont les auteurs de la maltraitance.

Article 42 : « Un médecin appelé à donner des soins à un mineur doit s'efforcer de prévenir ses parents et d'obtenir leur consentement. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans la mesure du possible.»

« En cas d'urgence, même si les parents n'ont pas pu être joints, le praticien se doit de donner les soins nécessaires.» {16}.

Article 43 : selon l'article R 4127-43 du code de la santé publique : «le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage» {17}.

Les parents ont des droits légaux, non pas «sur» mais «pour» leur enfant et ils ne doivent pas s'exercer au détriment de la santé de l'enfant. Le médecin doit s'assurer que les soins nécessaires sont ou vont être réalisés. Le médecin doit s'efforcer d'obtenir le consentement des parents ou leur «non opposition» et tenter de soulager les parents de décisions qui se heurteraient à leur convictions ; Cependant si il échoue, il en avisera le procureur de la république qui saisira le juge des enfants pour que celui-ci prenne des mesures d' «assistance éducative temporaire» pour que le praticien puisse administrer les soins nécessaires.

Article 44 : selon l'article R 4127-44 du code de santé publique : « Lorsqu'un médecin discerne que la personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privation, 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». {18}.

Si le signalement est fait dans les conditions prévues par l'article 44, le médecin n'encourt pas de peine pour violation du secret médical. Le signalement n'est pas conseillé, il est **obligatoire**, et l'omettre relève de la non assistance à personne en péril. A l'inverse, un signalement fait sur de simples présomptions et par excès peut déstabiliser une famille et discréditer les personnes ; Le médecin qui fait le signalement doit donc veiller à s'entourer de professionnels coutumiers de la prise en charge d'enfants et a fortiori d'enfants maltraités, afin que le diagnostic de maltraitance repose sur des données indiscutables et pouvant être présentées en justice.

3 - Le code de santé publique

Le code de santé publique apporte des nuances au code civil concernant l'obtention obligatoire du consentement des parents pour un mineur. Il précise les circonstances de dérogation (en partie) au secret professionnel, notamment il précise l'autorisation et l'intérêt de partage du secret professionnel au sein d'une équipe de soins prenant en charge un même patient. Cette équipe de soins comprenant les médecins, infirmières, psychologues, mais aussi les assistantes sociales qui jouent un rôle déterminant dans la prise en charge des enfants maltraités et peuvent ainsi partager les informations les concernant avec les médecins qui les soignent.

Il est ainsi stipulé dans l'article L-1110-4 du code de Santé Publique :

Que pour l'ensemble des informations pour tout professionnel, tout membre du personnel, la loi du 4 Mars 2002 instaure un «secret partagé par (...) les équipes de soins» {19}.

Les praticiens peuvent, de plus, partager l'information avec l'accord du patient pour la continuité des soins.

Cette loi précise aussi :

« Le secret ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit (...) pour permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt, ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.»

Article L-1111-2 : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé.»

« Les droits des mineurs sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale.» Le médecin se doit de recueillir leur consentement.

«(...)Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.» {20}.

Mais l'article L-1111-5 instaure le droit au secret pour le mineur :

«Par dérogation à l'article L-371-2 du code Civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineur ou dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de

l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en oeuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.» {21}.

L'obligation de consentement parental pour les mineurs a ainsi ses limites, permettant une individualisation du mineur et le bénéfice de droits propres. Le médecin peut aussi prendre de lui-même la décision de déroger à l'obligation de consentement, dans l'intérêt de l'enfant, comme stipulé dans :

Article L-1111-4 du code de santé publique : «Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.» {22}.

On retiendra aussi les deux articles de loi précédemment cités (R-4127-43 et 44) dont s'inspire le code de déontologie pour déterminer le devoir de protection du médecin vis à vis de l'enfant mineur potentiellement maltraité.

4 - Le code pénal

Partie législative : Livre II : Des crimes et délits contre les personnes ; Titre II : Des atteintes à la personne humaine ; Chapitre VI : Des atteintes à la personnalité ; section 4 : De l'atteinte au secret ; Paragraphe 1 : De l'atteinte au secret professionnel :

Article L-226-13 : «La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.» {23}.

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

A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteinte ou de mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur (...)

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

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.» {24}.

Article L-60-1 : selon cet article : l'officier de police judiciaire (OPJ), sur simple réquisition, peut se saisir d'un dossier médical sans violer le secret professionnel, avec l'accord du médecin et en accord avec l'article 56-3 du code pénal. {25}.

C'est dans la connaissance de ces articles du code pénal ainsi que celui référent à la non assistance aux personnes en danger que le médecin qui examine un enfant présentant des lésions suspectes d'avoir été causées par des violences physiques, une négligence ou présentant une souffrance psychique évoquant une maltraitance affective, se doit d'en référer aux autorités compétentes, afin de dépister et prendre en charge l'enfant maltraité, et afin que justice soit rendue, permettant la reconnaissance du statut de mineur victime.

5 - Maltraitance

La maltraitance n'est pas un terme juridique. On parle de maltraitance dans le cas d'enfant victime de violences physiques, de cruauté mentale, d'abus sexuels, de négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique.

On différencie les violences : physiques, sexuelles, psychologiques, les négligences graves.

Le code pénal reconnaît les «sévices à enfant», il différencie les violences sur mineurs de moins de 18 ans et de moins de 15 ans. Ainsi parmi les infractions sexuelles, le code pénal distingue :

-Article 222-23 : Le viol : tout acte de pénétration de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise. {26}.

-Article 222-24 : Le viol aggravé : commis sur mineur de 15 ans (même sans violence ou contrainte), commis par ascendant naturel ou adoptif. {27}.

-Article 222-25 : Le viol aggravé précédé de tortures et/ou ayant entraîné la mort. {28}.

-Article 222-27 à 30 : Les agressions sexuelles autres que le viol, avec circonstances aggravantes sur mineur de 15 ans. {29}.

-Article 227-25 à 32 : Les atteintes sexuelles. {30}.

-La loi du 8 Février 2010 tend à inscrire l'inceste commis sur mineurs dans le code pénal, comme viol aggravé : Article 227-27-3 : «Les infractions définies aux articles 227-25, 227-26 et 227-27 sont qualifiées d'incestueuses lorsqu'elles sont commises au sein de la famille sur la personne d'un mineur par un ascendant, un frère, une soeur 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.» {31-32}.

6 - Enfant maltraité

« Mineur victime de la part de ses parents ou d'adultes ayant autorité sur lui, de violences physiques, de cruauté mentale, d'abus sexuels et/ou de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique. » {3}.

7 - Enfant en risque

« Mineur qui connaît des conditions d'existence risquant de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien mais qui n'est pas pour autant maltraité. » {3}.

8 - Enfant en danger

« Enfant en risque et maltraité. »

9 - Incapacité Totale de Travail

Incapacité Totale de Travail au sens pénal du terme.

Période durant laquelle le sujet est incapable d'effectuer des actes ordinaires de la vie courante.

Une incapacité totale de travail est une période pendant laquelle une personne est inapte physiquement et psychologiquement à exercer une quelconque activité (pas obligatoirement professionnelle). Il s'agit d'une évaluation du retentissement fonctionnel sur la victime, étant précisé que cette notion d'I.T.T. existe même pour les personnes n'exerçant pas une activité rémunérée.

10 - Réquisition

Acte par lequel une autorité judiciaire (procureur, juge ou officier de police judiciaire) fait procéder à un acte médicolégal qui ne peut être différé.

Tout médecin, sauf le médecin traitant de la personne à examiner, peut être désigné et ne peut se soustraire à la réquisition.

Le secret professionnel est levé pour les questions posées dans la réquisition, rédigées à l'écrit. Le médecin se doit de répondre à toutes les questions posées dans la réquisition et seulement aux questions posées, il ne doit en aucun cas émettre d'avis ou exposer une hypothèse sur les causes possibles des lésions décrites par exemple. Le secret professionnel s'applique à tout ce qui n'est pas demandé dans la réquisition.

B - Les chiffres de maltraitance en France

1 - Rapport de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger

La loi du 2 Janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance présente des dispositions relatives à l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) dans l'article 9 qui vient modifier l'article L. 226-6 du code de l'action sociale et des familles de la manière suivante :

Alinéa 1 «L'Etat, les départements et des personnes morales de droit public ou privé constituent un groupement d'intérêt public pour gérer un service d'accueil téléphonique

gratuit ainsi qu'un observatoire de l'enfance en danger afin d'exercer, à l'échelon national, les missions d'observation, d'analyse et de prévention des mauvais traitements et de protection des mineurs maltraités prévues au présent chapitre» {33}.

Alinéa 3 : «l'Observatoire de l'enfance en danger contribue au recueil et à l'analyse des données et des études concernant la maltraitance envers les mineurs, en provenance de l'Etat, des collectivités territoriales, des établissements publics, des fondations et des associations oeuvrant en ce domaine. Il contribue à la mise en cohérence des différentes données et informations, à l'amélioration de la connaissance des phénomènes de maltraitance et recense les pratiques de prévention, de dépistage et de prise en charge médico-légale et judiciaire de la maltraitance dont les résultats évalués ont été jugés concluants, afin d'en assurer la promotion auprès de l'Etat, des collectivités territoriales, des établissements publics, des fondations et des associations oeuvrant en ce domaine. Il présente au gouvernement et au parlement un rapport annuel rendu public.» {34}.

L'ONED est ainsi créé avec pour fonction essentielle d'être «les yeux» de l'Etat en matière de maltraitance à enfant et d'être l'avocat des différentes structures de prise en charge et de prévention. Certaines lois ont ainsi été rédigées en se basant sur les rapports de l'ONED et promulguées afin de progresser efficacement dans l'accueil et la prise en charge en urgence des enfants et adolescents et de favoriser le lien entre les différents acteurs, de soins, d'aide éducative, de prise en charge judiciaire.

Si l'on veut faire un état des lieux des chiffres de maltraitance avant l'ouverture de l'UMJ du Havre afin de détailler la toile de fond de sa conception, intéressons nous au deuxième rapport annuel de l'ONED.

Ce deuxième rapport annuel de l'ONED au parlement et au gouvernement remis en décembre 2006 paraît au moment même de la réforme de la protection de l'enfance et soulève ainsi plusieurs questions encore en suspens. {35}.

Il reprend les conditions d'intervention d'une protection sociale et judiciaire, en faisant un comparatif avec ce qui est pratiqué dans les autres pays d'Europe. Il soulève le problème de définition de risque, de danger et de danger grave et manifeste, et ainsi, de limite entre troubles éducatifs et maltraitance. Le rôle du médecin et de l'infirmière scolaire est mis en avant dans le dépistage des maltraitances, en association avec l'éducation nationale. La nécessité de lien entre les différentes associations, l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et le médecin scolaire est mise en exergue, nécessitant de ce fait, le partage de l'information médicale avec les services sociaux.

Plusieurs constats sont faits sur la nécessité d'impliquer les familles dans la prise en charge et l'aide éducative par l'ASE afin d'obtenir de meilleurs résultats concernant les aides éducatives à domicile, et les mesures administratives (avec accord des parents).

Plusieurs mesures sont prises sur le plan départemental pour évaluer la nécessité d'aide éducative dans les familles, et permettre de poser une limite entre prévention des troubles éducatifs et protection de l'enfant maltraité ou en risque de l'être.

Le processus de décentralisation des années 1980 a transféré de l'état aux conseils généraux la compétence en matière d'action sociale, renforçant le rôle des élus locaux et ce d'autant plus après la loi du 13 Août 2004. Les associations d'aide sociale et éducative doivent ainsi rendre compte aux autorités du département où elles se situent. Le rôle du département est renforcé aussi dans le suivi, l'évaluation, la prévention et la protection de l'enfance.

L'ONED a aussi pour rôle, le recensement selon différentes sources et l'évaluation du nombre d'enfants bénéficiant d'une prise en charge de protection de l'enfance, la mise en place d'une observation des familles en besoin d'aide sociale et l'initiation de nouvelles études évaluant la population des enfants maltraités.

Ainsi, les chiffres recueillis et exposés dans son deuxième rapport annuel, faisaient état que fin 2004, 253 539 enfants auraient bénéficié d'au moins une mesure de protection de l'enfance sur la France entière (métropole et DOM TOM) ce qui représentait 1,80% des moins de 18 ans. Si nous comparons ces chiffres à ceux plus récents du septième rapport dont nous parlerons plus loin, cela nous permet de détailler les mesures prises et leur évolution dans le temps (Tableau 1, 2 et 3).

Tableau 1 : Nombre d'enfants placés en protection de l'enfance au 31 décembre 2004 et au 31 Décembre 2009.

	2004	2009
mesures administratives	14 718	33 937
mesures judiciaires	88 464	237 834

Données tirées des rapports annuels au parlement et au gouvernement de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger. Décembre 2006 et Février 2011. {35-36}.

Tableau 2 : Nombre d'enfants ayant une mesure ouverte de protection de l'enfance au 31 Décembre 2004 et au 31 Décembre 2009.

	2004	2009
mesures éducatives	35 461	78 735

Données tirées des rapports annuels au parlement et au gouvernement de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger. Décembre 2006 et Février 2011. {35-36}.

La quasi totalité des mesures de protection de l'enfance est gérée par l'Aide Sociale à l'Enfance des départements. L'analyse des données en matière d'aide à l'enfance est faite au niveau national par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) dépendante du ministère de la Santé et des solidarités. Dans son rapport de 2006, l'ONED a extrapolé ces résultats au niveau départemental, puisque les prises en charge ont été décentralisées, elle permet ainsi que l'analyse de leurs résultats le soit aussi.

Ainsi, une grande disparité entre les départements est mise en avant avec en 2004, un nombre de mesures de protection de l'enfance pour 1000 jeunes de moins de 21 ans, variant de 8,3 à 37,4 selon les endroits. D'autre part, l'évolution du nombre de mesures de protection a varié entre 1992 et 2004 de façon très différente avec une diminution jusque -55% par endroits et une forte augmentation jusqu'à + 106% dans d'autres départements.

La Seine Maritime dont le nombre de mesures pour 1000 jeunes se situait entre 16 et 18 en 1992 a augmenté, et se trouvait en 2004 entre 18 et 20.

L'augmentation a été plus importante dans le Calvados, où le nombre de mesures est passé de 16 à 18 en 1992, à plus de 22 en 2004 (qui est la limite supérieure de la fourchette de nombres rapportée par l'ONED).

Si en 1992, 4 départements comptaient plus de 22 mesures pour 1000 jeunes, on en comptait 15 en 2004. Ce qui montre que si de grandes variations existent entre les différents départements, la tendance générale est à l'augmentation.

Or, les analyses montrent que le nombre d'enfants victimes de maltraitance est plutôt stable dans le temps. Cette majoration des mesures de protection ne serait donc pas le reflet d'une augmentation de la maltraitance en France, mais celui d'une meilleure efficacité des services d'Aide Sociale à l'Enfance, avec une prise en charge plus prompte de ces enfants.

Ce rapport de l'ONED au gouvernement, permet un état des lieux de la maltraitance en France et surtout de sa prise en charge, qu'elle compare à celle de nos voisins européens, afin d'en pointer du doigt les imperfections. L'ONED se fait aussi l'avocat des associations et dispositifs locaux d'aide sociale à l'enfance pour promouvoir leur action et sensibiliser l'Etat sur la nécessité d'une aide gouvernementale.

L'ONED a poursuivi son rôle d'analyse et d'observation de la protection de l'enfance. Dans son septième rapport remis au gouvernement et au parlement en 2011 {36}, il rend compte de l'enquête menée sur les informations préoccupantes concernant les mineurs en danger et leur recueil. Cette enquête faisait suite au décret n° 2011-222 du 28 Février 2011 {37} organisant la transmission d'informations sous forme anonyme aux observatoires départementaux de la protection de l'enfance. Il en ressort, que l'éducation nationale et le parquet sont les deux principaux pourvoyeurs d'informations préoccupantes. Un biais existe dans le recueil

d'information dans le fait que, selon les départements, le «tri» des informations et leur classement comme préoccupantes ou non, est très différent ; Ceci malgré l'existence de définitions établies de ce qu'est une information préoccupante. L'ONED propose, ainsi la réunion d'une conférence de consensus afin d'uniformiser au niveau national le recueil des information, leur comptabilisation et leur analyse statistique.

Tableau 3 : Nombre de mineurs bénéficiant d'au moins une mesure de protection au 31 Décembre 2004 et au 31 Décembre 2009.

	2004	2009
Jeunes bénéficiant d'au moins une mesure de protection.	253 539	271 500

Données tirées des rapports annuels au parlement et au gouvernement de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger. Décembre 2006 et Février 2011. {35-36}.

Ce septième rapport actualise l'estimation du nombre de mineurs bénéficiant d'une mesure de protection, permettant d'évaluer l'évolution de ces dispositifs depuis 2007.

Au 31 Décembre 2009, le nombre de mineurs bénéficiant d'au moins une mesure de protection, est estimé à 271 500 en France, ce qui représente 18,9 % des moins de 18 ans. Ce nombre est en augmentation de 1,6% depuis 2007. La part des aides éducatives augmente, passant de 24% à 29% (entre 2006 et 2009) avec l'augmentation des décisions administratives (de 11% à 12,4%), alors que les décisions judiciaires ont légèrement baissé, possiblement en lien avec le principe de subsidiarité inscrit dans la loi réformant la protection de l'enfance de 2007.

2 - L' enquête PRIHOVI

Cette enquête sur la PRIse en charge à l'HOpital des Victimes de violences (PRIHOVI) avait pour objectif d'effectuer un recueil de données quantitatives et qualitatives sur le parcours des victimes de violences prises en charge en milieu hospitalier. Ce recueil se faisait sur une semaine donnée dans 7 centres différents. Ce rapport est paru début 2007. Il présente bien les interrogations qui ont mené à la création de l'UMJP du Havre, et à la même époque que son ouverture. {38}.

L'objectif était en ce qui concerne les unités hospitalières accueillant les victimes de violences :

- De mesurer leur activité dans ce domaine

- De rechercher la présence d'outils spécifiques ou de protocoles de prise en charge de ces victimes

En ce qui concernait les victimes consultant dans ces différents centres :

- Evaluer les caractéristiques de la victime (âge, sexe, origines...) et de la violence subie

- la «trajectoire» de la victime : structure l'ayant adressée dans l'unité de prise en charge en question, prestations proposées dans cette structure avant transfert, orientation directe ou structures complémentaires.

- Mesurer la fréquence avec laquelle une même victime avait recours à l'unité de prise en charge pour violence.

Sur les 43 unités qui ont accepté de participer à cette enquête (Tableau 4), était notée la présence d'une majorité d'UMJ et de services d'urgences (services qui accueillent en général les victimes de violences). Malgré le peu de disponibilité des services d'urgences, 14 unités ont pris le temps de répondre à cette enquête. Certaines unités participantes n'étaient pas directement concernées par la prise en charge des victimes de violences mais ont montré un intérêt pour le sujet.

