

stratégie soignante

Une unité dédiée aux mineurs victimes de violences

MAXIME GIGNON
CÉCILE MANAOUIL
OLIVIER JARDE

La loi n°98-468 du 17 juin 1998 prévoit l'audition filmée des mineurs victimes d'agression ou d'atteinte sexuelle. Cette procédure judiciaire peut être parfois traumatisante. En région Picardie, ont été développées des unités d'accueil des mineurs victimes. Ces unités font intervenir l'ensemble des professionnels concernés dans un lieu sécurisant et adapté à l'enfant, afin de favoriser son expression et de rendre la procédure moins difficile.

A unit dedicated to minor victims of violence. Law 98-468 of 17th June 1998 enables hearings for minor victims of aggression or sexual assault to be filmed. This legal procedure can sometimes be traumatic. In the region of Picardie, units dedicated to underage victims have been developed. These units bring together all the relevant professionals in a reassuring environment suitable for children, in order to encourage the child to talk and to help make the whole procedure easier.

MOTS CLÉS

- Enfant
- Loi
- Maltraitance
- Mineur
- Organisation sanitaire
- Sévice sexuel
- Soignant
- Unité d'accueil des mineurs victimes
- Violence

KEY WORDS

- Child
- Healthcare worker
- Health organisation
- Law
- Maltreatment
- Minor
- Sexual maltreatment
- Unit for minor victims
- Violence

La loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs¹ a modifié le Code de procédure pénale. Comme l'indique son intitulé, cette loi intéresse les auteurs mais également les mineurs victimes. Elle a instauré le suivi socio-judiciaire qui peut être accompagné d'une injonction de soins pour les auteurs d'infractions sexuelles. Ainsi, depuis 1998, la loi prévoit que dans le cas d'agression ou d'atteinte sexuelle, l'audition d'un mineur victime fasse l'objet d'un enregistrement audiovisuel. Cette mesure s'intègre dans une démarche de renforcement des droits des mineurs victimes permettant notamment à l'enfant qu'une personne de son choix puisse l'accompagner lors de l'expertise médico-psychologique, des auditions, des confrontations et de l'enquête.

La très médiatique affaire d'Outreau, jugée en appel en

2005, a constitué un "séisme judiciaire" avec des acquittements qui sont venus tardivement corriger les défaillances de la procédure judiciaire². Les conséquences néfastes de cette affaire ont été pointées par les professionnels, notamment le risque de dévalorisation de la parole de l'enfant³.

On estime le nombre d'enfants

maltraités physiquement à

au moins 100 000 par an en France

CONTEXTE

Bien que la loi de 1998¹ ait participé à améliorer la prise en charge des mineurs victimes de violence, les professionnels et les acteurs associatifs continuent à militer afin que les actes de procédure nécessaires à la manifestation de la vérité ne rajoutent pas au traumatisme. Ainsi, un consensus professionnel⁴ s'est dégagé en faveur d'une prise en charge de l'enfant victime par une équipe pluridisciplinaire

regroupant l'ensemble des intervenants concernés. On compte parmi ceux-ci les professionnels de santé (pédiatres, médecins légistes, pédo-psychiatres, psychologues, infirmières, puéricultrices), les personnels judiciaires (forces de l'ordre, magistrats) ainsi que les travailleurs sociaux. Cependant, coordonner l'ensemble de ces intervenants d'horizons différents, autour de l'enfant, n'est pas chose aisée. L'enfant se voit souvent transféré du commissariat à l'hôpital, au sein de ce dernier dans les différents services, de l'hôpital au cabinet de l'expert psychologue puis au palais de justice, etc. Ce périple au travers de lieux inconnus et souvent peu adaptés aux enfants ne crée pas un environnement favorable ni rassurant.

Malgré les incertitudes statistiques, on estime le nombre d'enfants en danger à près de 100 000 par an en France⁵, ce qui en fait un phénomène particulièrement préoccupant. Certains

auteurs avancent que la maltraitance pourrait concerner jusqu'à 10 % des enfants⁶. Sur le modèle de structures qui avaient montré leur intérêt⁷, nous avons souhaité développer des unités d'accueil des mineurs victimes (Amiv) en région Picardie afin d'assurer une meilleure prise en charge des enfants victimes sur l'ensemble du territoire.

