Etat des lieux des différentes voies d'accès aux structures de soins pour les enfants victimes d'agression sexuelle en Communauté française

Recherche-Action 2008-2010
Réalisée par le Dr M. PARENT, le Dr E. REBUFFAT,
le Dr M. KROLL en collaboration avec le Dr Ch. RETZ et le Prof M. SYLIN

Résumé……3

Introduction 5

Première partie : Définitions et objectifs de la recherche 7

1. Définitions 8
   1.1. Définitions médicales 8
   1.2. Définitions juridiques 9
2. Épidémiologie 11
3. Objectifs de la recherche 11

Deuxième partie : Méthodologie 13

1. Secteur médical privé 14
2. Secteur hospitalier 15
3. Équipes SOS Enfants 15

Troisième partie : Résultats 18

1. Secteur médical privé 19
2. Secteur hospitalier 23
   2.1. Résultats de la 1ère partie du questionnaire 23
   2.2. Revue de la 2ème partie du questionnaire (revue des cas) 28
3. Questionnaire des équipes SOS Enfants 32
   3.1. Résultatsde la 1ère partie du questionnaire 32
   3.2. Revue de la 2ème partie du questionnaire (revue des cas) 34

Quatrième partie : Discussion des résultats 37

Conclusions et perspectives 50

Bibliographie 53

Annexes et abrévations 55

Résumé

La prise en charge des enfants victimes d'abus sexuels est difficile car elle nécessite une approche multidisciplinaire et, dans certaines situations, la collaboration avec le monde judiciaire. Dans de nombreux pays (France, Canada, Grande-Bretagne,..), des centres spécialisés dans la prise en charge de ces enfants victimes d'abus sexuels ont vu le jour. Ces centres d'expertise (aux modalités de fonctionnement parfois très différentes) offrent aux jeunes victimes, en un seul lieu, toutes les ressources dont ils ont besoin.
Il est impératif à l'heure actuelle de proposer une démarche médico-psycho-sociale et judiciaire commune et concertée de prise en charge optimale de l'enfant abusé afin de l'aider à se reconstruire après un tel traumatisme.
Préalablement à l'élaboration d'une telle proposition, il est tout aussi important de connaître les pratiques en vigueur en Belgique francophone et d'en dresser la cartographie. Avec le soutien du Fonds Houtman, ce projet avait pour objectif d'établir un état des lieux des différentes voies d'accès de ces jeunes victimes aux structures de soins.

A l'aide de questionnaires, les 3 voies d'accès potentielles à la prise en charge des enfants victimes d'abus sexuels ont été l'objet de cette enquête: la consultation d'un praticien ambulatoire, -médecin généraliste, pédiatre ou gynécologue-, la présentation dans un service hospitalier ou le recours à un centre SOS Enfants.
La plupart des médecins privés accueillent très peu des patients abusés : près de la moitié de ces médecins n'en ont jamais vus. Certains médecins qui ont été confrontés à ces situations ont fait part de leurs difficultés dans un domaine aussi complexe où s'entremêlent des données médicales, psycho-sociales et judiciaires.
Le nombre de patients accueillis au sein des services hospitaliers est très variable : certains hôpitaux n'en voient pas, d'autres semblent concentrer les situations. Une difficulté commune à tous ces hôpitaux est le recensement des cas. La plupart des prises en charge de ces patients, en particulier lors d'abus récents, ne sont pas homogènes mais suivent néanmoins une logique commune comme la présence d'une équipe multidisciplinaire, le rôle central du pédiatre, la prévention des infections sexuellement transmissibles et la prévention d'une grossesse.
Les Equipes SOS prennent en charge beaucoup d'enfants. Leur principale difficulté est la prise en charge médicale de ces jeunes patients, surtout dans les cas d'abus récents.

Cette étude a aussi montré les rapports étroits qui existent entre les services hospitaliers et les Equipes SOS, et l'Aide à la Jeunesse (SAJ et SPJ). . Là aussi, la question de la relation et de l'articulation entre ces services mériterait d'être analysée.