Tableau 4 : Type d'Unité ayant participé à l'enquête sur le prise en charge des victimes.

Type d'unité	Effectif	Fréquence
Services d'Urgences	14	33 %
Service de médecine légale ou UMJ	9	21 %
Service de Pédiatrie	6	14 %
Service de Psychiatrie ou CMP	5	12 %
Service de Chirurgie	4	9 %
Service de Gynécologie	3	7 %
Non précisé	2	5 %
TOTAL	43	100 %

Informations provenant du rapport de l'Enquête PRIHOVI {38}.

La répartition géographique des centres participants était assez vaste, mais on notait une majorité des unités participantes dans les trois sites de Lagny, Toulouse et Créteil.

La répartition se faisait comme suit (Tableau 5) :

Tableau 5 : Répartition géographique des unités ayant répondu à l'enquête

Site Géographique	Nombre d'unités participantes	Fréquence
Lagny	12	28 %
Toulouse	7	16 %
Créteil	6	14 %
Rouen	5	12 %
Lille	5	12 %
Amiens	4	9 %
Clermont	4	9 %
TOTAL	43	100 %

Informations provenant du rapport de l'Enquête PRIHOVI {38}.

On remarque parmi les 7 centres concernés, la présence de trois des centres de notre G4 (le regroupement de 4 CHU du Nord-Ouest : Amiens, Caen, Lille et Rouen).

Les outils de prise en charge des victimes dont disposaient ces 43 unités étaient rapportés dans ce rapport afin d'évaluer les moyens mis en oeuvre, sachant que 9 unités sur 10 avaient une forte activité de prise en charge de victimes, exclusive ou non.

49% de ces unités avaient mis en place des protocoles de prise en charge spécifiques, 30% se basant sur les recommandations de bonnes pratiques. Mais seulement 24% d'entre elles avaient un protocole relatif au suivi et à l'orientation des victimes de violences, permettant de savoir si l'orientation était adéquate, si le patient avait suivi cette orientation, et quelle avait été sa prise en charge par la suite. Ce qui représentait une lacune dans la «trajectoire» de la victime, risquant d'éluder la partie la plus importante de la prise en charge, qui est le suivi.

L'orientation préférentielle des victimes se faisait vers une unité de médecine légale ou une unité médico-judiciaire, adressées généralement par :

- une autre unité du même Hôpital
- la police ou la gendarmerie avec (45%), ou sans réquisition judiciaire (17%)
- des associations d'aide aux victimes
- le médecin traitant
- le SAMU
- les pompiers
- la famille de la victime.

De manière prévisible et évidente, les unités de médecine légale et les unités médico-judiciaires étaient celles qui disposaient du plus grand nombre d'outils : personne dédiée à l'accueil des victimes, numéros utiles, brochures d'information et numéros importants pour les victimes, protocoles de prise en charge et de suivi etc.

Le type de violence variait et pouvait être associé pour une même consultation, dans 33% des consultations dans le cadre de cette enquête, il ne s'agissait pas du premier épisode de violence et dans 53% des cas l'auteur était connu de la victime.

Lors de la consultation, un examen clinique était réalisé dans 97% des cas, un certificat rédigé dans 8 cas sur 10, mais en revanche, les informations juridiques n'étaient fournies au patient que dans 1/4 des cas.

La grande majorité des orientations de victimes se faisait vers des unités médico-légales, les services de police ou les associations de victimes. Il était noté, et à déplorer qu'un nombre très réduit bénéficiait d'une orientation vers un psychologue ou un psychiatre dans leur soins.

Sur une semaine type de Janvier 2007, 526 patients ont consulté dans ces 43 unités. 5% ont consulté dans deux unités successives et moins de 1% dans 3 unités successives.

66% des patients inclus dans l'enquête l'étaient par les services médico-légaux et UMJ, et 29% par les services d'urgences.

Les travaux précédents ont montré que 90% de l'activité de prise en charge des victimes de violences en milieu hospitalier est le fait des unités de médecine légale, UMJ et services d'Urgences.

Cette enquête le montre aussi, c'est donc sur ce type d'unité que la démarche d'amélioration des pratiques doit se concentrer via la création de protocoles de prise en charge et le développement des outils mis en oeuvre, l'amélioration de l'information des victimes sur les points juridiques importants, sans oublier la prise en charge psychologique des patients qu'il faut développer et ne pas négliger.

3 - SOS enfance en danger

Le service national d'accueil téléphonique SOS enfance en danger (le 119) qui recueille les appels des particuliers mais aussi des professionnels de l'enfance, met en ligne les statistiques des appels et des appelants, {39} afin de sensibiliser l'opinion publique sur la maltraitance et les circonstances qui l'entourent, et d'informer chaque département des appels reçus concernant les mineurs en danger.

Il ne s'agit que d'un reflet de la réalité mais ces chiffres permettent de se faire une idée des demandes directes d'aide, de leur origine et des personnes concernées.

Pour l'année 2009 : sur 1 030 142 appels, étaient comptées 31 624 demandes d'aide. On notait que 67% des appelants étaient des femmes et qu'il s'agissait de la mère de l'enfant concerné dans 15,4% des cas. Dans 9,8% des cas il s'agissait de l'enfant concerné.

Les appelants étaient variés mais faisaient partie, la plupart du temps, de l'entourage proche de l'enfant : famille, médecin traitant... Parfois même les auteurs de la maltraitance. Dans la plus grande proportion, l'appelant ne s'identifiait pas. (Tableau 6)

Tableau 6 : Les appelants en 2009 :

Enfant concerné	3 108	9,8%
Adulte concerné	1 419	4,5%
Mère	4 867	15,4%
Père	3 608	11,4%
Frère/ Soeur	321	1%
Grands-parents	2 084	6,6%
Beaux-parents	540	1,7%
Famille	1 705	5,4%
Entourage	2 168	6,9%
Voisin	2 470	7,8%
Professionnel	1 524	4,8%
Autre non désigné	7 810	24,7%
TOTAL	31 624	

Données tirées du site officiel : SOS enfance en danger : www.allo119.gouv.fr {39}.

Sur 24 060 personnes déclarées auteurs de danger, 90% étaient de la famille proche de l'enfant. Cette déclaration est restée stable depuis plusieurs années, mettant en cause la plupart du temps les parents, et plus souvent la mère que le père. 50% des auteurs désignés sont des femmes pour 48% d'hommes et 2% de sexe non précisé (Figure 1).

Auteurs de danger déclarés

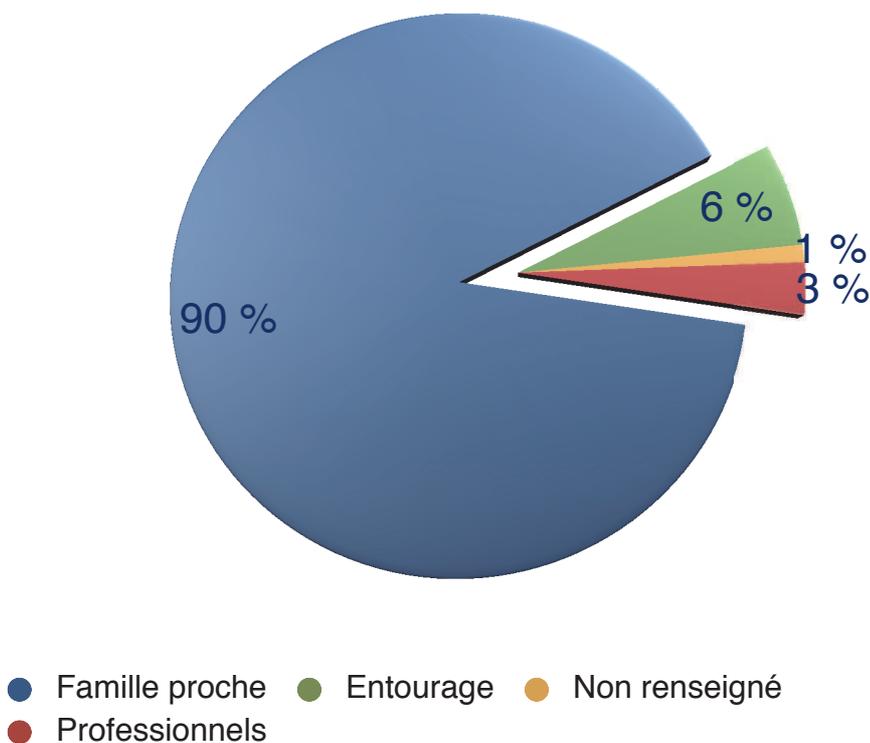
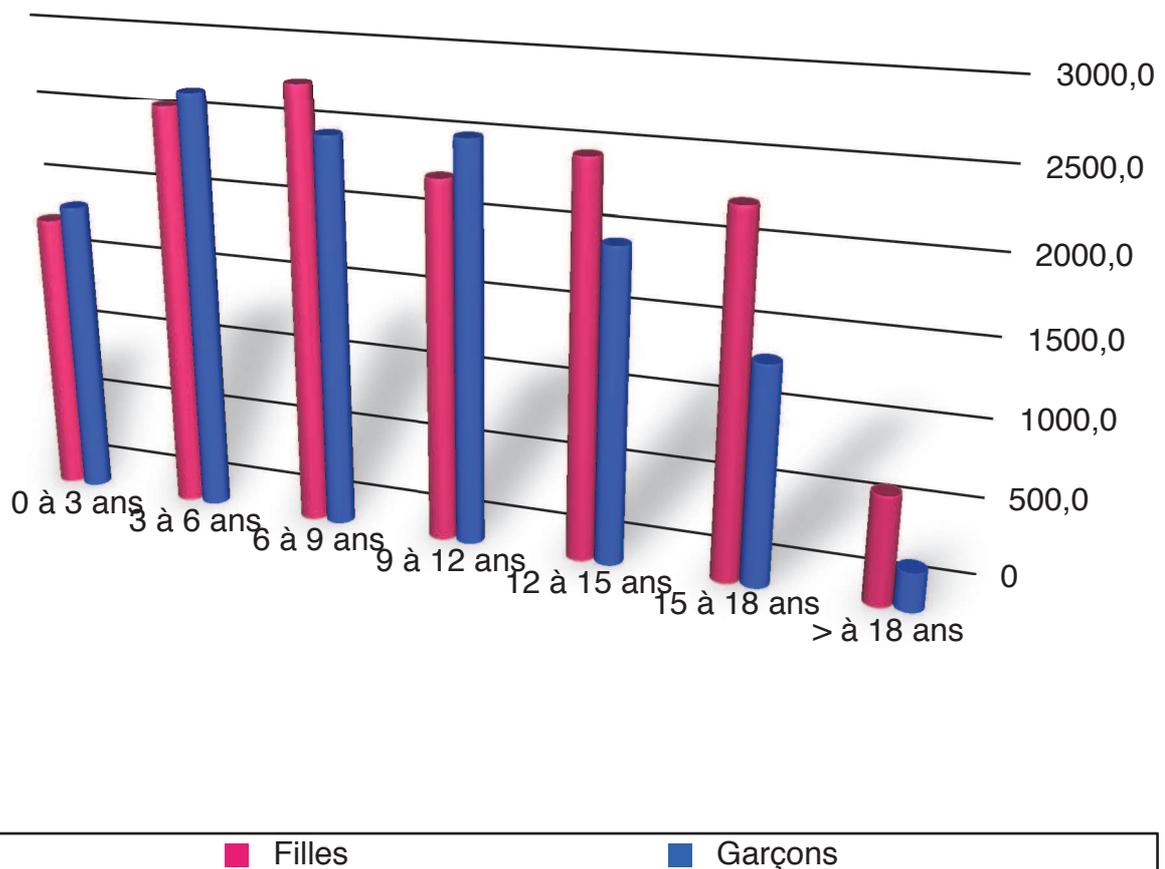


Figure 1 : Les auteurs de maltraitance : Données tirées du site officiel : SOS enfance en danger : www.allo119.gouv.fr {39}.

Sur les 31 624 appels pour demande d'aide, 45 000 enfants étaient mentionnés et 30 997 étaient déclarés enfants en danger ou enfants en risque.

On note une prédominance des filles après 12 ans sans différence évidente de sexe chez les enfants victimes avant cet âge (Figure 2).

Figure 2 : Les enfants victimes :



Données tirées du site officiel : SOS enfance en danger : www.allo119.gouv.fr {39}.

Tableau 7 : Nature du danger et âge des enfants :

Age (ans)	Violence physique	Danger lié au comportement de l'enfant	Violence psychologique	Négligence lourde	Défaillance éducative	Violence sexuelle	Total
0-3	1 024	15	1 760	1 173	1 151	149	5 272
3-6	1 908	37	2 726	1 186	1 165	599	7 621
6-9	2 069	92	2 963	1 074	1 020	580	7 798
9-12	1 928	151	2 820	820	831	480	7 030
12-15	1 956	404	2 551	650	728	453	6 742
15-18	1 568	583	2 025	471	468	368	5 483
>18	204	80	313	50	71	71	789
Total	10 657	1 362	15 158	5 424	5 434	2 700	40 735

Données tirées du site officiel : SOS enfance en danger : www.allo119.gouv.fr {39}.

On notait plus de 25% de violences physiques même chez les 3 à 6 ans. Les violences psychologiques se révélaient les plus nombreuses quel que soit l'âge ce qui rend l'enquête et la prise en charge d'autant plus difficiles que cette forme de maltraitance est insidieuse et complexe à prouver. La tranche d'âge la plus touchée, tout type de danger confondu sont les 6-9 ans. (Tableau 7).

4 - Les données de l'Organisation Mondiale de la Santé

D'après les données publiées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en Août 2010 {40}, plusieurs points importants sont à relever :

«- Environ 20% des femmes et 5 à 10% des hommes disent avoir subi des violences sexuelles dans leur enfance. 25 à 50% des enfants déclarent être physiquement maltraités».

«- La maltraitance dans l'enfance altère parfois à vie la santé physique et mentale de ceux qui en sont victimes et, de par ses conséquences socio-professionnelles, elle peut au bout du compte ralentir le développement économique et social d'un pays.»

Ce point est émis pour sensibiliser les autorités sur les répercussions de la maltraitance à enfant à l'échelle nationale.

«-Il est possible de prévenir la maltraitance des enfants. Pour cela, une approche multisectorielle s'impose.»

«-L'accompagnement des enfants et de familles dans la durée peut réduire le risque de répétition des mauvais traitements et minimiser leurs conséquences.»

Toutes les formes de mauvais traitements sont prises en compte qu'il s'agisse de négligence, violence physique, sévices sexuels, exploitation, mauvais traitement affectif, maltraitance psychologique, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la survie de l'enfant, sa santé physique et mentale, son développement et sa dignité. Exposer un enfant au spectacle de violences entre partenaires intimes est considéré comme une forme de maltraitance.

Les données chiffrées sont très pauvres et il est très difficile d'évaluer le taux de maltraitance d'un pays à l'autre, les définitions de maltraitance étant différentes et les possibilités d'analyse statistique parfois limitées. On estime cependant que chaque année, 31 000

enfants de moins de 15 ans sont victimes d'homicides. Ceci ne prenant pas en compte les décès attribués de manière erronée à des chûtes, noyades ou autres causes et pouvant être liés à des maltraitements.

L'OMS met en avant, aussi, les conséquences à long terme de la maltraitance sur enfant, provoquant un stress extrême pouvant altérer le développement psycho-moteur de l'enfant, voire même entraîner des déficits immunitaires. L'enfant maltraité devenu adulte serait d'avantage exposé aux troubles comportementaux tels que les conduites sexuelles à risque, la toxicomanie et l'alcoolisme. Il existerait une propension accrue à commettre des violences ou à en subir par la suite. Un risque important de dépression et de suicides est constaté ainsi que le risque de grossesses non désirées. {40-41-42}

En tentant de mieux cerner le problème de la maltraitance et d'en évaluer les causes possibles, l'OMS a dégagé dans son rapport un certain nombre de facteurs prédisposant, favorisant ou facteurs de risque de maltraitance. Ces facteurs pourraient prédisposer un enfant à être maltraité bien que l'enfant lui-même n'ait rien fait pour :

- «- il est âgé de moins de 4 ans ou adolescent
- c'est un enfant non désiré ou qui ne répond pas aux attentes de ses parents
- Il a des besoins spéciaux ou pleure de façon persistante, ou il présente une anomalie physique.»

De même, certains facteurs prédisposant le parent ou la personne qui s'occupe de l'enfant à être maltraitant auraient été mis en avant :

- «-La difficulté à établir un lien avec un nouveau-né
- le manque d'affection pour l'enfant

- le fait d'avoir subi soi-même des maltraitances dans l'enfance
- un manque de connaissances sur le développement de l'enfant ou des attentes irréalistes.
- l'abus d'alcool ou de drogues, y compris pendant la grossesse
- l'implication dans des activités criminelles
- le fait de connaître des difficultés financières.»

Ces différents facteurs sont liés et intriqués. En effet, nous avons vu précédemment que les enfants maltraités, étaient plus enclins à présenter des conduites à risque à l'âge adulte, lesquelles conduites à risque, associées à une propension à la violence, à la dépression et à des désordres psychiques peuvent conduire à être maltraitant.

Des facteurs de risque peuvent aussi être individualisés au sein d'une famille ou dans l'entourage de l'enfant, par exemple :

«-des troubles physiques ou psychiques ou des problèmes liés au développement chez un membre de la famille

- l'éclatement de la cellule familiale ou des violences entre d'autres membres de la famille
- l'isolement par rapport à la communauté ou l'absence d'un réseau de soutien
- Une perte de soutien de la part de la famille élargie, pour l'éducation de l'enfant.»

Enfin, parmi les caractéristiques de l'environnement social associées à l'augmentation du risque de maltraitance, on retrouve :

- «-les inégalités sexuelles ou sociales
- le manque de logements appropriés ou de services de soutien aux familles
- les taux de chômage élevés ou la pauvreté
- la facilité d'accès à l'alcool et aux drogues

-des politiques et programmes inappropriés pour prévenir la maltraitance des enfants, la pornographie infantine, la prostitution et le travail des enfants

-des normes sociales et culturelles qui encouragent ou glorifient la violence envers autrui, y compris l'usage des châtiments corporels, exigent un respect absolu des rôles sociaux dévolus à chaque sexe, ou amoindrissent le statut de l'enfant dans les relations parents-enfants

-des politiques sociales, économiques, de santé et d'éducation menant à des niveaux de vie peu élevés, ou à des inégalités ou une précarité socio-économiques.»