ACTIONS ET PRISE EN CHARGE

Dans le cadre du groupement d'intérêt public "Pour la santé, contre la violence en Picardie"⁸, un partenariat entre la Justice, des établissements hospitaliers, les collectivités territoriales et des associations prévoit la mise en œuvre de 8 unités Amiv en Picardie, permettant une prise en charge optimisée des mineurs victimes.

■ **Ces unités permettent une prise en charge globale et coordonnée de l'enfant victime** en un lieu et un temps unique et où chacun intervient de manière coordonnée. Placées en milieu hospitalier, elles sont adaptées afin de créer un lieu rassurant pour l'enfant. Elles sont équipées du matériel audiovisuel nécessaire à la réalisation des auditions filmées. L'unité est divisée en 2 pièces, l'une aménagée pour l'accueil de l'enfant (*Photo 1*), l'autre étant un local technique où se trouve le matériel nécessaire à l'enregistrement de l'audition filmée (*Photo 2*). Ces deux pièces sont séparées par une vitre sans tain (*Photo 3*). Des micros sont disposés discrètement dans le plafond de la pièce et une caméra sur tourelle est commandée à partir du local technique. Les professionnels peuvent ainsi se succéder dans cette unité de lieu, laissant l'enfant dans cet environnement adapté en présence d'une personne



Photo 1. Une pièce est aménagée pour l'accueil de l'enfant, afin qu'il se sente en sécurité.



Photo 2. Le local technique contient le matériel nécessaire à l'enregistrement du témoignage de l'enfant.

référente qui peut, si le jeune le souhaite, l'accompagner à toutes les étapes de la procédure.

■ **L'accompagnement peut être assuré par une infirmière, une**

puéricultrice, une psychologue ou une assistante sociale. Le rôle de ce professionnel est capital car il représente, pour l'enfant victime, un point ►

NOTES

1. Loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, *Journal Officiel* n°139 du 18 juin 1998, p 9258, www.legifrance.gouv.fr

2. Pour en savoir plus : Houillon P. Rapport n°3125 au nom de la commission d'enquête chargée de rechercher les causes des dysfonctionnements de la justice dans l'affaire dite d'Outreau et de formuler des propositions pour éviter leur renouvellement, 6 juin 2006, www.assemblee-nationale.fr/12/rap-enq/r3125.asp

3. Brisset C. La place de l'enfant dans le système de protection. Bilan (2000-2006) et propositions de la Défenseure des enfants, *Informations sociales* 2007/4 ; 140 : 120-9.

4. Ce consensus est issu d'un groupe de travail pluridisciplinaire réuni en 1996 par la Voix de l'Enfant. Pour en savoir plus : Permanences et unités d'accueil médico-légales pluridisciplinaire en milieu hospitalier pour les enfants victimes de violences sexuelles, www.lavoixdelenfant.org

5. Observatoire national de l'action sociale décentralisée. La lettre de l'Odas, novembre 2007, www.odas.net/IMG/pdf/200711_protection_enfance_2007.pdf.

6. Tursz A. La maltraitance cachée : pour une meilleure connaissance épidémiologique. *Archives de Pédiatrie* 2009 ; 16 : 936-9.

.../...

NOTES

.../...

7. Jousset N, Champion G, Gaudin A, Guilleux M, Penneau M, Rouge-Maillart C. Intérêt d'une structure multidisciplinaire de prise en charge d'enfants victimes d'abus sexuels. *Journal de Médecine Légale Droit Médical* 2007 ; 50 : 393-8.

8. Pour en savoir plus : www.violence-sante.com/

9. www.fondation-enfance.org

10. Tursz A, Collignon H. Enfants maltraités : avalanche de chiffres et misère statistique. *Médecine et enfance* 2009 ; 29 : 213-6.

11. Savard N, Zaouche Gaudron C. État des lieux des recherches sur les enfants exposés à la violence conjugale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, janvier 2010.

12. Tursz A. Violence et santé. Rapport préparatoire au plan national. La Documentation française, 2006.

13. Haut Comité de la Santé Publique (HCSP). Violence et Santé, mai 2004, Ed. EHESP, 2005, disponible sur www.hcsp.fr/docspdf/hcsp/hc001688.pdf

14. Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, *Journal Officiel* n°185 du 11 août 2004, p. 14277, www.legifrance.gouv.fr

de repère tout au long de la procédure.