Au vu de cet état des lieux, les chercheurs encouragent, dans un 1er temps, les intervenants, tant dans le domaine hospitalier qu'au sein des équipes SOS Enfants, à créer des équipes multidisciplinaires complémentaires et des circuits de collaboration sur base d'un protocole homogène, uniforme, applicable en Communauté française. Le secteur privé pourrait, si ces synergies sont clairement définies, y envoyer ses jeunes patients pour qu'ils puissent eux aussi bénéficier d'une prise en charge globale. Ils espèrent qu'à terme, en Belgique comme dans les pays voisins, se développent des structures, permettant à l'enfant victime d'accéder à une prise en charge médicale et psycho-sociale globale et, en un seul lieu, à même de lui apporter à lui et à sa famille l'ensemble des éléments nécessaires à une procédure judicaire.

Introduction

La prise de conscience de la problématique des abus sexuels chez l'enfant est relativement récente en Belgique (depuis l'affaire Dutroux en 1996), même si elle a toujours existé.
Historiquement, la reconnaissance de la maltraitance au sens large apparaît à la fin du 19ème siècle. En 1857, Ambroise Tardieu, professeur de médecine légale, dénonçait la fréquence des atteintes sexuelles chez l'enfant (Tardieu, 1860). L'évolution des normes culturelles, la pression des mouvements féministes et la Convention des Droits de l'Enfant ont progressivement sensibilisé l'opinion publique à l'inacceptable des violences sur les enfants. Cette violence sur les enfants « acceptée depuis des siècles » est devenue « scandaleuse ».
En Belgique, la médiatisation des affaires de mœurs et plus particulièrement des affaires de pédophilie a également contribué à augmenter fortement le nombre de signalements d'enfants abusés sexuellement.
En 1979, des équipes universitaires de Bruxelles (UCL et ULB), d'Anvers (UA) et de Liège (ULg) ont entrepris sous l'impulsion de l'ONE une recherche-action centrée sur la problématique de la maltraitance au terme de laquelle, en 1985, les équipes SOS Enfants ont été créées en Communauté française. Grâce à ces équipes qui ont, entre autres, pour mission d'assurer la prévention individuelle et le traitement des situations de maltraitance, les pouvoirs politiques ont renforcé les systèmes de protection de l'enfant.

La prise en charge d'un enfant abusé sexuellement est difficile car elle nécessite une approche multidisciplinaire et, dans certaines situations, la collaboration avec le monde judiciaire. Dans de nombreux pays voisins (France, Grande-Bretagne, Pays-Bas) et plus lointains (Canada), des centres spécialisés dans la maltraitance sexuelle pédiatrique ont vu le jour. En France, les Unités Médico Judiciaires (UMJ) ont pour objectif de concilier la prise en compte de la souffrance de l'enfant sur le plan médical, psychologique et social et les nécessités de l'enquête et/ou de l'instruction judiciaire ayant pour finalité de parvenir à la manifestation de la vérité.

En Belgique, l'une des difficultés de la prise en charge des enfants abusés est l'absence de structure de référence centralisée. Les équipes SOS Enfants accueillent un grand nombre de situations mais elles n'ont pas toujours accès aux examens médicaux indispensables dans certaines situations. Les services d'urgences pédiatriques accueillent certaines victimes mais manquent parfois d'expérience dans la « récolte de la parole de l'enfant » dans ce domaine si

sensible. Le secteur privé (généralistes, pédiatres, gynécologues...) est aussi occasionnellement confronté à ce problème et se trouve très souvent dépourvu devant ce type de situation, ne sachant s'il doit s'orienter vers le monde judiciaire ou médico-psychosocial. Finalement, certains enfants échappent totalement au monde médico-psycho-social et ne sont pris en charge que par le monde judiciaire.

Chaque enfant victime de tels actes doit pouvoir bénéficier d'une aide individuelle qualifiée. C'est en associant les ressources sans mélanger les rôles de chaque intervenant que cet objectif a le plus de chances d'être atteint.