En matière de prévention de la maltraitance, l'OMS préconise les aides aux familles, aides éducatives, évaluation par les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI), campagnes d'informations aux parents sortant de maternité sur la prise en charge d'un nouveau-né qui pleure sans cause retrouvée, afin de limiter le risque de syndrome du bébé secoué. Et l'aide aux enfants par l'information, dans les écoles, sur ce qu'est le corps humain, comment différencier un contact physique approprié et un geste déplacé, comment parler à un adulte de confiance en cas de sévices subis.

l'OMS et les partenaires sociaux proposent donc :

«des orientations techniques et normatives pour un travail de prévention de la maltraitance des enfants, fondé sur des bases factuelles»

De préconiser «un soutien et des investissements internationaux accrus en faveur des efforts de prévention de la maltraitance»

Fournit «un soutien technique pour les programmes de prévention de la maltraitance (...) dans plusieurs pays à revenu faible ou intermédiaire.

5 - La Cellule Enfance en Danger

La Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations concernant les mineurs en danger ou en risque de l'être a été créée suite à la loi du 5 Mars 2007 réformant la protection de l'enfance {43}.

Elle est constituée d'un équipe pluridisciplinaire de professionnels des domaines sociaux, éducatifs et médicaux {44}.

Elle rend compte au président du conseil général de toute information, qu'elle soit médicale ou provenant de l'appel d'un particulier à SOS enfance en danger, susceptible de laisser craindre qu'un enfant est en danger ou en risque de l'être.

La loi du 5 Mars 2007 a donné lieu à un nouvel article : L-226-3 du code de l'action sociale et des familles {45} définissant le rôle du président du conseil général comme suit :

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

Cette cellule à un rôle central à savoir le lien entre les services du département prenant en charge les enfants : PMI, Aide Sociale à l'Enfance (ASE), action sociale, services d'urgences etc, et les juridictions, à qui elle présente une analyse des données transmises par ces différents services, pour que l'information puisse mener à une action sociale décidée par les instances juridiques et/ou administratives.

Ces interlocuteurs sont multiples : Education Nationale, services sociaux, médecins hospitaliers ou libéraux, services de police et gendarmerie, élus locaux.

Article 12 de la loi du 5 Mars 2007 : « Les services publics, ainsi que les établissements publics et privés susceptibles de connaître des situations de mineurs en danger ou qui risquent de l'être, participent au dispositif départemental ». (Article L-226-3 du code de l'action sociale et de familles {45}).

C'est également à la Cellule Enfance en Danger (CED) que sont transmises les informations recueillies par le service d'accueil téléphonique de l'enfance en danger (119).

« le représentant de l'Etat et l'autorité judiciaire lui apportent leur concours » {45}. Ceci implique qu'ils aident au bon fonctionnement de la Cellule, à la rédaction de protocole d'action et à la collaboration de professionnels spécialistes, sources d'expertises.

« Le président du conseil général peut requérir la collaboration d'associations concourant à la protection de l'enfance ». {45}.

La cellule départementale doit être unique (par département) et bien connue de ceux qui jouent un rôle dans la protection de l'enfance. Afin que tout converge vers la même structure sans perte d'information (et donc de chance).

Toute personne quelle qu'elle soit est tenue à la transmission d'information préoccupantes à la Cellule départementale de par l'article 375 du code civil sur la protection des mineurs {46}.

«Les personnes qui mettent en oeuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L.112-3 ainsi que celles qui lui apportent leur concours transmettent sans délai au président du conseil général ou au responsable désigné par lui, conformément à l'article L.

226-3, toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être, au sens de l'article 375 du code civil.»

Si l'urgence impose de référer directement au procureur de la République d'une situation inquiétante concernant un mineur, les informations doivent impérativement être transmises quand même à la Cellule par le Parquet ou les personnes qui auront saisi le procureur.

« Toute personne (...) qui avise directement, du fait de la gravité de la situation, le procureur de la République de la situation d'un mineur en danger adresse une copie de cette transmission au président du conseil général. Lorsque le procureur a été avisé par une autre personne, il transmet au président du conseil général les informations qui sont nécessaires à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance confiée à ce dernier et il informe cette personne des suites réservées à son signalement, dans les conditions prévues aux articles 40-1 et 40-2 du code de procédure pénale.» {44}.

La transmission des informations se fait, bien évidemment dans le respect du secret professionnel et de la vie privée des personnes, et en respectant le plus possible l'obligation d'information.

«Sauf intérêt contraire de l'enfant, le père, la mère, tout autre personne exerçant l'autorité parentale ou le tuteur sont préalablement informés de cette transmission selon des modalités adaptées». {45}.

La loi du 5 Mars 2007 {43} a aussi aménagé le partage d'information, permettant d'autoriser légalement le partage de l'information entre professionnels sans violation du secret professionnel et dans l'intérêt de l'enfant.

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

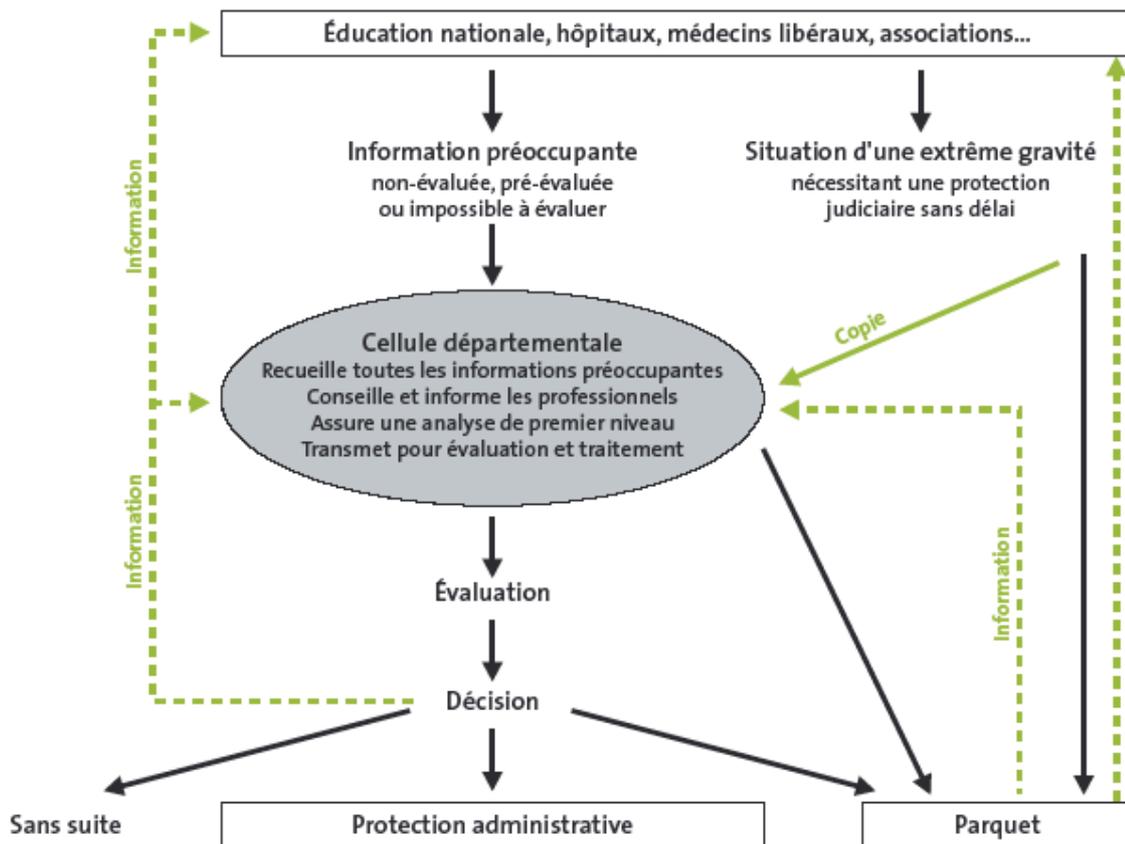


Figure 3 : Schéma de recueil, d'évaluation et de traitement des informations concernant des mineurs en danger ou risquant de l'être, extrait du guide pratique de protection de l'enfance émis par le Ministère de la santé et des solidarités {44}.

La CED a donc un rôle clé puisqu'elle a pour vocation d'être destinataire de toutes les informations concernant le potentiel danger encouru par des mineurs, transmises par les professionnels ou même particuliers. Elle permet que cela ne reste pas que des informations, mais fassent l'objet d'investigations afin de mener à l'action adéquate pour venir en aide à ces enfants (Figure 3).

Elle peut aussi apporter son aide en cas de questionnement des professionnels sur une situation douteuse concernant un mineur.

III - L'UMJP du Havre

A - Historique

1 - Les lois fondatrices

Selon la Circulaire DHOS/DSO 283 du 20 Mai 2003 {47}:

« Les enfants ont vocation à être pris en charge, chaque fois que cela est possible, et en particulier aux urgences, par un pédiatre et du personnel paramédical ayant une expérience dans l'accueil et la prise en charge des enfants.

Selon s'ils disposent ou non de pédiatres et selon leurs spécialités, les établissements de santé accueillant les urgences n'ont pas tous le même rôle dans l'accueil des enfants. L'organisation des services d'urgences en unité de proximité d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences (UPATOU), services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) et pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences (POSU) prend insuffisamment en compte les particularités liées à la prise en charge des enfants et adolescents et à la prise en charge effective des urgences de pédiatrie par le personnel des services d'hospitalisation de pédiatrie.» {47}.

Une meilleure organisation des établissements de santé accueillant les urgences a été préconisée, afin d'harmoniser la prise en charge des enfants.

Sont ainsi différenciés :

- Les établissements de santé ne disposant pas de service de pédiatrie

- Les établissements disposant d'un service de pédiatrie

- Les établissements disposant d'un service de pédiatrie, d'un service de chirurgie

pédiatrique et d'un service de réanimation pédiatrique ainsi que des différentes ressources permettant la prise en charge complète de l'ensemble de urgences de l'enfant.

Le Groupe Hospitalier du Havre se trouve dans cette dernière catégorie. L'Hôpital du Havre servant un bassin de population de plus de 700 000 habitants. Il bénéficie d'un POSU, d'un service de chirurgie pédiatrique et de soins continus pédiatriques, ainsi que du plateau technique nécessaire.

En effet il est stipulé que : « Ces centres de référence sont destinés à prendre en charge toutes les urgences médicales ou chirurgicales du nourrisson ou de l'enfant qui requièrent un centre d'anesthésie ou de réanimation pédiatrique.

Ces établissements de santé peuvent être actuellement autorisés pour un SAU ou un POSU. Ils ont vocation à être autorisés au titre d'un POSU pédiatrique.

Ces établissements de santé sont organisés pour la prise en charge en :

- pédiatrie

- radiologie pédiatrique

- chirurgie pédiatrique

- anesthésie pédiatrique

- transports pédiatriques

- et néonatalogie le cas échéant.

(...) Lorsque les enfants justifient d'une consultation médico-judiciaire, celle-ci doit être réalisée dans le service de pédiatrie, en collaboration avec l'unité médico-judiciaire s'il en existe une dans l'établissement. » {47}.

Comme il n'existait pas d'unité médico-judiciaire à l'hôpital du Havre, la nécessité s'est présentée de prendre en charge les enfants dans leur ensemble au sein du POSU pédiatrique, et donc de pouvoir effectuer les consultations médico-judiciaires.

Le chef de service des Urgences Pédiatriques, assisté des spécialistes nécessaires à son fonctionnement a créé une UMJP au sein du service des urgences, en collaboration avec le Procureur de la République près le Tribunal de Grande Instance du Havre.

La Loi du 10 Juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineur et à la protection de l'enfance {48}, a transféré les compétences en matière de protection de l'enfance aux conseils généraux.

Selon l'article 2, le conseil général doit «mener, notamment à l'occasion de l'ensemble de ces interventions, des actions de prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs (...) et participer à la protection de ceux-ci.» {48}.

Cette loi met en exergue le devoir de prévention de la maltraitance et utilise les services de Protection Maternelle et Infantile, les services d'Aide Sociale à l'Enfance et les services de santé à ces fins.

La Circulaire DH 22 du 16 Juin 1992 relative à l'enfance en danger {49}, renforce, au sein des Hôpitaux cette action de prévention, et propose la création de cellules d'accueil spécialisées regroupant des pédiatres, puéricultrices, psychologues et assistantes sociales.

La Circulaire DGS/DH n° 2000-399 du 13 Juillet 2000 relative à l'extension aux mineurs victimes des dispositions de la circulaire n° 97-380 du 27 Mai 1997 relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles {50}, évoque que « Si la prise en compte des abus sexuels a nécessité une intervention forte des pouvoirs publics depuis 1989, il s'agit désormais d'impulser une politique globale de prise en charge (médicale, psychologique et sociale) des mineurs victimes de maltraitance dans les lieux où ils peuvent être accueillis et soignés.» {50}.

Elle étend la mission des pôles de référence régionaux à la prise en charge des maltraitances autres que sexuelles.

Cette circulaire mettait déjà en avant le principe d'une organisation particulière pour la prise en charge des mineurs victimes, avec une coordination de plusieurs spécialistes de l'enfance. Il y est déjà question de consultations d'urgences médico-judiciaires.

La Circulaire DHOS/E 1 2001-503 du 22 Octobre 2001, relative à l'accueil en urgence dans les établissements de santé des personnes victimes de violences ainsi que de toutes personnes en situation de détresse psychologique {51}, insiste sur la place essentielle de l'Hôpital dans cet accueil.

« l'Article R.712-65 du code de la santé publique précise qu'un service d'accueil et de traitement des urgences doit accueillir sans sélection vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitales.

L'Hôpital est le lieu d'accueil privilégié pour toutes les personnes en situation de souffrance. Tous ces états ont un caractère d'urgence pour la personne concernée.

(...) Une attention particulière doit être portée à la réalisation des soins nécessités par l'état de la personne, au soutien psychologique immédiat et au suivi médico-psychologique qui peuvent être proposés.» {51}.

«En ce qui concerne plus spécialement, l'accueil des personnes victimes de violences, l'importance de la réalisation des constatations, voire des actes de prélèvements nécessaires à la constitution d'un dossier médico-légal sera prise en considération.» {51}.

Cette circulaire précise l'utilité des unités médico-judiciaires pour la prise en charge des victimes de violences, adultes. Pour ce qui est des enfants, elle précise bien que leur prise en charge doit se faire en pédiatrie, en collaboration, donc avec une UMJ adulte. L'idéal serait donc, une unité médico-judiciaire pédiatrique.

Elle stipule aussi qu' « il est important de coordonner étroitement les trois fonctions : médicale, psychologique et judiciaire, mais celles-ci doivent rester séparées de façon à mieux identifier les modes de financement : assurance maladie pour les soins et le soutien psychologique ; frais de justice pour le constat et les suites médico-judiciaires. » {51}.

Il est nécessaire que la partie de la prise en charge des enfants victimes de violences, comprenant l'expertise et le recueil d'informations, soit impartiale et conforme aux nécessités médico-judiciaires, sans pour autant déborder sur la partie judiciaire pure. L'équipe soignante tient son rôle, en connaissance des lois, et dans le respect des protocoles établis par des équipes pluridisciplinaires afin de ne pas risquer de fausser le dossier.

Dans la Circulaire cabinet n° 2002-97 du 14 Février 2002 relative aux suites de la campagne de prévention des maltraitances et des violences sexuelles sur mineurs et à la prise en

charge des mineurs victimes {52}, des protocoles de prise en charge des mineurs victimes d'agressions sexuelles, ou de violences comprenant l'audition du mineur sur le même lieu que l'examen clinique, dans une prise en charge ambulatoire ou une hospitalisation. Ces protocoles prévoient dans le même temps l'audition par les autorités judiciaires, les soins, l'expertise, le soutien psychologiques par les équipes soignantes, et la constitution du dossier médico-légal. Ils ont été signés à Béziers, Mâcon et Chalon-sur-Saône, par exemple, avec le soutien de l'association «La voix de l'enfant».

« modalités pratiques de mise en oeuvre :

1. L'accueil des enfants se réalisera à l'intérieur d'une structure d'accueil spécialisée, en l'occurrence le service de pédiatrie (...);

2. Cette structure permettra de conjuguer la prise en compte de la souffrance de l'enfant et les besoins de l'enquête ou de l'information judiciaire ;

3. Conformément à l'article 706-53 du code de procédure pénale, l'audition ou la confrontation du mineur victime, sera réalisée sur décision du procureur de la République ou du juge d'instruction, le cas échéant à la demande du mineur ou de son représentant légal, en présence d'un psychologue ou d'un médecin spécialiste de l'enfance ou d'un membre de la famille du mineur ou d'un administrateur ad hoc ou d'une personne chargée d'un mandat du juge des enfants ;

4. Un véritable partenariat institutionnel fondé sur la complémentarité des divers professionnels concernés sera mis en place. Une formation spécifique sera assurée aux divers intervenants, notamment sur le plan local ;

5. Ces pratiques seront développées dans le respect tant des libertés individuelles de chacun et notamment du mineur, de ses représentants légaux et des différents intervenants dans le cadre de la procédure pénale, que des droits de la défense. C'est ainsi que l'audition

filmée ou sonore du mineur prévue par l'article 706-52 du code de procédure pénale, étant précisé que le procureur de la République ou le juge d'instruction pourra toujours décider de ne pas procéder à un tel enregistrement.» {52}.

Ce protocole a, certes, l'avantage de centraliser tout au niveau de l'UMJ, mais il représente, de par cette proximité de la partie judiciaire et de la partie expertise médicale, un risque accru de violation du secret médical, ainsi que le risque de voir l'équipe soignante trop impliquée dans la partie judiciaire du dossier. L'enfant doit garder l'image d'une équipe soignante aidante et apportant un soutien en toutes circonstances. L'équipe soignante se doit d'être impartiale, n'étant pas là pour juger mais pour constater les lésions éventuelles, et évaluer leur retentissement potentiel.

Les consultations médico-judiciaires d'urgences sont donc créées, avec des critères nécessaires, notamment la constitution d'un dossier présenté à la direction des hôpitaux et la direction des affaires criminelles et des grâces.

Il est ainsi mis en avant dans la Circulaire DH/AF 1 n° 98-37 du 27 Février 1998 relative à la création de consultations médico-judiciaires d'urgence {53} que «le Conseil supérieur de la médecine légale, institué par décret du 30 Décembre 1994, soucieux de ne pas limiter ses travaux à la médecine légale autopsique, a émis notamment le vœu d'homogénéiser et de rationaliser les conditions d'exercice de la médecine légale non thanatologique. Cette activité doit se concevoir comme une mission réalisée à l'hôpital à la demande des autorités judiciaires. Dès lors, le regroupement de ces activités dans des pôles hospitaliers de référence et leur développement nécessitent de clarifier l'articulation entre les missions de l'hôpital et celles de l'institution judiciaire.» {53}.

«Il est donc indispensable que tout projet de création de ce type soit instruit par l'échelon local en concertation avec la direction des hôpitaux et la direction des affaires criminelles et des grâces. Tous les projets devront faire l'objet d'un dossier, adressé aux administrations centrales.» {53}.