■ **Les professionnels peuvent si besoin assister à l'audition** derrière la vitre sans tain, ou visionner la cassette d'audition. Cette démarche permet à l'enfant de ne pas avoir à répéter à chaque intervenant les révélations qu'il a faites.

■ **L'objectif d'une telle structure** est que l'enfant se sente en sécurité et qu'il bénéficie d'une prise en charge globale lui permettant de s'exprimer au mieux et de se reconstruire (*encadré 1*). Dans un souci d'égalité d'accès à ces structures, nous avons

choisi de développer ces unités dans les 8 principaux hôpitaux de la région disposant du plateau technique et des ressources humaines nécessaires. Toutefois, le contexte budgétaire, notamment celui des éta-

Les unités d'accueil des mineurs victimes favorisent la collaboration entre des acteurs de secteurs différents

blissements publics de santé, n'est pas favorable au développement de tels projets qui n'entrent pas "pleinement" dans la mission de soins. Ainsi, la mise en œuvre de ces unités n'a pu

aboutir que grâce à une implication de tous les acteurs concernés (hôpital, collectivités territoriales, associations, Justice). Deux associations ont particulièrement permis la réalisation de ces Amiv :

- **la Fondation pour l'Enfance**⁹, qui a apporté un soutien financier permettant l'aménagement du lieu de manière à ce qu'il soit accueillant et cha-

leureux ;

- **la Voix de l'enfant**⁴, qui a permis d'équiper ces unités du matériel audiovisuel nécessaire aux auditions filmées.

RÉSULTATS

■ **La première Amiv a ouvert ses portes fin 2007** au centre hospitalier de Creil (60), deux autres au printemps 2009 et les deux dernières fin 2009. Trois nouvelles Amiv devraient voir le jour en 2010/2011, assurant une prise en charge optimisée sur la région Picardie. Dans le cadre de l'Amiv de Creil, 235 mineurs ont été pris en charge depuis le début de l'activité, fin 2007, et la fin 2009. La moyenne du nombre d'enfants reçus sur cette période est de 3,3 par semaine. Le plus jeune des enfants accueillis avait 2 ans, le plus âgé presque 18 ans. Une majorité de filles a été prise en charge (74,4 %).

■ **L'activité d'accueil connaît une progression constante** au fil des mois. La majorité des accueils s'est effectuée sur des demi-journées.

■ **La durée de chaque procédure est variable** dans la mesure où elle s'adapte avant tout aux possibilités d'expression de l'enfant. Les unités d'accueil ouvertes courant 2009 ont déjà pris en charge plus de 80 enfants victimes de violences.



© D. Warczala, CHU Amiens Picardie

Photo 3. Glace sans tain séparant les deux pièces de l'unité.

ENCADRÉ 1

Une unité de temps, de lieu et d'action pour prendre soin de l'enfant victime

Maggy a 7 ans. Depuis la séparation de ses parents, elle habite chez son père, qui en a la garde. Elle va régulièrement chez sa mère les week-ends et lors des vacances. Depuis 6 mois, cette dernière a un nouveau compagnon, Marc, qui vit chez elle. Dimanche soir, après une semaine de vacances passée chez sa mère, Maggy raconte à son père qu'elle ne veut plus y aller car Marc lui avait fait « bobo à son derrière ».

■ **Le père de Maggy décide de déposer une plainte à la gendarmerie.** Les gendarmes accueillent Maggy et son père qui se présentent à la brigade. Ils contactent l'unité d'accueil des mineurs victimes (Amiv) à l'hôpital, afin de planifier l'audition filmée de Maggy et les examens nécessaires dans le cadre de cette affaire. L'accueillant de l'Amiv leur donne rendez-vous pour l'après-midi même.

■ **Arrivée au centre hospitalier,** Maggy est prise en charge par l'accueillant qui l'emmène dans la salle de l'Amiv. Dans cette pièce confortable, comprenant des bancs à hauteur d'enfant, Maggy, après quelques minutes, commence à s'intéresser aux jouets disposés dans la pièce. Elle se sent rapidement en confiance.