Un tel dossier a été présenté par le Dr Le Roux avec un projet d'UMJP aux urgences pédiatriques, soutenu par le procureur de la République près du tribunal de grande instance du Havre, la direction générale du Groupe Hospitalier du Havre (GHH) {3}.

Ce même projet était soutenu dans les travaux du Dr Dufour, médecin légiste et pédiatre aux urgences pédiatriques du Havre {2}.

2 - Les Unités Médico-Judiciaires en France

Les UMJ sont placées sous la responsabilité du Ministère de la santé, de la Famille et des personnes handicapées. Leur création est régie par la Circulaire DH/AF 1 n°98-37 {53} comme citée précédemment.

Elles se sont développées depuis 1990, essaimées sur le territoire en petit nombre puisqu'elles sont à l'heure actuelle moins de 70 en France. Certaines grandes villes comme Lyon n'ont pas d'unité médico-judiciaire pédiatrique, la raison en est que ces unités sont financées par les collectivités locales, les conseils généraux, voire même des associations comme la voix de l'Enfant, mais pas par des services publics.

Il existe, deux «écoles» en France de fonctionnement des UMJ. Celles qui suivent le protocole proposé dans la Circulaire cabinet n°2002-97 {52} et comprennent au sein de l'UMJP, une salle d'audition du mineur munie de miroirs sans tain et de caméras, comme les unités de Mâcon, Chalon-sur-Saône ou Saint-Nazaire ; Et celles qui séparent la partie audition par les autorités judiciaires, de la partie expertise de l'enfant, qui ne nécessite pas forcément de connaître les détails de son audition. Cela implique que les locaux de police ne soient pas trop éloignés des urgences pédiatriques où l'enfant sera pris en charge à l'UMJ.

C'est le cas à l'Hôpital Trousseau à Paris ou au Havre.

Les victimes sont adressées aux UMJ sur réquisition d'un Magistrat ou d'un Officier de Police Judiciaire, afin qu'y soient réalisés les actes médico-judiciaires nécessaires aux enquêtes pénales.

L'UMJ constitue un lieu de neutralité, de soin, et d'accompagnement de l'enfant, permettant la reconnaissance de son statut de victime. L'examen clinique médico-légale est réalisé par des médecins habilités à soigner des enfants, accompagnés de leur famille, d'une personne de leur choix, ou dans certains cas, d'un policier. Les examens complémentaires sont alors réalisés, en vue d'établir le constat de lésions non visibles.

Les UMJ fonctionnent sur un mode de consultation. La seule véritable urgence, en dehors des blessures graves qui seront adressées directement aux urgences pour soin et hospitalisation, est l'agression sexuelle «récente».

En effet, celle-ci nécessite l'évaluation en urgence des lésions et surtout des soins urgents : contraception urgente pour la jeune fille, plus ou moins mise en place d'un traitement

anti-rétroviral quel que soit le sexe de la victime, si le moindre risque de contamination existe, dans l'attente du résultat des sérologies prélevées.

De plus, certains prélèvements tels que poils, cheveux, sécrétions corporelles doivent être prélevés sur la victime avant la première toilette. Après 72 heures, les chances de retrouver des traces de sperme sur la victime ou ses vêtements, preuve absolue d'un contact sexuel récent, sont quasi nulles. Comme le montrent C. Rey-Salmon et al. dans «L'examen médical de l'enfant et de l'adolescent victime d'agression sexuelle» {54}.

Dans les autres cas, les consultations sur rendez vous sont plus adéquates, permettant à l'enfant de ne pas attendre, et au médecin d'effectuer une évaluation psychologique à froid, de qualité.

Bien entendu, le fait que le personnel soit constitué de personnel soignant pédiatrique, permet une prise en charge adaptée à l'âge de l'enfant, avec des conditions d'antalgie adéquates (patch d'EMLA, mélange équimolaire de protoxyde d'azote et d'oxygène...) dans un environnement fait pour les enfants (jouets, stickers de personnages de dessins animés, matériel pour dessiner...) et avec des explications données à l'enfant sur ce qui va lui être fait claires et adaptées à son âge.

Certaines unités utilisent une peluche ou une poupée pour représenter l'enfant et lui montrer comment l'examen va se dérouler, notamment l'examen des organes génitaux, qui peut être angoissant pour l'enfant s'il n'est pas compris.

B - Création

1 - Contexte

Pour les chiffres plus récents, selon l'Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE), au 1er Janvier 2010, la population française comptait 15 988 109 enfants de 19 ans et moins, pour une population totale de 64 647 600 personnes ; Ce qui représente 24,7% {55}.

La Seine Maritime comptait 25,3% d'enfant de 0 à 19 ans soit 315 970 pour une population totale de 1 250 264 habitants. La natalité a diminué ces 20 dernières années, mais la Seine Maritime, qui faisait partie il y a 20 ans des départements dits «très jeunes», fait toujours partie aujourd'hui des départements «jeunes» de France {55}.

Si la population française présente toujours des pourcentages à peu près égaux pour les différentes tranches d'âges avant 19 ans, la Seine Maritime, qui, en 2007 comptait plus de 5-9 ans, présente en 2010, une proportion légèrement plus importante de 15 à 19 ans. (Figure 4 et 5).

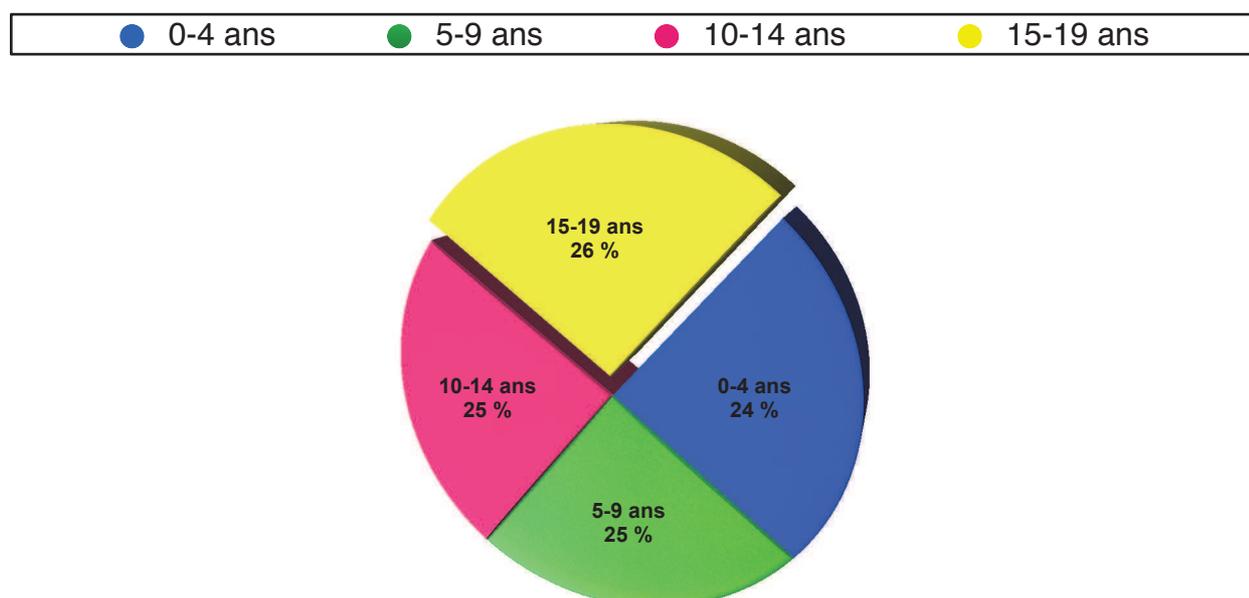


Figure 4 : Répartition de la population de moins de 19 ans en Seine Maritime en 2010.

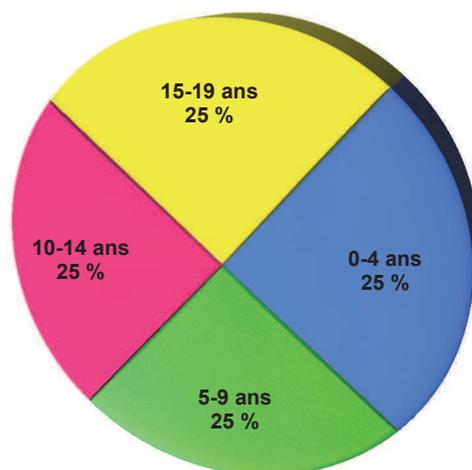


Figure 5 : Répartition par âge de la population de moins de 19 ans en France en 2010.



Dans cette population «jeune», le taux de violence sur mineurs reste globalement stable avec les années. Cette violence est présente, au Havre et dans son agglomération, et les pédiatres du Groupe Hospitalier du Havre ont voulu organiser et centraliser, la prise en charge des mineurs victimes.

Selon les chiffres de la brigade des mœurs et mineurs du Havre, le nombre de dossiers de violences sur mineurs, en 2011 était :

type de violence	nombre de dossiers
agressions sexuelles et viols	195
violences physiques (maltraitance,négligence, violence par ascendant ou intra familiale)	92
TOTAL	297

Tableau 8 : données de la brigade des mineurs du Havre.

Avant 2007, les urgences pédiatriques prenaient en charge les victimes mineures dans la mesure du possible. Cette prise en charge était effectuée par le senior de garde, en urgence et sans réquisition. En cas de danger manifeste pour le mineur, le médecin évoquait une raison médicale pour hospitaliser l'enfant afin de le protéger. Tout cela représentait un risque important de vice de procédure et de perte de vue. En effet, le médecin soignant, ne peut pas être expert. La médecine légale havraise était morcelée et le parcours des victimes compliqué et non organisé.

Comme il est cité dans le mémoire du Dr Dufour {2}, un officier de police judiciaire, écrivait en 2005 à la direction départementale :

«...Il me semble indispensable de mettre en place une unité médico-judiciaire qui présenterait l'avantage d'une prise en charge spécifique de la victime dans un lieu unique sur une plage horaire plus importante.

Ces médecins seraient tous motivés par la médecine légale, formés pour cela. Ils seraient les interlocuteurs compétents et privilégiés pour les fonctionnaires de Police ou de Gendarmerie, y compris pour ceux d'entre nous qui ne sont pas rompus à la matière et qui peuvent légitimement s'interroger sur l'utilité de telle ou telle démarche d'enquête.

Cette unité pourrait également réfléchir avec le Parquet et les services enquêteurs à des réquisitions types, adaptées aux différentes situations...»

Ces constatations mettaient en avant les lacunes de prises en charge des victimes au sein du territoire du Havre et surtout le manque d'un interlocuteur qui puisse servir de pivot entre les services de soin et les services de Police. La nécessité de création d'une unité médico-judiciaire est ici clairement évoquée, et vient renforcer le besoin déjà présent et ressenti par les médecins des urgences pédiatriques du Havre de pouvoir prendre en charge des mineurs victimes en partenariat avec les autorités judiciaires.

2 - Ouverture de l'Unité Médico-Judiciaire Pédiatrique du Havre

La création de l'UMJP du Havre avait pour but de répondre de manière rapide et constante aux demandes d'expertise médico-légale avec des intervenants fixes, servant d'interlocuteurs aux autorités judiciaires. Elle émanait du désir des équipes soignantes de pouvoir accompagner au mieux les victimes mineures et leur famille, dans un lieu unique et dans les meilleures conditions.

En application de la circulaire DH/AF 1 n°98-137 du 27 Février 1998 {53} relative à la création d'une unité médico-judiciaire, les médecins des urgences pédiatriques du Havre ont voulu créer une structure d'accueil pour les victimes afin d'assurer leur examen avec l'expertise médico-légale adaptée, leurs soins spécialisés et les prélèvements nécessaires au constat de coups et blessures.

Le 23 Mars 2007, une convention a donc été signée entre le président du Tribunal de Grande Instance du Havre, Dominique Couturier, le procureur de la République, Jean-Jacques Bosc et le directeur du Groupe Hospitalier du Havre (GHH) par intérim François Gauthiez, (ANNEXE 1) déterminant la mission de l'UMJ pédiatrique du Havre, ses conditions d'activités et toutes les questions pratiques qui en découlent (financement etc).

Le mission de l'UMJ est :

- d'assurer les examens médico-légaux
- d'assurer les prélèvements spécifiques
- d'assurer la conservation des dossiers et des prélèvements

-d'assurer la régulation d'appel unique de toute demande d'expertise médico-légale sur mineur.

Cette unité a été ouverte au sein des urgences pédiatriques afin de s'adapter à la spécificité de la prise en charge de l'enfant, et de pouvoir bénéficier du plateau technique des urgences.

Il était pris en compte l'ouverture d'une telle unité dans les plans du nouveau bâtiment : Pavillon Femme Mère et Enfant de l'Hôpital Jacques Monod, où tous les services de pédiatrie et la maternité ont déménagé l'automne 2009. Ainsi, dans les nouveaux locaux des urgences pédiatriques, on compte 1 salle de consultation réservée à l'UMJP, à l'écart des boxes des urgences, avec une salle d'attente indépendante de celle des urgences.

C - Fonctionnement

1 - Les intervenants

-Les officiers de Police Judiciaire (OPJ), voient l'enfant, enregistrent sa déposition, et prennent un rendez-vous à l'UMJP pour la suite de la prise en charge sous réquisition du procureur de la République.

-Une secrétaire dévolue à l'UMJP reçoit les appels des OPJ, récupère les réquisitions faxées, et organise les rendez-vous de consultations, ou, au besoin, sollicite les

médecins si la demande est pressante ou urgente. Elle dispose du planning de présence et d'astreinte téléphonique.

-L'accueil des enfants et de leur proche est fait à l'UMJP par une infirmière puéricultrice des urgences pédiatriques.

Les prélèvements seront effectués par cette infirmière, habituée à procurer des soins et prendre en charge des enfants. Elle utilisera les techniques antalgiques et anxiolytiques habituellement préconisées aux urgences tels que le patch Emla, le mélange équimolaire de protoxyde d'azote et d'oxygène, ou encore, des benzodiazépines en cas de besoin pour un examen difficile, tout cela sur prescription médicale.

La consultation avec le médecin de l'UMJP se fera toujours en présence de l'infirmière, et ce d'autant plus que l'examen sera complet et portera éventuellement sur les organes génitaux externes. L'infirmière est aussi bien une aide, un visage connu et rassurant, que le témoin de l'examen et de son bon déroulement.

L'infirmière qui y prend part, à donc un rôle clé dans la prise en charge de l'enfant au sein de l'UMJP.

-Les examens d'expertise sont effectués par le Dr Le Roux : chef de service des urgences pédiatriques, pédiatre et expert près la Cour d'Appel de Rouen ou le Dr Dufour, pédiatre urgentiste, Médecin légiste, expert près la Cour d'Appel de Rouen. Ils font l'examen, le constat de coups et blessures et établissent les certificats en évaluant l'ITT. Ils répondent aux questions posées par la réquisition.

-Les examens gynécologiques lors de viols, sont effectués soit par le Dr Le Roux, le Dr Dufour, soit par le Dr Hastier-Gouin gynécologue pédiatre. Un suivi sera assuré par ces

mêmes praticiens, afin de récupérer et annoncer les résultats des différentes sérologies, adapter le traitement en fonction et évaluer l'efficacité de la contraception d'urgence mise en place chez la jeune fille.

Lors des viols jeunes garçons, le Dr Dufour, assurera, l'examen de la marge anale.

Le suivi régulier médical de ces enfants, permet aussi de ne pas les perdre de vue, même après que la procédure sera débutée, afin de les accompagner tout au long de leur parcours.

-L'équipe de psychologues du service de pédiatrie, prendra contact avec l'enfant et ses proches le jour de la consultation, et pourra les revoir ensuite régulièrement pour le suivi psychologique, indispensable à ce genre de situations.

-De même, les assistantes sociales du pôle pédiatrique peuvent mettre l'enfant ou ses proches en contact avec des associations de victimes, les orienter vers une aide éducative au besoin ou les aider dans le cadre de problème sociaux-économiques.

2 - Les protocoles et conduites à tenir

Comme il est décrit dans le mémoire du Dr Dufour : « un protocole de fonctionnement a été défini autour de plusieurs réflexions.

-Pour la Justice :

-Une structure unique de référence pour les mineurs de moins de 18 ans,

-Un numéro de téléphone unique pour toute demande d'expertise, commune aux différents acteurs judiciaires, ouvert la semaine aux heures ouvrables, mais avec la capacité téléphonique de renseignement 24h/24 par un personnel soignant formé et régulant toute demande :

- Expertise coups et blessures
- Expertise pour violences sexuelles
- Expertise psychologique
- Expertise radiologique

-Une capacité de réponses rapides

-L'élaboration de réquisitions communes aux différents intervenants judiciaires spécifiques aux demandes d'expertise.

-Pour l'unité médico-légale :

- S'inscrire au sein du réseau du G.R.E.E.N. :

- Protocoles médicaux communs
- Une expertise médico-légale reconnue et de qualité
- Un personnel médical commun entre le service de médecine légale de

Rouen et du Groupe Hospitalier du Havre

- Un secrétariat dévolu

- Selon l'indication, la possibilité de travailler sur rendez-vous pour la réalisation d'expertise.

- Désengorger le service d'urgence pédiatrique des demandes de l'officier de police judiciaire de certificats médicaux, non urgents, l'aidant à caractériser l'infraction en s'aidant de l'ITT. Ainsi depuis le 01/06/2007, les services de police enregistrent d'abord la

plainte des victimes et les envoient dans un second temps vers notre UMJ pour bénéficier d'une expertise, à froid.

- Des locaux adaptés à l'enfant et à l'expertise médico-judiciaire, hors cadre d'audition (s'opposant ainsi à certains travaux d'équipes pédiatriques soutenues par la voix associative).

- L'implication et l'élaboration de protocoles communs avec le CHU de Rouen.»

Les différents protocoles sont en ANNEXE 2, 3, et 4.

La prise en charge des situations de flagrances : viols et agressions sexuelles, nécessite, en effet de faire l'objet de protocoles.

Les faits pouvant (et c'est le plus souvent le cas) avoir lieu le soir, en dehors des heures d'ouverture de l'UMJP, la prise en charge et les prélèvements nécessaires devant être faits dans l'immédiat, ils peuvent être faits aux Urgences.

Les médecins experts de l'UMJ sont bien sûr disponibles pour conseiller, et aider le médecin senior de garde qui s'occupera de l'enfant, notamment pour la rédaction du compte rendu aux autorités requérantes.

Si le dépôt de plainte et la connaissance des faits est en journée, l'enfant sera adressé en urgence à l'UMJP. L'examen et les prélèvements, ainsi que la prise en charge suivront le même protocole.

Le cas particulier des viols comprend plusieurs urgences :

- Urgence judiciaire : mise sous scellées d'éléments de preuve : prélèvement de poils, cheveux, sang, sperme de l'agresseur sur la victime avant toute toilette et dans les 24 à 72 premières heures pour les liquides corporels (salive, sperme), conservation des vêtements portés par la victime lors des faits pour prélèvement sur le tissu de ces mêmes éléments.

-Urgence médicale : mise en place d'une contraception d'urgence pour la jeune fille pour tout risque de grossesse, prélèvement des sérologies et mise en place de traitement au moindre risque de contamination pour les Maladies Sexuellement Transmissibles (VIH, Hépatite B, C, papilloma virus, syphilis etc).

-Urgence psychologique : il s'agit en fait d'une urgence relative. Comme toute agression ou maltraitance, la souffrance psychologique de l'enfant doit être prise en charge. Mais comme toute prise en charge psychologique, si un premier contact avec l'équipe soignante et les psychologues peut avoir lieu lors des faits, la prise en charge nécessitera plusieurs entretiens, notamment passé le choc initial.

3 - Prise en charge des mineurs victimes

La consultation du mineur à l'UMJP se déroule de la façon suivante :

- Le mineur est adressé par un officier de la Brigade de Protection des Mineurs
- La Réquisition ainsi que la retranscription écrite de l'entretien avec le mineur, sont faxés à l'UMJP à l'avance, de manière à organiser la consultation.
- En dehors des situations d'agression sexuelles, un rendez-vous est donné par la secrétaire de l'UMJP.

- Dans le cas urgent des agressions sexuelles où le recueil et prélèvement de sperme éventuel doit être effectué avant 72h, l'enfant sera adressé aux Urgences Pédiatriques dans l'immédiat, et, en dehors des horaires d'ouverture de l'UMJP, les prélèvements seront effectués aux Urgences et l'enfant sera réadressé à l'UMJP à l'ouverture.

- Sur rendez-vous, le mineur sera accueilli par une infirmière des Urgences assignée à l'UMJ. La prise de rendez-vous permet de limiter au maximum l'attente éventuelle, qui se fera dans une salle d'attente séparée de celle des Urgences.

- Il sera accompagné d'une personne de sa famille, d'un majeur de son choix, ou d'un officier de Police Judiciaire.

- L'examen clinique sera pratiqué en présence de l'infirmière et de la personne accompagnante si les conditions judiciaires le permettent.

° Les particularités de l'examen seront stipulées dans la réquisition : ainsi le médecin peut être amené à rechercher : des ecchymoses, des traces de brûlures, des fractures en précisant le siège, la taille, et l'âge des lésions. Cette description est souvent accompagnée de photographies.

° Le médecin évaluera aussi l'aspect général de l'enfant : trouble du comportement, hygiène, état de nutrition.

° En répondant aux questions posées par la réquisition, l'expert peut être amené à évaluer l'éventuelle compatibilité des lésions constatées avec les traumatismes rapportés. Il ne doit bien sûr pas affirmer de mécanisme lésionnel, mais préciser si les mécanismes décrits peuvent être compatibles avec les lésions constatées.

° Pour les cas d'agressions sexuelles, un examen des organes génitaux, de la marge anale et de la cavité buccale sera réalisé, ainsi qu'un examen gynécologique chez la petite fille, selon le protocole établi (Protocole de Rouen établi en collaboration avec le service de Gynécologie Obstétrique du Pr Marpeau) et ceci dans le souci du respect des droits du mineur, et après des explications détaillées sur le déroulement de l'examen. Cet examen peut être réalisé sous sédation légère si le médecin et l'infirmière jugent son potentiel anxiogène trop important pour l'enfant.

-Les examens paracliniques sont réalisés selon les données de l'examen clinique, comme par exemple des radiographies du squelette en cas de suspicion de fracture, et selon les demandes de la réquisition (prélèvement de poils, de cheveux, de sang, de sperme sur une victime de viol par exemple.).

- Les prélèvements sont conservés et adressés aux laboratoires selon les protocoles établis entre l'UMJP et le laboratoire. Les éléments devant être conservés, le sont dans les locaux de l'UMJP (congélateur sécurisé pour les prélèvements biologiques, enveloppe sous scellée pour les vêtements etc).

- Le compte rendu de l'examen sera adressé aux autorités judiciaires avec : l'identité de la victime, l'identité de l'officier requérant l'examen, le type d'agression et les circonstances comme décrites dans la réquisition, ainsi que les faits mentionnés par la victime ; ce qui s'est passé entre les faits et la consultation, les plaintes fonctionnelles de la victimes, le détail de l'examen clinique complet, les examens complémentaires réalisés et leur résultat, le traitement éventuellement mis en route.

Le médecin évaluera le retentissement psychologique immédiat de l'agression sur la victime avec l'aide du psychologue et évaluera une ITT.

- l'ITT est évaluée sous réserve de complication psychologique à venir et de résultats d'examens complémentaires encore en cours.

-Enfin, un suivi est effectué, médical et psychologique, afin d'annoncer le résultat des différents prélèvements, d'adapter les traitements mis en place, et d'évaluer le retentissement à moyen terme des faits sur le quotidien de la victime si nécessaire.

Ceci permet de ré-évaluer l'ITT au besoin si le retentissement psychologique a été sous estimé initialement.

D - Résultats à quatre ans de fonctionnement

Nous avons effectué une revue des différents motifs de réquisition, des services requérants ainsi que des caractéristiques des auteurs de violences ou maltraitance sur mineur.

Il s'agit d'une analyse descriptive visant à présenter l'activité de l'UMJP du Havre dans les 4 ans et demi qui ont suivi son ouverture, soit de Juin 2007 à Décembre 2011.

1 - Les motifs de réquisition

Le tableau suivant reprend les différents types de violences ayant conduit à une demande d'expertise par l'UMJP.

	Fin 2007	2008	2009	2010	2011	Total
Violences intra familiales	6	37	40	3	3	89
violences en foyer	0	5	59	3	7	74
violences au domicile	5	16	33	19	23	96
violences scolaires	14	52	52	55	48	221
violences sur la voie publique	25	167	223	103	121	639
Maltraitance physique/carences éducatives	6	72	36	111	53	278
violences et maltraitements sexuelles	28	21	42	57	58	206
prélèvement et conservation	1	2	0	1	0	4
réévaluation d'ITT	0	1	2	0	1	4
TOTAL	85	373	487	352	314	1 611

Tableau 9 : motifs de réquisition pour examen à l'UMJP du Havre.

Le graphique suivant reprend l'évolution au cours de ces quatre ans et demi, du nombre d'expertises pour les actes de violence (de tous types), les maltraitances, carences affectives ou négligences, et les agressions sexuelles. En quatre ans et demi, l'UMJP a réalisé plus de 1 600 actes d'expertise, ce qui fait une moyenne d'environ 360 actes par an...l'équivalent de presque un acte par jour.

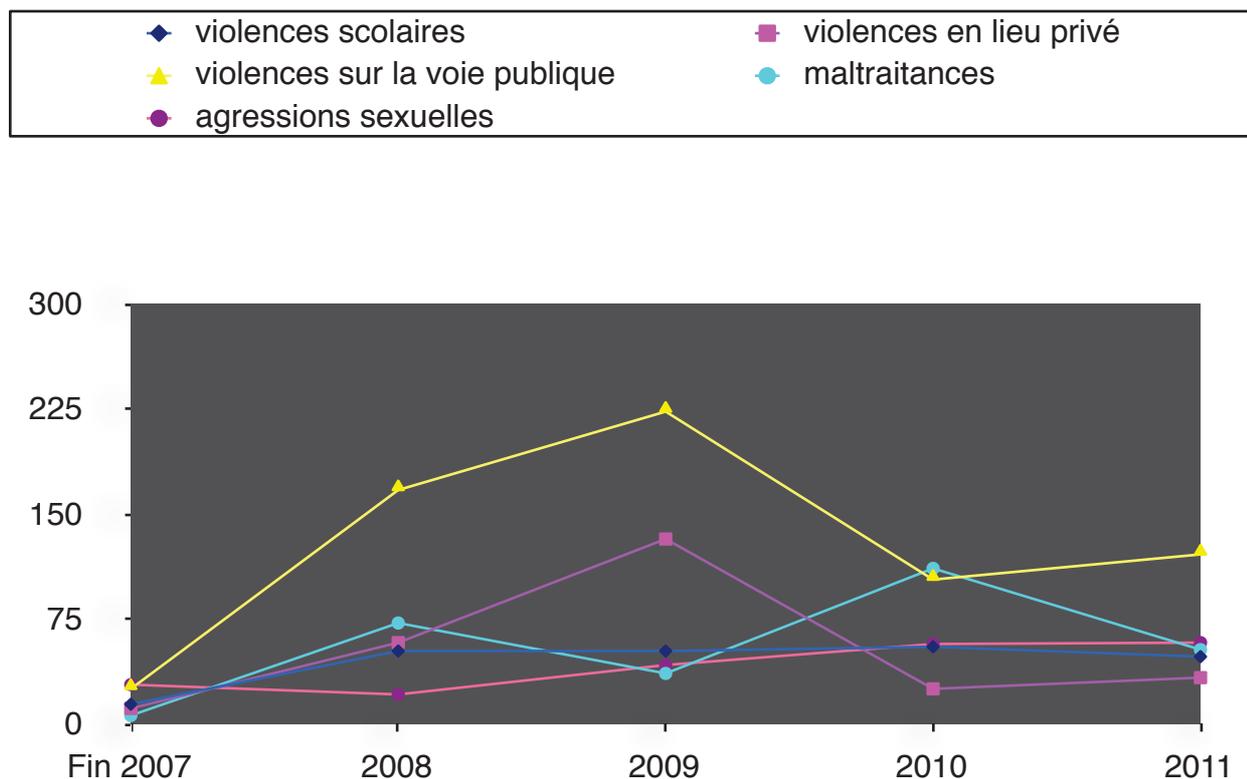


Figure 6 : Evolution du nombre de demande d'expertise entre juin 2007 et Décembre 2011.

Si les violences sur la voie publique représentent la majorité des motifs de réquisition, avec un taux plus important en 2009 ; On remarque, en 2010 une recrudescence de maltraitances, avec, par contre, une diminution du nombre de violences sur la voie publique. Les violences en lieu privé (domicile le plus souvent) sont à considérer comme des maltraitances, qu'il s'agisse de violences sur l'enfant, ou de violences entre conjoint dont l'enfant est témoin (maltraitance

psychologique). Il est aussi à noter que les agressions sexuelles sont en augmentation faible mais constante dans le temps.

2 - Les services requérants

La réquisition pour expertise médico-légale chez l'enfant en danger peut émaner de plusieurs services de police et gendarmerie.

La demande peut, parfois, venir du procureur de la République lui-même, si, par exemple, la cellule enfance en danger lui a transmis une information préoccupante concernant un mineur.

On note, cependant que le commissariat périphérique et le service du quart sont, le plus souvent, à l'origine de la réquisition étant les services les plus faciles d'accès et les plus connus de la population.

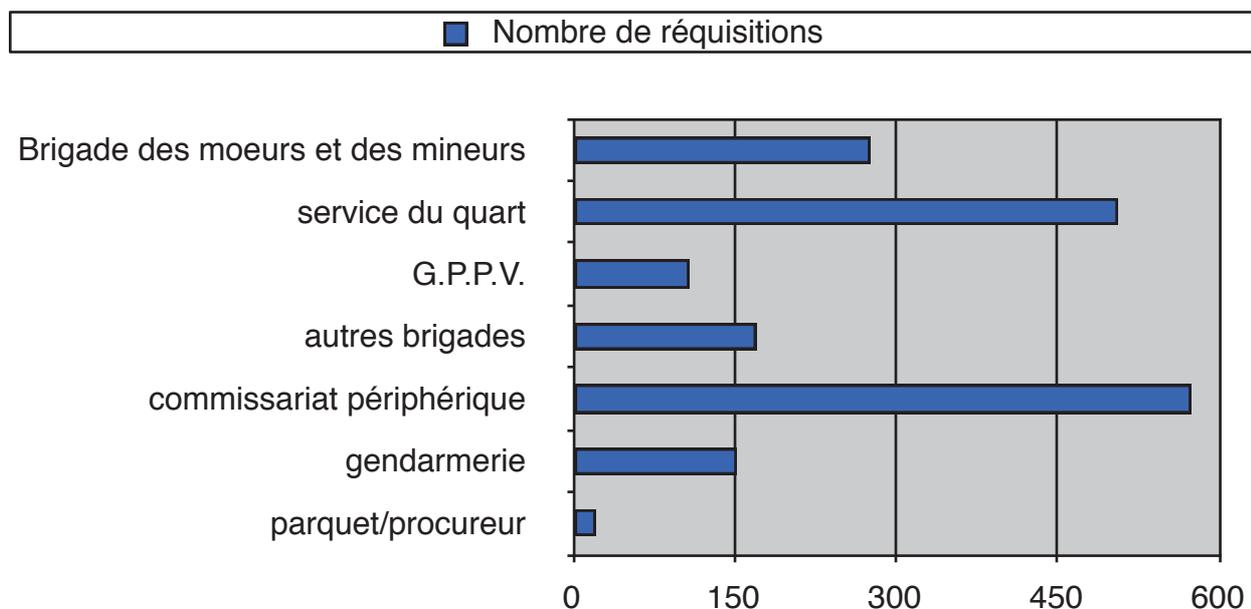


Figure 7 : répartition des réquisitions pour expertise sur mineurs, selon le service demandeur.

En 2010, une partie de la brigade des mineurs, et une partie de la brigade des affaires familiales du Havre, ont fusionné, afin de créer un service d'enquêtes spécifiques sur les violences faites aux personnes vulnérables : les mineurs, les personnes âgées, les handicapés, les femmes (violences du conjoint) etc. Ce service : Groupe Pour les Personnes Vulnérables (G.P.P.V.) est devenu l'interlocuteur principal de l'UMJP du Havre, car il accueille les mineurs victimes de violences, et est composé de professionnels de différentes brigades judiciaires, habitués à prendre en charge des enfants. Les mineurs ont donc affaire à une brigade de police, et un service d'expertise médicale, leur parcours ne comprenant que ces deux unités uniques spécialisées de l'enfance.

3 - Les auteurs

Les auteurs déclarés, présumés ou avérés, des violences et maltraitances sur mineurs, faisaient, la plupart du temps, partie de l'entourage proche du mineur. Il pouvait s'agir d'un des parents, d'une personne impliquée dans le mode de garde de l'enfant (grands-parents, nourrice...), d'un camarade d'école (jeux dangereux, racket...), de professionnels en contact avec les enfants (professeurs, instituteurs, médecins...) ou, au contraire, d'une personne inconnue du mineur.

Bien évidemment les situations menant à la réquisitions sont directement liées à l'identité de l'auteur des faits. En effet les auteurs de violences sur la voie publique, sont plutôt des personnes inconnues du mineur (violences, viols), alors que les auteurs de maltraitances, sont la plupart du temps connus et proches de l'enfant.

	fin 2007	2008	2009	2010	2011
Parents	22	82	78	86	52
beau -père/belle mère	14	8	13	23	9
grands-parents	1	1	4	3	1
frère/soeur, demi-frère/soeur	5	7	11	25	7
oncle/tante	2	4	2	7	3
cousin/cousine	1	2	2	4	0
voisin	1	11	24	3	0
élève/instituteur	0	60	57	54	47
autre tiers identifié	5	62	104	82	130
inconnu	4	125	160	71	64
chien	0	2	0	1	3

Tableau 10 : Auteurs de violences sur mineurs par année.

On notera un nombre important de violences scolaires, corrélé au nombre d'auteurs de violences identifiés comme élèves ou instituteur. Ce chiffre est probablement lié à l'augmentation du nombre de «jeux» dangereux pratiqués dans les cours de récréation, tels que le «jeu du foulard», ou le «jeu du petit pont» par exemple.

Observons la répartition totale (des quatre ans et demi) des auteurs de violences sur la figure 8 :

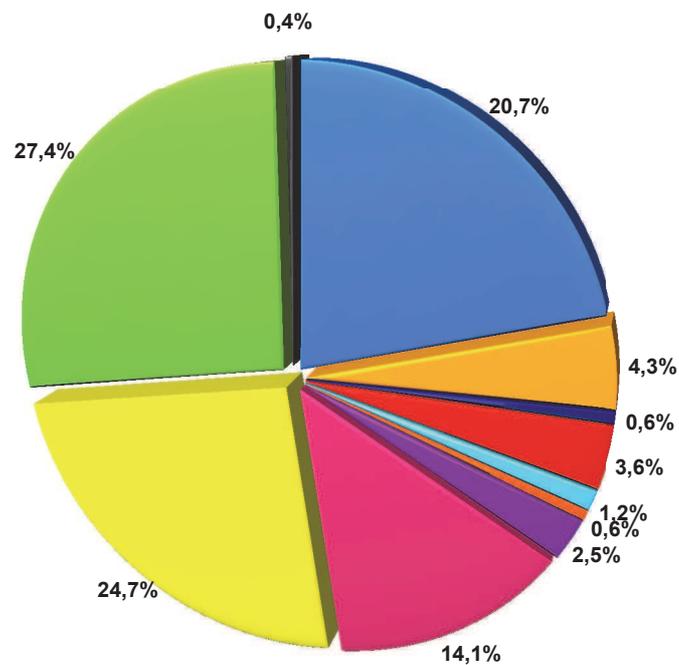


Figure 8 : Auteurs de violences sur mineurs de Juin 2007 à Décembre 2011.

On constate que 27,4% des auteurs ne sont pas connus de la victime. Ce qui signifie donc que 72,6% des auteurs de violence étaient connus du mineur. En effet, dans 20,7% des cas il s'agit d'un parent de l'enfant, et dans 24,7% des cas il s'agit d'un tiers identifié (petit ami, ami, connaissance de la famille, ...) ce qui est loin d'être négligeable. Les violences scolaires, ayant pour auteur des élèves ou instituteur, constituent une part conséquente de 14,1%, des auteurs de violences. 31% des auteurs font partie de la famille proche du mineur : parents, grands-parents, oncle ou tante, frère et soeur etc.

IV - Les structures de Haute Normandie

A - Le Centre d'Accueil Spécialisé des Agressions (C.A.S.A.) de Rouen

Initialement, il s'agissait d'une unité de médecine légale au sein des Urgences adultes du CHU de Rouen.

Cette unité avait pour fonction d'accueillir les victimes de violences, adultes et enfant, en association avec les psychologues et assistantes sociales du CHU, les Urgences pédiatriques et les Urgences gynécologiques (pour les agressions sexuelles).

Les consultations avaient lieu sur rendez-vous le matin, l'après midi étant réservé aux urgences. La plupart des patients consultaient afin d'obtenir un certificat médical descriptif avec évaluation de l'ITT, pour déposer, ensuite, une plainte auprès des autorités.

Le pourcentage de réquisitions ne dépassant, alors, pas 7% des consultations, cette unité était financée par le CHU.