■ **Pendant ce temps, un enquêteur s'installe dans le local technique.** Cette pièce, séparée de celle où se trouve Maggy par une vitre sans tain, comprend le matériel nécessaire pour filmer et enregistrer l'audition. Du local technique, un gendarme contrôle la caméra mobile afin de suivre Maggy où qu'elle soit dans la pièce. Elle peut ainsi déambuler librement sans que cela nuise à l'enregistrement.

■ **Un enquêteur mène l'audition dans la pièce principale.** Il est en communication avec son collègue resté dans le local technique, grâce à une oreillette. Il est convenu que les enquêteurs rangent leurs armes dans un coffre-fort afin de ne pas intimider Maggy pendant l'audition. Un psychologue peut être présent dans le local technique lors de l'audition, pour suggérer les questions qui lui semblent pertinentes à l'enquêteur, par l'intermédiaire de l'oreillette, et étudier l'attitude de l'enfant. Cette audition filmée pourra ainsi être réécoutée par les professionnels de santé (pédiatre, médecin légiste, pédopsychiatre, psychologue...) et le magistrat.

■ **Ensuite Maggy est examinée par un médecin,** pédiatre et/ou légiste et /ou gynécologue, selon les premières constatations et selon l'audition. Les examens et les prélèvements médicaux et médico-légaux nécessaires sont réalisés dans la pièce d'audition ou dans une salle d'examen jouxtant l'Amiv.

■ **Tout au long de cette procédure, Maggy peut être accompagnée,** si elle le souhaite, par l'accueillant avec qui elle aura lié une relation de confiance.

■ **Cette procédure au sein d'une Amiv** a pour but de limiter le traumatisme dû aux actes de la procédure judiciaire. Dans une unité de lieu, de temps et d'action, l'ensemble des actes nécessaires peut ainsi être réalisé en ayant pour préoccupation principale de préserver Maggy, de prendre soin d'elle et de libérer au mieux sa parole.

PERSPECTIVES

■ **Ces unités représentent une réelle avancée** dans la qualité de la prise en charge des mineurs victimes. En effet, elles favorisent la collaboration entre des acteurs de secteurs différents qui œuvrent tous dans l'intérêt de l'enfant. Se constitue ainsi un réseau régional de professionnels afin de développer des procédures communes initiant une démarche d'amélioration continue de la qualité.

■ **L'organisation de l'Amiv en deux pièces séparées par une vitre sans tain** est également un

outil pédagogique permettant d'améliorer la formation des professionnels.

■ **Par ailleurs, le manque de données statistiques sur les enfants maltraités** a déjà été pointé à l'occasion de différents travaux¹⁰⁻¹³. Le développement de ce réseau régional permettra, à terme, de produire des données chiffrées et de développer des projets de recherche spécifiques sur une thématique "violence et santé" qui, si elle avait été évoquée au travers d'un plan national dans la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé

publique¹⁴, n'a été mise en œuvre qu'au travers de quelques actions segmentaires.

CONCLUSION

Sur les 8 Amiv prévues en Picardie, cinq accueillent d'ores et déjà les enfants victimes. Rendues possible par des partenariats essentiels à leur création et à leur fonctionnement, ces unités permettent d'améliorer la prise en charge des mineurs victimes de violence. Elles constituent également des sources d'information et de formation sur cette problématique transversale. ■

Les auteurs n'ont pas déclaré de conflit d'intérêts.

LES AUTEURS

Maxime Gignon, médecin spécialiste de santé publique et médecine sociale, service de médecine légale et sociale, CHU d'Amiens-Picardie (80) et Groupement d'intérêt public "Pour la santé, contre la violence en Picardie" (GIP-SVP), gignon.maxime@chu-amiens.fr,
Cécile Manaouil, maître de conférence, praticien hospitalier de médecine légale et droit de la santé, service de médecine légale et sociale, CHU d'Amiens-Picardie (80), GIP-SVP,
Olivier Jarde, professeur des universités, praticien hospitalier de médecine légale et droit de la santé, service de médecine légale et sociale, CHU d'Amiens-Picardie (80), GIP-SVP,
et les membres du GIP-SVP.