Fin 2004, un groupe de travail a été constitué par le Procureur Général près la Cour d'Appel de Rouen, Mr Philippe Ingall Montagnier, comprenant des représentants du Parquet Général, du service de Médecine Légale du CHU de Rouen, et de la Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à la Parité, dans le but de mettre en place un service d'accueil, de soin et de prise en charge médico-légale des femmes victimes de violences.

Le projet s'est ensuite élargi à la prise en charge des personnes vulnérables victimes de violences.

Ainsi, l'unité de médecine légale a donné naissance en Décembre 2007 au Centre d'Accueil Spécialisé des Agressions (C.A.S.A.), un centre d'accueil des victimes de violences, au sein des urgences adultes.

Ce centre a pour mission (mandaté par la Justice via les réquisitions ou par les victimes elles-mêmes) :

- l'évaluation des violences
- l'administration des soins complémentaires
- la rédaction de certificats descriptifs avec évaluation de l'ITT pénale.
- l'initiation du suivi psychologique des victimes
- la mise en contact des victimes avec l'assistante sociale.

Ceci permet de simplifier le parcours des victimes de violences et faciliter leur prise en charge médico-légale. Son ouverture a vu multiplier le nombre de consultation sur réquisitions, d'autant plus que chaque victime consultant au C.A.S.A. se voit proposer une réquisition au Parquet, rédigée par la secrétaire du Centre.

Le fonctionnement du C.A.S.A. a fait l'objet d'une convention signée entre Parquet du Tribunal de Grande Instance de Rouen et le CHU de Rouen via le service de Médecine Légale du Professeur B. Proust (ANNEXE 5).

La prise en charge des mineurs victimes a, ainsi, été orientée vers le C.A.S.A. et les agressions sexuelles sur mineurs comme sur majeurs sont prises en charge aux urgences gynécologiques du Pavillon Mère et Enfant, dans le service du Pr Marpeau, selon des protocoles établis en partenariat entre les gynécologues et les médecins légistes du C.A.S.A.

B - Le Groupe de Réflexion des Experts Normands en Médecine Légale

Dans la lignée de cette révolution de l'organisation de la médecine légale en Haute Normandie, suite à la création du C.A.S.A. au CHU de Rouen, les différents médecins légistes de Normandie ont décidé de fonder le G.R.E.E.N. : le Groupe de Réflexion des Experts Normands en Médecine Légale.

cette organisation a été créée dans le but de :

«- Favoriser les échanges professionnels entre les médecins avec des réunions de formation continue

- Instaurer un dialogue régulier entre ces médecins et les magistrats de la région, afin d'harmoniser les pratiques et de développer une formation continue interprofessionnelle, médicale et juridique.

- Réfléchir à l'organisation des pratiques médico-judiciaires régionales et d'anticiper les difficultés qui pourraient altérer la qualité des services rendus entre les médecins et les services juridiques.» (ANNEXE 6).

Cette organisation Normande permet d'établir un lien entre les différentes structures d'accueil de victimes. Elle permet ainsi de faire le lien entre le C.A.S.A. , le Pavillon Mère et Enfants et les urgences pédiatriques pour la prise en charge des agressions sexuelles et de la maltraitance à enfants.

Le lien établi à travers le G.R.E.E.N. connecte aussi l'UMJ du Havre, le Centre Hospitalier de Dieppe et les acteurs médico-légaux des différents centre hospitaliers au C.A.S.A. permettant ainsi la rédaction de protocoles communs, harmonisant la prise en charge des victimes à travers la région.

V - Discussion

Comme nous l'avons vu, la maltraitance et la violence sur mineurs, sont des problèmes très présents en France. Le gouvernement s'implique dans la prévention, le dépistage et la prise en charge des violences faites aux enfants, avec des réformes récentes sur la protection de l'enfance et la répression des actes de violences sur mineurs.

De nombreux professionnels oeuvrent à cette prise en charge, qui est pluridisciplinaire : judiciaire, sociale, médicale et psychologique.

Le président du conseil général, au titre du département, a un rôle important dans la centralisation et l'organisation de la démarche médico-judiciaire, dans les cas de maltraitance à enfant.

Localement, nous avons pu voir, que la population de la Seine Maritime est plus jeune que la moyenne nationale, et que les habitants de l'agglomération havraise représentent une part importante de cette population «à risque», puisque comprenant une plus grande proportion de jeunes de moins de 19 ans.

Les autorités locales havraises, confrontées à un taux de violence sur mineurs conséquent, et aux difficultés de parcours de ces victimes, sous l'égide du procureur de la République près le Tribunal de Grande Instance du Havre, et en collaboration avec les médecins des urgences pédiatriques du GHH, ont entamé une réflexion pluridisciplinaire visant à améliorer la prise en charge des mineurs victimes au Havre.

La création de l' Unité Médico-Judiciaire Pédiatrique du Havre découle de cette réflexion.

Cette unité est issue d'une volonté commune des autorités judiciaires et des pédiatres du Havre, de prendre en charge les victimes mineures de violences et de maltraitance, de manière exhaustive, simple et humaine.

Avant son ouverture, le parcours des victimes mineures au Havre était morcelé, et mal organisé, la constitution de leurs dossiers de plaintes s'en voyait compliquée, avec un fort risque d'irrecevabilité sur le plan légal. Les médecins étaient sollicités pour rédiger des certificats de constat de coups et blessures, par exemple, sans réquisition, sans avoir le détail des informations nécessaires aux enquêteurs et avec le risque de rédiger un certificat contestable et inutilisable pour la victime.

Certains mineurs victimes de violences étaient amenés aux urgences pédiatriques, sans délai par rapports aux faits (donc plus souvent le soir ou la nuit), et devaient attendre, dans la salle d'attente pleine, de pouvoir être examinés par le senior de garde. Ce médecin se trouvait face à une situation qu'il maîtrise mal, et avec le risque de mal faire. En effet, l'examen et le recueil d'information concernant un enfant victime de violences sont délicats et doivent être précis, tout en se déroulant dans les meilleures conditions pour l'enfant. Le Dr Rey-Salmon et al. {53} de l'UMJ d'Evry, le décrivent dans leur article portant sur l'examen médical de l'enfant et de l'adolescent victime d'agression sexuelle.

L'ouverture de l'UMJP a permis d'organiser la prise en charge de ces enfants, en partenariat avec les forces de l'ordre. Ceci a permis, aux forces de police, d'adresser tous les mineurs victimes dans un seul et même service, qui restera leur interlocuteur, pour l'expertise

médico-légale. De même les forces de police havraises, s'organisent maintenant en une brigade de prise en charge des personnes vulnérables, qui sera le principale collaborateur de l'UMJP dans la prise en charge des mineurs victimes de violences.

Depuis sa création, et jusque fin 2011, l'UMJP a effectué plus de 1 600 actes de prise en charge d'enfants victimes de violence, de maltraitance ou d'agression sexuelle. Ces prises en charges se sont quasiment toutes faites sur le mode de la réquisition, ce qui montre que l'organisation de l'UMJP avec les autorités judiciaires locales porte ses fruits, et que le partenariat médico-judiciaire est optimal pour permettre une prise en charge globale de l'enfant.

Le fonctionnement de cette unité sur le mode de la consultation, sans urgence (sauf agressions sexuelles), permet une prise en charge plus adaptée à la situation de l'enfant. L'enfant pourra se rendre au rendez vous sans attendre dans la salle d'attente des urgences (très fréquentée), et le médecin qui le prendra en charge sera un expert, qui constituera un dossier recevable, tout en gardant en considération la sensibilité et la dignité de l'enfant.

L'enfant victime, nécessite l'empathie et la patience dont savent faire preuve les équipes de pédiatrie. La consultation à l'UMJP, dans un cadre connu, propre à accueillir des enfants, avec le matériel et le personnel dédié à la prise en charge pédiatrique, assure le bon déroulement de l'expertise. L'obtention d'informations nécessite une mise en confiance de l'enfant, et l'utilisation de «subterfuges» bien connu des pédiatres pour l'examen et l'interrogatoire d'un mineur (utilisation de jouets, ou peluches pour montrer à l'enfant le déroulement de l'examen, ou utilisation de ces mêmes jouets par l'enfant pour mimer les faits) {53}.

L'UMJP a aussi un rôle prépondérant d'aide aux professionnels de santé. Dans les cas (et ils sont nombreux) où des lésions suspectes d'être dûes à une maltraitance (fracture chez un enfant avant l'âge de la marche, existence de plusieurs fractures d'âge différents chez un même enfant, hématomes etc) sont retrouvées chez un enfant, que les parents amènent aux urgences pour un motif qui peut être tout autre ; Le pédiatre devra user de toute la prudence nécessaire et de toute l'objectivité possible pour évaluer les lésions de l'enfant, éliminer les diagnostics différentiels (hémophilie, ostéogénèse imparfaite...), et effectuer le bilan étiologique des lésions. Les démarches judiciaires par la suite sont complexes, et vont nécessiter une expertise. Le médecin de l'UMJP sera là pour faire cette expertise, n'étant pas soignant de l'enfant, et conseiller le pédiatre pour la prise en charge.

Ainsi la prise en charge du mineur victime au Havre, est centralisée, organisée, codifiée et s'inscrit dans la lignée des aspirations de la médecine légale normande.

L'UMJP fonctionne de concert avec le service de médecine légale du Pr Proust au CHU de Rouen et sous l'autorité de l'actuel procureur général de la République près la Cour d'Appel de Rouen Mr Le Bras. Ce fonctionnement suit les protocoles commun établis au CHU pour les différentes prises en charge des victimes de violence, comme les autres Hôpitaux de la région tels que Dieppe ou Evreux.

La participation au G.R.E.E.N. et le fonctionnement en partenariat avec le C.A.S.A. de Rouen, permet à l'UMJP du Havre d'enrichir le réseau médico-légal normand florissant.

ANNEXES :

ANNEXE 1

Convention relative à la création d'une Unité Médico-Judiciaire Pédiatrique

pour les mineurs victimes de violences et abus sexuels

Entre

Le Tribunal de Grande Instance, représenté par Monsieur le Procureur de la République près le Tribunal de Grande Instance du Havre,

Et

Le Groupe Hospitalier du Havre, représenté par son Directeur Général.

Préambule

La mise en place d'une Unité Médico-Judiciaire Pédiatrique dans le ressort du Tribunal de Grande Instance vise à :

- Optimiser un accueil spécifique des mineurs victimes de violences et d'agressions sexuels, en limitant les lieux d'intervention et les intervenants,
- Assurer un accompagnement spécifique auprès du mineur et de sa famille,
- Harmoniser la prise en charge globale de l'enfant.

L'Unité Médico-Judiciaire Pédiatrique sera mise en place à l'Hôpital Flaubert.

Cependant, il s'agit d'un projet qui s'inscrit sur le long terme et qui sera lié notamment à l'ouverture du nouvel hôpital pour enfants sur le Site Jacques Monod.

Pour sa mise en place à l'Hôpital Jacques Monod en 2007, elle nécessite un engagement de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation ainsi que de l'autorité Judiciaire sur les moyens nécessaires à son fonctionnement (cf note financière en annexe).

Article 1^{ER} : objet

A titre transitoire et à compter de la date de signature de la présente convention, il est mis en place au sein du Service d'accueil et de traitement des Urgences Pédiatriques de l'Hôpital Flaubert, une Unité Médico-Judiciaire pour les mineurs victimes de violences et d'abus sexuels.

Cette Unité est placée sous la responsabilité du Chef de Service des Urgences Pédiatriques, le Docteur Pascal LE ROUX.

Article 2 : mission de l'Unité Médico-Judiciaire Pédiatrique

L'unité Médico-Judiciaire Pédiatrique a pour mission :

- d'assurer les examens et prélèvements médico-légaux,
- d'établir les certificats médico-légaux requis,
- d'assurer la conservation des dossiers et des prélèvements dans des conditions optimales de sécurité et selon les formes légales,
- de favoriser l'accompagnement des mineurs et de leur famille.

Article 3 : modalités d'accueil

L'Unité Médico-Judiciaire Pédiatrique prend en charge un mineur sur réquisition des Services enquêteurs sous le contrôle du Parquet.

La saisine de l'Unité Médico-Judiciaire Pédiatrique est adressée au préalable pour permettre l'organisation de la venue du mineur.

Le mineur est accueilli par le Service des Urgences Pédiatriques et est accompagné par une infirmière des Urgences Pédiatriques.

L'accueil est assuré sur rendez-vous, aux jours et heures ouvrables du lundi au vendredi.

Dans le cas d'URGENCE, la prise en charge est alors réalisée en temps réel.

Article 4 : organisation de la prise en charge

La prise en charge est organisée au sein du Service des Urgences Pédiatriques. Il reçoit, sur rendez-vous, les mineurs victimes de violences et d'infraction à caractère sexuel pour procéder aux bilans, examens et expertises sur les plans médico-légal, psychologique, psychiatrique, social, *sauf urgences et cas particuliers*, cas où l'Unité Médico-Judiciaire Pédiatrique prendra les dispositions nécessaires pour répondre aux exigences de l'enquête et l'état de la victime.

Une hospitalisation peut être envisagée afin de prévenir les séquelles, selon les besoins médicaux et/ou judiciaires.

Une prise en charge médico-psycho-sociale peut être proposée au mineur et à sa famille.

Le mineur et sa famille peuvent être orientés vers des Associations d'aide aux victimes (AVRE 76 et toutes associations mandatées dans la protection de l'enfance).

Article 5 : activité

- Les examens médicaux sont effectués sur réquisition des Services enquêteurs sous le contrôle du Parquet.
Ils peuvent avoir lieu en présence des parents si les conditions judiciaires ne s'y opposent pas.
- Les réquisitions sont réalisées conformément à la réglementation en vigueur et selon les procédures et protocoles établis par les signataires.
- L'examen clinique vise à la recherche des sévices physiques.
- Des examens spécifiques sont réalisés selon les circonstances :
 - Un examen gynécologique dans le cas d'agressions et abus sexuels. Les prélèvements et la conservation de tous les éléments utiles à l'enquête sont réalisés.
Un suivi sérologique concernant le VIH et les Hépatites est réalisé.
Un traitement préventif contre la grossesse et le VIH et autres MST est envisagé en cas de viol.
 - Un examen ophtalmologique, notamment dans le cadre du syndrome de l'enfant secoué.
 - Un bilan d'imagerie adapté.

Un compte-rendu d'examen est envoyé au service requérant par tout moyen nécessaire. Les comptes-rendus sont établis grâce à des protocoles pré-établis et validés par les signataires, (cf joints).

**EVALUATION DU COUT DE LA MISE EN PLACE
D'UNE UNITE MEDICO JUDICIAIRE PEDIATRIQUE**

Frais de personnel	ETP	
0,5 Temps Plein Médical	0,50	52 424 €
1 ETP IDE Puéricultrice	1,00	43 224 €
0,5 ETP de Secrétariat	0,50	18 620 €
Temps psychologue	1,00	44 517 €
Total frais de personnel		158 784 €
		3 713 €
Amortissement du Matériel		
	TOTAL	162 497,19 €

Dépenses estimées dans le cadre d'une mise en place dans les locaux actuels des Urgences Pédiatriques.

Les frais d'examen ne sont pas comptés dans ce tableau, ce sont des frais de justices cotés C3,5.

Article 6 : le personnel

Pendant la période transitoire avant l'ouverture du Pôle Femme-Mère-Enfant à l'Hôpital Jacques Monod, l'activité est réalisée par les professionnels du Service des Urgences Pédiatriques à partir d'une liste pré-établie avec l'accord des parties.

Article 7 : les locaux

Les examens médicaux ont lieu au Service des Urgences Pédiatriques : Hôpital Flaubert.

Il sera créé prochainement un Pavillon Femme-Mère-Enfant sur le site Jacques Monod, avec une pièce réservée à l'Unité Médico-Judiciaire Pédiatrique et une salle d'attente indépendante.

Une permanence des Associations d'aide aux victimes sera établie.

Article 8 : conservation, stockage des examens

La conservation et le stockage des examens sont sous la responsabilité du Parquet et organisés conformément aux règles de conservation dans le temps.

Article 9 : dispositions financières

Pour les réquisitions et examens réalisés en dehors de toute hospitalisation des victimes, seuls les actes et examens réalisés feront l'objet d'une facturation adressée par le Groupe Hospitalier du Havre au service compétent du Tribunal de Grande Instance.

Les tarifs retenus pour les actes seront conformes à la nomenclature, et au Code de procédures pénales. (cf note financière en annexe).

Article 10 : évaluation

La création de l'Unité Médico-Judiciaire Pédiatrique s'inscrit dans une politique globale de qualité des investigations médico-judiciaires légales et de prise en charge de qualité des victimes.

Un Comité de coordination représentant les signataires sera constitué. Cette instance permettra d'élaborer et de mettre en œuvre les procédures et leur suivi.

L'Unité Médico-Judiciaire Pédiatrique fera l'objet d'une réunion mensuelle entre ses intervenants, et d'une réunion semestrielle avec les autorités judiciaires.

Un rapport annuel réglementaire d'activité sera réalisé et indexé au rapport annuel du Service des Urgences Pédiatriques.

L'Unité Médico-Judiciaire Pédiatrique aura un rôle de formation et d'information à la demande des autres partenaires, en lien avec le Service de Médecine légale du CHU de Rouen.

Article 11 : durée de la convention

La présente convention est conclue à compter de la date de sa signature, et pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une des parties avec préavis de trois mois.

Fait au Havre, le 23 mars 2007

Le Président du Tribunal
De Grande Instance



Dominique COUTURIER

Le Procureur
de la République



Jean-Jacques BOSCH

Le Directeur Général
du Groupe Hospitalier
du Havre
par intérim



François GAUTHIEZ

Protocole agression sexuelle pédiatrique

- Hors présence des parents accompagné d'une IDE
- **Commémoratifs** :
 - Faits
 - Apprécier le contact avec l'enfant
 - Discuter avec l'enfant : comportement hypersexuel ?
 - Evaluer les performances scolaires : infléchissement depuis la date des faits ?
- **Examen** :
 - Evaluer le développement staturo-pondéral : existe-t-il une cassure de la courbe de poids concordante avec la date des faits
 - Décrire les lésions, cicatrices type coups et blessure : Examen général le plus détaillé possible dont
 - face interne des cuisses
 - poitrine
 - zone d'appui, « de prise », de « défense » (poignet, cou, cheville, épaules...)
 - cavité buccale
 - **Organes génitaux externes** en « *genu pectoral* » :
 - **Verge** :
 - Prépuce ?
 - Séquelles
 - Méat ?
 - **Anal** : interrogatoire : existe-t-il des troubles du transit
 - Constipation ou diarrhée depuis la date des faits ?
 - Constipation chronique ancienne compatible avec des lésions de fissure ?
 - Inspection : recherche de fissure, hématome...
 - Déplisser les plis : recherche de fissure, hématome...
 - Recherche d'une béance : attention peut-être aspécifique de traumatisme même juste après agression
 - Evaluation tonicité sphinctérienne avec un toucher rectal.

- **L'examen gynécologique.**
 - Il est effectué en position gynécologique. On inspecte l'urètre, le clitoris, les grandes lèvres, les petites lèvres, la fourchette vulvaire, et l'hymen.
 - On notera la présence d'éventuelles lésions traumatiques récentes (abrasion, ecchymose, pétéchie, hématome, érythème, lacération) ou des lésions évoquant une maladie sexuellement transmissible.
 - L'examen de l'hymen: pour le visualiser, on exerce une traction délicate des grandes lèvres vers l'extérieur et vers le bas. On peut le « déplier » sur une sonde urinaire de Foley, notamment chez les jeunes victimes qui déclarent être vierge avant les faits.
 - L'hymen sera décrit précisément. On localisera les lésions suivant un cadran horaire, en précisant que l'examen est réalisé en décubitus dorsal.
 - En cas de défloration récente, les déchirures complètes ou incomplètes siègent le plus souvent à 5 heures et à 7 heures en position gynécologique si la pénétration a été pénienne, et antérieure, à 13 heures, si la pénétration a été digitale. Leur cicatrisation s'effectue en 5 à 8 jours.
 - Noter le diamètre horizontal et vertical de l'orifice hyménéal.
 - L'utilisation de tampons hygiéniques peut élargir l'orifice hyménéal mais ne provoque pas de déchirure.
 - Un toucher vaginal à un ou deux doigts complètera cet examen.
On recherchera une douleur, orificielle ou profonde.

- **PRELEVEMENTS**: boîte spécifique se situe dans la réserve.

1. **Sur réquisition de l'officier de Police Judiciaire** : A redonner à l'officier de Police Judiciaire après l'examen pour conservation puis analyse.

- a. **Spermatozoïdes** : préciser le site de prélèvement : bouche, anus, vagin.
 - Uniquement sur demande de l'officier de Police Judiciaire
 - **2 lames par site**
 - prélèvement avec une spatule puis étalement, laisser sécher à l'air sans fixateur
 - **Les limites des délais de réalisation des prélèvements varient selon les sites :**
 - **72 heures pour l'anus, en l'absence d'exonération fécale**
 - **48 heures pour la bouche**
 - **24 heures pour la peau**

- b. **Empreintes génétiques :**
- o **Les limites des délais de réalisation des prélèvements varient selon les sites :**
 - 72 heures pour l'anus, en l'absence d'exonération fécale
 - 48 heures pour la bouche
 - 24 heures pour la peau
- I Par site (bouche, vagin, anus) :** 2 écouvillons par site, laisser sécher
- II Poils ou de cheveux** découverts sur la victime ou ses vêtements :
conservation dans une enveloppe kraft.
- III Morsure ou de griffure :** écouvillonnage pour prélèvement de salive à l'aide d'une compresse imbibée de sérum physiologique
- IV Les vêtements tachés** (salive, sang, sperme) portés lors du viol doivent être conservés dans du papier kraft et remis à l'officier de Police Judiciaire.
- c. **Toxiques :** sur demande de l'officier de Police Judiciaire uniquement
- **Sanguin :**
 - psychotropes (antidépresseurs tricycliques, barbituriques, benzodiazépines) : 4 tubes gris
 - alcoolémie : 2 flacons apportés par l'officier de police judiciaire.
 - **Urine :** 2 flacons à ECBU: (protocole soumission chimique à indiquer sur le bon) bien remplis !
 - **Cheveux :** 2 mèches taille d'un crayon en occipital à recherche de GHB selon demande l'officier de police judiciaire, à conserver dans une enveloppe.

2. Sans réquisition bilan médical :

- a. **Prélèvement local si signe infection :**
- **Col, Vagin :** 2 écouvillons secs + 1 écouvillon spécifique pour gonocoque
 - **Anus :** 1 écouvillon sec + 1 écouvillon spécifique pour gonocoque
 - **Gorge :** 2 écouvillons secs + 1 écouvillon spécifique pour gonocoque
- b. **Sérologie**
- VIH 1 et 2
 - TPHA-VDRL
 - Hépatite B (antigène HBs, anticorps anti-HBc et anti-HBs)
 - Hépatite C
 - Chlamydia
 - Herpès.
- c. **Bilan pré thérapeutique :**
- NFS, plaquettes
 - Ionogramme sanguin
-

- Bilan hépatique : transaminases, gamma GT, bilirubine totale, phosphatases alcalines.
- Amylase, lipase.

- **TRAITEMENT :**

1. Psychologique...

2. Préventif VIH : pas au-delà de 48 heures après le contact...

- Age entre 2 ans < X < 12 ans :
 - **COMBIVIR®** (à partir de 14 kg) :
 - **de 14 à 21 kg** : _ cp deux fois par jour
 - **de 21 à 30 kg** : _ cp le matin et 1 cp le soir
 - **KALETRA®** solution > 2 ans 2,9 ml / m_ / 12 H (contre-indiqué chez les moins de 2 ans)
- Age > 12 ans :
 - **COMBIVIR®** : 1 cp matin et soir
 - **KALETRA®** : 2 cp matin et soir au cour du repas

Traitement 1 mois avec contrôle : NFS, sérologie VIH, Hépatite B, C, antigénémie P24, transaminase + amylase

- **CONCLUSION :**

- b. Le médecin rapporte les faits de la victime en utilisant ses propres termes ou le conditionnel. Il doit être descriptif.*
- c. Il précisera la nature des prélèvements effectués.*
- d. Donner une ITT (Incapacité Totale de Travail au sens pénal) si besoin. Elle correspond à la période pendant laquelle, suite à l'agression, la victime, pour des raisons physiques ou psychologiques, a été incapable de subvenir à ses besoins quotidiens (sortir faire ses courses, accompagner ses enfants à l'école, cuisiner, se laver, etc.).*
- e. La conclusion devra simplement dire si le jour de l'examen il existe des lésions macroscopiques et leur siège éventuel. L'examen normal n'élimine pas un viol. Ne pas qualifier l'agression de « viol » ; c'est au magistrat de le faire au vu du certificat et des autres éléments de l'enquête*

KIT EXAMEN VIOL :

- Sonde de Foley n°6 et 8
- Spéculum (attention ne pas humidifier pour ne pas fausser prélèvements)
- Spatule ou cyto-brush
- Lames d'étalement
- Ecouvillons secs
- Ecouvillons spécifiques « gonocoque »
- Tubes :
 - EDTA = 1
 - SEC + gel = 2 (1 pour bilan thérapeutique, 1 -HCG + 1 sérologique)
 - Fluoré = 4 (toxicologie sur réquisition à remettre à l'officier de police judiciaire)
- Gants taille différente
- Eau stérile
- Feuilles de prélèvement de garde ou spécifique de journée par laboratoire
- Fiche médicale agression sexuelle

1. **Sur réquisition** : à redonner à l'officier de police judiciaire après scellés à conserver par ses soins.

- a. **Recherche ADN** :
 - o 2 écouvillons secs par site (laisser sécher à l'air sans fixer)
- b. **Recherche spermatozoïdes** :
 - o 2 lames par site après étalement par un cyto-brush pour le prélèvement
- c. **Recherche de toxique** :
 - o Sanguin : 4 tubes (toxico) + 2 flacons de l'officier de police judiciaire pour alcoolémie *ATTENTION TUBES GRIS ET NON LES VERTS !*
 - o Urines : 2 flacons (bien remplis !)
 - o +/- 2 mèches de cheveux si protocole soumission chimique du diamètre d'un crayon coupé en occipital et fixé à l'extrémité proximale par une corde (marquer le sens !) à conserver dans une enveloppe

2. **Sans Réquisition** : à envoyer directement au labo

- a. **Sérologique** :
 - o VIH 1 et 2, TPHA-VDRL, Hépatite B (antigène HBs, anticorps anti-HBc et anti-HBs), Hépatite C, Chlamydia, Herpès.
 - o Tube : 1 SEC + gel
- b. **bilan pré thérapeutique** :
 - o NFS, plaquettes, Ionogramme sanguin, Bilan hépatique : transaminases, gammaGT, bilirubine totale, phosphatases alcalines, Amylase, lipase.
 - o Tubes :
 - EDTA = 1
 - SEC + gel = 1

- c. **_HCG** :
 - tube SEC + gel = 1
- d. **prélèvements locaux à visée infectieuse** :
 - o **Col, Vagin** : 2 écouvillons secs + 1 écouvillon spécifique pour gonocoque
 - o **Anus** : 1 écouvillon sec + 1 écouvillon spécifique pour gonocoque
 - o **Gorge** : 2 écouvillons secs + 1 écouvillon spécifique pour gonocoque
- e. **En résumé, prélever** :
 - o EDTA = 1
 - o SEC + gel = 2 (1 pour pré thérapeutique, _HCG + 1 sérologique)
 - o Fluoré = 4 (toxicologie sur réquisition à remettre à l'officier de police judiciaire)
 - o Au mieux, en plus, 2 flacons apportés par l'officier de police judiciaire de 15 ml à lui redonner après prélèvement pour alcoolémie.
 - o Urines : 2 flacons.

Le 22/07/2009
Dr D. Dufour

Exam en viol garçon

- Hors présence des parents
- **Commémoratifs :**
 - o Faits
 - o Apprécier le contact avec l'enfant
 - o Discuter avec l'enfant : comportement hypersexuel ?
 - o Evaluer les performances scolaires : infléchissement depuis la date des faits ?
- **Examen :**
 - o évaluer le développement statur pondéral : existe-t-il une cassure de la courbe de poids concordante avec la date des faits
 - o décrire les lésions, cicatrices type coups et blessure : Examen général le plus détaillé possible
 - face interne des cuisses
 - poitrine
 - zone d'appui, de contention (poignet, cou, cheville, épaules...)
 - cavité buccale
 - o OGE en « *genu pectoral* »
 - Verge :
 - Prépuce ?
 - Séquelles
 - Méat ?
 - Anal : interrogatoire : existe-t-il des troubles du transit
 - Constipation ou diarrhée depuis la date des faits ?
 - Constipation chronique ancienne compatible avec des lésions de fissure ?
 - Inspection : recherche de fissure, hématome...
 - Déplisser les plis : recherche de fissure, hématome...
 - Recherche d'une béance : attention peut-être aspécifique de traumatisme même en juste après agression
 - Evaluation tonicité sphinctérienne avec un toucher rectal.
- **Prélèvement :** boîte spécifique se situe dans la réserve.
 - o **Spermatozoïdes :**
 - 2 lames par site
 - prélèvement avec une spatule puis étalement
 - laisser sécher à l'air sans fixateur
 - o **Empreintes génétiques :**
 - 4 écouvillons par site
 - laisser sécher
 - o Les limites des **délais** de réalisation des prélèvements varient selon les sites :
 - 72 heures pour l'anus, en l'absence d'exonération fécale
 - 48 heures pour la bouche
 - 24 heures pour la peau.
 - o **Poils ou de cheveux** découverts sur la victime ou ses vêtements : conservation dans une enveloppe kraft.
 - o **Morsure ou de griffure** : écouvillonnage pour prélèvement de salive à l'aide d'une compresse imbibée de sérum physiologique
 - o **Les vêtements tachés** (salive, sang, sperme) portés lors du viol doivent être conservés dans du papier kraft et remis aux enquêteurs.
 - o Gonocoque au niveau de l'anus : un écouvillon sec + un écouvillon spécifique

- **Sérologie**
 - VIH 1 et 2
 - TPHA-VDRL
 - Hépatite B (antigène HBs, anticorps anti-HBc et anti-HBs)
 - Hépatite C
 - Chlamydia
 - Herpès.
- **Bilan pré thérapeutique** :
 - NFS, plaquettes
 - Ionogramme sanguin
 - Bilan hépatique : transaminases, gamma GT, bilirubine totale, phosphatases alcalines.
 - Amylase, lipase.
- **Toxique** : selon demande d'OPJ
 - **Sanguin** :
 - psychotropes (antidépresseurs tricycliques, barbituriques, benzodiazépines) : 4 tubes gris
 - alcoolémie : 2 tubes
 - **Urine** : 2 flacons à ECBU: à rechercher en screening
 - antidépresseurs tricycliques
 - barbituriques
 - benzodiazépines
 - carbamates, et phénothiazines
 - cannabis
 - amphétamines
 - cocaïne
 - méthadone
 - éthanol
 - opiacés
 - ecstasy
 - autres...
 - **Cheveux** : 2 mèches taille d'un crayon en occipital à recherche de GHB selon demande OPJ.
- **Traitement** :
 - **Psychologique**
 - **Préventif VIH** :
 - âge < 12 ans trithérapie :
 - Videx comprimé 240 mg / m₂ / J en deux prises
 - Zerit solution (âge < 6 ans) ou cp 1 mg / kg / 12 H
 - Kaletra solution > 2 ans 2,9 ml / m₂ / 12 H
 - Age > 12 ans :
 - Combivir : 1 cp matin et soir
 - Kaletra : 2 cp matin et soir:
 - Traitement 1 mois avec contrôle : NFS, sérologie VIH, Hépatite B, C, antigénémie P24, transa + amylase

- **Conclusion :**

- o Le médecin rapporte les faits de la victime en utilisant ses propres termes ou le conditionnel. Il doit être descriptif.
- o Il précisera la nature des prélèvements effectués.
- o Donner une ITT (Incapacité Totale de Travail au sens pénal) si besoin. Elle correspond à la période pendant laquelle, suite à l'agression, la victime, pour des raisons physiques ou psychologiques, a été incapable de subvenir à ses besoins quotidiens (sortir faire ses courses, accompagner ses enfants à l'école, cuisiner, se laver, etc).
- o La conclusion devra simplement dire si le jour de l'examen il existe des lésions macroscopiques et leur siège éventuel. L'examen normal n'élimine pas un viol. Ne pas qualifier l'agression de « viol » ; c'est au magistrat de le faire au vu du certificat et des autres éléments de l'enquête

Le 10/10/2007
Dr D. Dufour

SOUSSION CHIMIQUE (viol)

A. Au moment de la prise en charge de la victime :

1. **Interrogatoire** (axé notamment sur le traitement médical en cours et la consommation de produits illicites, tout comme le contexte de l'agression)
2. **Examen clinique complet** (signes de violences physiques à rechercher particulièrement)
3. **Prélèvements biologiques à effectuer en double** (un échantillon sera conservé et utilisé en cas de procédure judiciaire) :
 - **sanguins** : 2 tubes sur EDTA et 1 sur fluorure (x2)
 - **urinaires** : 30 ml sur récipient plastique (x2)
 - **cheveux** : en fonction de l'anamnèse* et du délai (inférieur à un mois) (x2)
 - **autres prélèvements éventuels**** (x2)

A effectuer avant toute administration de médicaments et à étiqueter (nom, prénom de la victime, date de naissance, sexe, date d'admission). La conservation (procédure judiciaire) se fait à -20°C à l'abri de la lumière sauf pour les cheveux : endroit sec, température ambiante et abri de la lumière

4. **En cas d'agression sexuelle, réaliser une recherche de sperme, proposer les sérologies virales +/- traitement anti-VIH +/- test de grossesse voire traitement contraceptif d'urgence.**

**: si suspicion de GHB ou délai de prélèvement long : prélèvement à 1 mois d'une mèche de 5 mm de*

diamètre, un fil étant noué vers la base de la mèche afin d'en maintenir l'orientation. La section

s'effectue au ras du cuir chevelu. !!! Toute coupe de cheveux, coloration ou décoloration ne pourra être effectuée avant le prélèvement

*** : autres échantillons susceptibles de contenir le(s) produit(s) incriminé(s) : boisson, nourriture,*

B. Après l'examen clinique de la victime :

1. Contacter le toxicologue analyste pour déterminer avec lui les substances à rechercher en priorité et l'avertir de l'envoi des échantillons en double
2. Lui transmettre les échantillons avec la fiche ou un bon d'examen très complet. Lui indiquer également : diagnostic suspecté, éléments cliniques évocateurs, délai supposé par rapport à l'agression.

Enquête " SOUMISSION CHIMIQUE "
(Usage criminel de produits psychoactifs)

CEIP de

Date d'enregistrement :

N° local d'enregistrement du cas :

▪ Origine de la notification :

- Ville :

- Structure :

▪ Médecin examinateur :

- Nom :

- Adresse :

▪ Toxicologue analyste :

- Nom :

- Adresse :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

▪ Origine du cas

- Date et heure des faits :

- Date et heure de prise en charge :

- Circonstances de prise en charge :

Dépôt de plainte

Découverte par la police ou la gendarmerie

Présentation spontanée à l'hôpital

Autre (préciser) :

▪ Description du sujet

- Date de naissance :

- Sexe : M

F

- Traitement en cours Oui Non

- Si oui détailler les traitements (Nom , posologie, date de début de traitement):

- La victime fait elle usage de stupéfiants Oui Non

Si oui, lesquels

- La victime a-t-elle pris des médicaments après l'agression

Oui Non

Si oui, lesquels

▪ Nature de l'infraction :

Agression sexuelle

Autre (préciser)

Vol

Inconnue

▪ Description du ou des agresseurs :

- Amnésie de la victime Oui Non

- Nombre d'agresseurs : - Sexe : M F

- Connu(s) de la victime : Oui Non

Si oui, lien avec la victime : conjoint, parent, connaissance

ANAMNESE – CIRCONSTANCES DE L'AGRESSION

Récit de la victime

d'un tiers

ANNEXE 5

Convention partenariale entre le Parquet du Tribunal de Grande Instance de Rouen et le CHU-Hôpitaux de ROUEN

ENTRE,

Monsieur le Procureur de la République près le Tribunal de Grande Instance de ROUEN,
Monsieur Joseph SCHMIT,

Monsieur le Directeur Général du CHU-Hôpitaux de Rouen, Monsieur Christian PAIRE,

- Vu, le Code de Procédure Pénale,
- Vu, le code de la Santé Publique,
- Vu, le rapport de la mission interministérielle en vue d'une réforme de la médecine légale de janvier 2006,
- Vu, le protocole départemental de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes du 6 février 2007,
- Vu, la délibération n°1-3 du Conseil d'Administration du CHU-Hôpitaux de Rouen du 29 mai 2007
- Considérant, l'ouverture du Centre d'Accueil Spécialisé pour les Agressions dans le Service de Médecine Légale le 10 décembre 2007,

Il est convenu et établi :

Article 1 : Objet de la convention

Le Centre d'Accueil Spécialisé pour les Agressions dans le Service de Médecine Légale du CHU-Hôpitaux de Rouen a dans ses missions d'examiner des victimes de violences en vue de la délivrance des certificats médicaux descriptifs destinés à la Justice lorsque les victimes entendent déposer plainte.

A cette fin, il est mis en place un dispositif permettant de régulariser les réquisitions, par le Parquet, des médecins du CHU-Hôpitaux de Rouen pour les victimes de violence.

Article 2 : Modalités de la convention

Ce dispositif est appliqué conformément à la procédure décrite dans les formulaires et annexes joints à la présente.

Les réquisitions signifiées aux médecins du CASA, au cours de leur activité hospitalière, font l'objet d'un paiement au CHU-Hôpitaux de Rouen.

Article 3 : Durée de la convention

La présente convention prend effet dès sa signature, elle est renouvelée annuellement par tacite reconduction. Elle fera l'objet d'une évaluation annuelle.

Rouen, le 10 décembre 2007

Le Procureur de la République

le Directeur Général

Joseph SCHMIT

Christian PAIRE

ANNEXE 6

G.R.E.E.N.

STATUTS DU GREEN – MEDECINE LEGALE

TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ART 1 - Compte tenu de la nécessité d'organiser un réseau régional de médecins légistes pour répondre aux sollicitations judiciaires et politiques, les experts en médecine légale de Normandie ont décidé de fonder une association professionnelle dont l'intitulé est : GREEN – MEDECINE LEGALE, pour Groupe de Réflexion des Experts Normands en Médecine Légale.

Cette association est constituée, conformément à la loi du 1^{er} juillet 1901 et du décret du 16 août 1901, entre les personnes qui adhéreront aux présents statuts, dans les conditions définies à l'Article 5. Cette association peut adhérer à toute association ou fédération, nationale ou internationale, poursuivant un but similaire, sur proposition du Conseil d'Administration, approuvée par l'Assemblée Générale.

ART 2 - Le siège social de l'association est situé au domicile de son président et pourra être transféré en tout autre lieu, sur simple décision de son Conseil d'Administration.

ART 3 - L'association a pour but de créer en Normandie un réseau régional de médecins ayant une pratique médico-légale pour :

- favoriser et développer des échanges professionnels entre les médecins,
- instaurer un dialogue régulier entre ces médecins et les magistrats de la région, afin d'harmoniser les pratiques et développer une formation continue inter-professionnelle, médicale et juridique,
- réfléchir à l'organisation des pratiques médico-judiciaires régionales et anticiper les difficultés qui pourraient altérer la qualité des services rendus et les relations entre les médecins et les services de la Justice.

ART 4 - L'Association se compose de membres fondateurs, actifs, honoraires et bienfaiteurs.

ART 5 - Les candidats doivent être parrainés par deux membres titulaires de l'Association. L'adhésion en qualité de membre actif est réservée :

1. aux médecins possesseurs d'un diplôme universitaire reconnu de médecine légale,
2. ou exerçant une activité d'expertise judiciaire reconnue,
3. aux médecins en cours de formation dans le cadre de la capacité de pratiques médico-judiciaires ou du DESC de médecine légale et intégrés dans une équipe hospitalo-universitaire.

Elle est soumise au vote de l'Assemblée Générale et acquise à l'issue du vote à bulletin secret, dégageant une majorité des deux tiers des membres actifs, présents ou représentés.

Les candidatures seront soumises au Conseil d'Administration qui pourra désigner un rapporteur et entendre le candidat. La majorité absolue, lors d'un vote à bulletin secret est requise. Le rejet de la candidature interdit toute nouvelle demande de candidature pour une période d'un an.

En qualité de membre bienfaiteur est admise toute personne physique ou morale s'intéressant à l'activité propre de l'Association.

La qualité de membre honoraire peut être accordée après avis du Conseil d'Administration.

ART 6 - Le montant des cotisations est fixé chaque année par le Conseil d'Administration et approuvé par un vote de l'Assemblée Générale.

ART 7 - La qualité de membre de l'Association se perd :

- o par démission,
- o pour non paiement,
- o par exclusion pour motif grave, laquelle est prononcée par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration, et après que l'intéressé ait été appelé à fournir des explications.
- o Par la non validation des examens, pour les étudiants.

Dans ce cas, la qualité de membre est suspendue entre la date de proposition du Conseil et la date de décision de l'Assemblée Générale. En cas de démission ou d'exclusion, la cotisation est due pour l'année en cours.

TITRE II - ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT

A) De l'Assemblée Générale

ART 8 - L'assemblée Générale est composée par les membres actifs de l'Association, à jour de leur cotisation. Elle se réunit sur convocation du Président, de plein droit, une fois l'an, et chaque fois que celui ci le juge utile ou sur demande adressée au Président, signée du quart des membres actifs. Les convocations sont adressées par le Secrétaire général, un mois au moins avant la date fixée. Tout membre actif peut se faire représenter par un membre actif muni d'un pouvoir régulier. Les pouvoirs doivent être déposés au Bureau de l'Assemblée avant l'ouverture de la séance. Un maximum de deux pouvoirs est autorisé.

ART 9 - L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est arrêté par le Conseil d'Administration. Celui-ci doit porter obligatoirement à l'ordre du jour toute question présentée par au moins quatre membres actifs, deux semaines avant la réunion. Le Bureau de l'Assemblée Générale est celui de l'Association.

ART 10 - Sauf mentions statutaires contraires, l'Assemblée Générale prend ses décisions à la majorité des suffrages exprimés. Elle se prononce sur le rapport moral, sur le rapport financier et sur toute question inscrite à l'ordre du jour. Celui-ci est porté à la connaissance des membres de l'Association au moins un mois avant la réunion.

B) Du Conseil d'Administration

ART 11 - L'Association est administrée par un Conseil d'Administration de 6 à 9 membres, élu pour quatre ans par l'Assemblée Générale, renouvelable par moitié tous les deux ans. Sont seuls éligibles les membres titulaires à jour de leur cotisation. Les membres sortants sont rééligibles. Nul n'est élu au premier tour s'il n'a obtenu la majorité des suffrages exprimés ; au deuxième tour, l'élection a lieu à la majorité relative. A nombre égal de suffrages, le plus ancien dans l'Association est déclaré élu, et à ancienneté égale, le plus âgé. Le Conseil d'Administration élit un Bureau. Il doit comporter un nombre de membres tel qu'il soit possible de choisir en son sein un Bureau, composé d'au moins un Président, un Vice-Président, un Secrétaire Général, un secrétaire adjoint et un trésorier. Le règlement intérieur, approuvé par l'Assemblée Générale, sur proposition du Conseil d'Administration déterminera le nombre des membres du Conseil d'Administration. Ce dernier se réunit à l'issue de

l'Assemblée Générale pour élire en son sein le Président et les membres du Bureau. Le scrutin a lieu comme indiqué ci-dessus.

ART 12 - Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président, au moins une fois par an, et assure la gestion de l'Association.

ART 13 - Le Président est le représentant de l'Association. Il préside les Assemblées Générales et les réunions du Conseil d'Administration et du Bureau. Il veille à l'exécution de leurs décisions. Il représente l'Association dans tous les actes de la vie civile et est investi de tous pouvoirs à cet effet. Il peut déléguer temporairement ou spécialement ses pouvoirs à un membre du Bureau.

ART 14 - Le (ou les) Vice-Président(s) ont, en l'absence du Président, ses attributions ; il(s) le seconde(nt) dans ses fonctions et le remplace(nt) selon un ordre établi par le Conseil d'Administration.

ART 15 - Le Secrétaire Général présente à l'Assemblée Générale, au nom du Conseil d'administration un rapport sur les activités de l'Association. Il est chargé de la correspondance, des convocations, de la rédaction des procès verbaux de séances du Conseil d'Administration et des Assemblées Générales.

ART 16 - Le Trésorier est chargé de ce qui concerne la gestion du patrimoine de l'Association. Il effectue tout paiement et perçoit toute recette sous la surveillance du Président. Il tient notamment à jour les livres de comptabilité. Il fait au nom du Conseil d'Administration, à l'Assemblée Générale, un rapport sur la situation financière de l'Association.

ART 17 - Le ou les Secrétaire(s) Adjoint(s) secondent le Secrétaire Général et le remplace(nt) s'il y a lieu.

ART 18 - Le Conseil d'Administration et le Bureau délibèrent valablement si la moitié de leurs membres est présente, dès lors que ceux ci ont été régulièrement convoqués. En cas de partage des voix lors d'un vote, celle du Président est prépondérante.

ART 19 - Le Conseil d'Administration peut rédiger ou modifier un règlement intérieur arrêtant certaines dispositions d'ordre pratique. Le règlement sera soumis à l'Assemblée Générale Ordinaire et son observation s'imposera alors aux membres comme celle des présents statuts.

TITRE III - RESSOURCES ET DÉPENSES

ART 20 - Les recettes de l'Association se composent :

- o des cotisations et souscriptions de ses membres,
- o des subventions et de toute autre ressource autorisées par la Loi et les règlements en vigueur.

ART 21 - Les dépenses de l'Association sont représentées par les dépenses utiles à son fonctionnement et à la réalisation de son programme. Elles sont ordonnancées par le Président, qui peut déléguer sa signature.

ART 22 - L'exercice financier commence au 1^{er} janvier de chaque année.

TITRE IV - MODIFICATION DES STATUTS – DISSOLUTION

ART 23 - Les statuts ne peuvent être modifiés que sur proposition du Conseil d'Administration ou du quart des membres de l'Association, soumise au bureau au moins deux mois avant la séance. A cette fin, le Conseil d'Administration convoque une Assemblée Générale Extraordinaire. L'Assemblée Générale appelée à se prononcer sur une modification des statuts doit réunir le quart au moins des membres, présents ou représentés. Si cette proportion n'est pas atteinte, l'Assemblée Générale est convoquée à nouveau, mais à quinze jours au moins d'intervalle et peut, cette fois, valablement délibérer quel que soit le nombre des membres présents, à la majorité des deux tiers des voix.

ART 24 - L'Assemblée Générale appelée à se prononcer sur la dissolution de l'Association et, convoquée spécialement à cet effet, doit comprendre au moins la moitié plus un des membres en exercice. Si cette proportion n'est pas atteinte, l'Assemblée Générale est convoquée de nouveau, mais à quinze jours au moins d'intervalle et, cette fois, elle peut valablement délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

ART 25 - En cas de dissolution volontaire, statutaire ou prononcée en Justice ou par décret, l'Assemblée Générale désigne un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association et fixe la dévolution de l'actif social.

Références

- {1} Loi du 17 Juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles, ainsi qu'à la protection des mineurs victimes.
- {2} Dufour D. Réseau régional normand de médecine légale. Mémoire de capacité de pratique médico-judiciaire, présenté en Octobre 2008. Rouen.
- {3} Le Roux P. Unité Médico-Judiciaire pédiatrique. Sa mise en Oeuvre. Mémoire de DU de Victimologie, présenté en 2004. Paris V.
- {4} Code civil, art. L-388
- {5} Code civil, art. L-371-1
- {6} Code civil, art. L-372-2
- {7} Code civil, art. L-373-4
- {8} Code civil, art. L-388-1
- {9} Code civil, art. L-388-2
- {10} Code civil, art. L-375
- {11} Arrêt Watelet, Décembre 1885.
- {12} Arrêt Degraene, Mai 1947.
- {13} Code de déontologie, art. 4.
- {14} Code de déontologie, art. 73.
- {15} Code de déontologie, art. 35.
- {16} Code de déontologie, art. 42.
- {17} Code de déontologie, art. 43.
- {18} Code de déontologie, art. 44.
- {19} Code de santé publique, art. L-1110-4.

{20} Code de santé publique, art. L-1111-2.

{21} Code de santé publique, art. L-1111-5.

{22} Code de santé publique, art. L-1111-4.

{23} Code pénal, art. L-226-13.

{24} Code pénal, art. L-226-14.

{25} Code pénal, art. L-60-1.

{26} Code pénal, art. 222-23.

{27} Code pénal, art. 222-24.

{28} Code pénal, art. 222-25.

{29} Code pénal, art. 222-27 à 30.

{30} Code pénal, art. 227-25 à 32.

{31} Code pénal, art. 227-27-3.

{32} Haute Autorité de Santé. Synthèse des recommandations de bonnes pratiques. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. Mai 2011.

{33} Loi du 2 Janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance. Art. 9 alinéa 1.

{34} Loi du 2 Janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance. Art. 9 alinéa 3.

{35} Deuxième rapport annuel au parlement et au gouvernement de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger. Décembre 2006. www.oned.gouv.fr

{36} Septième rapport annuel au parlement et au gouvernement de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger. Décembre 2011. www.oned.gouv.fr

{37} Décret n° 2011-222 du 28 Février 2011 organisant la transmission d'informations sous forme anonyme aux observatoires départementaux de la protection de l'enfance et à l'Observatoire National de l'Enfance en Danger.

{38} Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Etude-action, améliorer l'accueil et la prise en charge des victimes de violence à l'hôpital : rapport de l'enquête PRIHOVI.

{39} SOS enfance en danger. site officiel : allo119.gouv.fr

{40} Organisation Mondiale de la Santé. La maltraitance des enfants, aide mémoire n° 150, Août 2010. www.who.int/fr/

{41} Thakkar R, Gutierrez P, Kuczen C et al. History of physical and/or sexual abuse and current suicidality in college women. Child abuse and neglect 2000;24:1345-1354.

{42} Fuller-Thomson E, Bejan R, Hunter J, et al. The link between childhood sexual abuse and myocardial infarction in a population-based study. Child Abuse and Neglect 2012;36:656-665.

{43} Loi du 5 Mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

{44} Ministère de la santé et des solidarités. Guide pratique de la protection de l'enfance : la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation. 2007.

{45} Loi du 5 Mars 2007, art. L-226-3 du code de l'action sociale et des familles.

{46} Code civil, art. 375 sur la protection des mineurs.

{47} Circulaire DHOS/DSO 283. 20 Mai 2003.

{48} Loi du 10 Juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineur et à la protection de l'enfance.

{49} Circulaire DH 22 du 16 Juin 1992 relative à l'enfance en danger.

{50} Circulaire DGS/DH n° 2000-399 du 13 Juillet 2000 relative à l'extension aux mineurs victimes des dispositions de la circulaire n° 97-380 du 27 Mai 1997 relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles.

{51} Circulaire DHOS/E 1 2001-503 du 22 Octobre 2001, relative à l'accueil en urgence dans les établissements de santé des personnes victimes de violences ainsi que de toutes personnes en situation de détresse psychologique.

{52} Circulaire cabinet n° 2002-97 du 14 Février 2002 relative aux suites de la campagne de prévention des maltraitances et des violences sexuelles sur mineurs et à la prise en charge des mineurs victimes.

{53} Rey C, Chariot P, Alvin P et al. L'examen médical de l'enfant et de l'adolescent victime d'agression sexuelle. Archives de Pédiatrie 1998;5:1378-82.

{54} Circulaire DH/AF 1 n° 98-37 du 27 Février 1998 relative à la création de consultations médico-judiciaires d'urgence.

{55} Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques. www.insee.fr

{56} Tursz A. Les infanticides : données épidémiologiques. Archives de Pédiatrie 2012;19:312-313.

{57} Rey-Salmon C. Les infanticides : données médico-légales. Archives de Pédiatrie 2012;19:314-315.

{58} Rey-Salmon C, Pépin G. Soumission chimique et agression sexuelle chez l'enfant : à propos d'une observation. Archives de Pédiatrie 2007;14:1318-1320.

{59} Adamsbaum C, Grabar S, Mejean N et al. Abusive head trauma : judicial admissions highlight violent and repetitive shaking. Pediatrics 2010;126:3.

{60} Hibbard R, Barlow J, Mac Millan H, et al. Psychological maltreatment. Pediatrics 2012;130:372-378.

{61} Cousin S. Sévices à enfants : devenir après un signalement et épidémiologie à partir d'une étude de 42 dossiers. Thèse de doctorat en médecine présentée et soutenue le 18 Mai 2006.

Faculté de Rouen.

L'Unité Médico-Judiciaire du Havre

Bilan à 4 ans de fonctionnement.

Mots clés : Unité Médico-Judiciaire, Maltraitance, violence, mineur.

Résumé :

Introduction : La maltraitance à enfant est un problème très présent dans les esprits. Sa prise en charge est complexe, car elle comprend les aspects judiciaires, médicaux et psychologiques de la victime. Comme cette victime est mineur, la prise en charge semble plus indiquée en pédiatrie. Une Unité Médico-Judiciaire Pédiatrique (UMJP) a été ouverte au Havre dans le but d'améliorer cette prise en charge. Nous nous sommes demandé quelles étaient les réflexions qui ont mené à sa création? Quelle est son activité à 4 ans de l'ouverture ? Si elle a permis des changements dans la prise en charge du mineur victime au Havre?

Développement : Selon l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED), on estime à 271 500, le nombre de mineurs victimes en France, bénéficiant d'au moins une mesure de protection en 2009. Ce chiffre représente les enfants pris en charge, le nombre total d'enfants en danger étant autrement plus élevé. Dans le souci d'équité et d'aide aux victimes, le gouvernement a renforcé les droits des mineurs, leur accordant le statut de victimes. Il a, de même, incité les services d'accueil d'urgence dont le plateau technique est suffisamment développé, à se doter d'une unité d'accueil de victimes. L'agglomération du Havre est un bassin de 700 000 habitants, avec un plateau technique suffisant. Devant le désir des autorités judiciaires et des médecins des urgences pédiatriques, de prendre en charge les enfants victimes dans un lieu connu, en partenariat, et dans les meilleures conditions, une UMJP a été ouverte en Juin 2007. Cette unité est née d'un accord signé entre le procureur de la République et le directeur du Groupe Hospitalier du Havre (GHH). En 4 ans et demi d'existence, cette unité a réalisé plus de 1 600 actes d'expertise, d'évaluation d'Incapacité Totale de Travail (ITT).

Si le nombre de violences sur mineurs est en très légère hausse ces dernières années, leur prise en charge est en amélioration constante avec la création d'unités de médecine légale dédiées à la prise en charge des victimes, comme le C.A.S.A de Rouen (Centre d'Accueil Spécialisé des Agressions) et l'UMJP du Havre. La médecine légale normande est maintenant organisée en réseau, avec la création du Groupe de Réflexion des Experts Normands en Médecine légale, ce qui permet une organisation commune des différentes unités de prise en charge des enfants victimes, judiciaires et médicales.

Discussion : La création d'une UMJP au Havre a fait suite à une réflexion pluridisciplinaire des membres du corps médical pédiatrique havrais et des autorités de justice. Ces deux corps de métier complémentaires, se sont organisés afin que le mineur victime soit pris en charge de manière homogène, avec une expertise médicale fiable, sans vice de procédure, et par des professionnels qui s'échangent les informations en toute confiance. Cette unité est désormais le seul interlocuteur des forces de l'ordre lorsqu'il s'agit de prendre en charge des mineurs, elle apporte aussi l'aide nécessaire aux professionnels de santé au prise avec des situations juridiques compliquées. Son activité depuis l'ouverture est loin d'être négligeable, et a permis une prise en charge de l'enfant dans un milieu connu, par des pédiatres rompus aux procédures judiciaires, qui savent procéder à une expertise pour que justice soit faite, sans perdre de vue le souci de respect de la dignité de la victime mineure et de son ressenti.