Il est impératif à l'heure actuelle de proposer une démarche médico-psycho-sociale et judiciaire commune et concertée de prise en charge optimale de l'enfant abusé afin de l'aider à se reconstruire après un tel traumatisme. L'aide apportée doit tenir compte de l'aspect psychologique, social et médical mais elle doit également permettre, dans certaines situations, la récolte des preuves afin d'initier une procédure judiciaire dont la finalité demeure la manifestation de la vérité indispensable dans le processus de reconstruction psychologique de la victime.

Préalablement à l'élaboration d'une telle proposition, il est tout aussi important de connaître les pratiques en vigueur en Belgique francophone et d'en dresser la cartographie. C'est à cette tâche que, grâce au soutien du Fonds Houtman, une équipe de chercheurs s'est attelée. Elle se compose du Dr M. Parent (médecin légiste au parquet de Bruxelles), du Dr E. Rebuffat (pédiatre au CHU Saint-Pierre de Bruxelles), du Dr M. Kroll (gynécologue privée), du Dr Ch. Retz (gynécologue au CHR de la Citadelle) et du Pr M. Sylin (responsable de l'unité de psychologie des organisations de l'ULB).

Première partie :

Définitions et objectifs de la recherche

1. Définitions

1.1. Définitions médicales

Le terme « abus sexuel », traduit en 1965 dans *Index Médica* par des pédiatres, émane des travaux de Kempe qui, en 1976, définit ce terme comme *« l'implication d'enfants et d'adolescents immatures quant à leur développement dans les activités sexuelles qu'ils ne comprennent pas véritablement, pour lesquelles ils sont incapables de donner un consentement éclairé et qui transgressent les tabous sociaux sur les rôles familiaux* » (Kempe, 1976).

La littérature médicale contient plusieurs définitions de l'abus sexuel. Pour l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), il s'agit de « *l'exploitation sexuelle d'un enfant qui implique que celui-ci est victime d'un adulte ou d'une personne sensiblement plus âgée que lui aux fins de la satisfaction sexuelle de celle-ci. Le délit peut prendre plusieurs formes : appels téléphoniques obscènes, outrage à la pudeur et voyeurisme, images pornographiques, rapports ou tentatives de rapports sexuels, viol, inceste ou prostitution* ». Cette définition recouvre un très grand nombre de situations nécessitant des prises en charge très différentes : la présence d'un gynécologue, indispensable en cas de viol par exemple, est totalement superflue en cas de voyeurisme bien que ces situations soient toutes deux considérées comme des abus sexuels sur base de la définition de l'OMS.

Gosset, dans son ouvrage *Maltraitance à enfants* publié en 1997, définit trois types d'abus sexuels : des abus de la sphère sensorielle, constitués de l'exhibitionnisme, des appels téléphoniques obscènes, du visionnage et de la prise de films pornographiques ; des abus au stade de la stimulation caractérisés par les attouchements et des abus au stade de la réalisation correspondant au viol avec pénétration orale, vaginale et anale (Gosset, 1997). Cette classification semble intéressante en termes de pratique clinique.

Par ailleurs, différents termes sont employés pour définir la maltraitance sexuelle : abus sexuels, sévices sexuels, violences sexuelles ou encore agressions sexuelles… Ceux-ci font souvent l'objet de débat au sein des équipes multidisciplinaires. Les termes choisis et leurs

définitions ne sont pas sans importance. Une extension trop large des définitions peut considérer toute caresse à enfant abusive et surestimer la prévalence et l'incidence du problème ; *a contrario,* une définition très restrictive peut banaliser certains actes inacceptables.

1.2. Définitions juridiques

Le droit utilise des définitions qui ne correspondent pas aux définitions médicales.

Attentat à la pudeur

Selon l'article 372 du Code pénal, tout attentat à la pudeur commis sans violence ni menace sur un enfant de moins de 16 ans accomplis sera puni de la réclusion (de 5 à 10 ans). Si l'attentat à la pudeur est commis dans les mêmes conditions par un ascendant, la réclusion prévue est de 10 à 15 ans.

Des publications de droit pénal en parlent comme *« une atteinte contraignante à l'intégrité sexuelle commise intentionnellement sur la personne ou à l'aide d'une personne sans le consentement valable de celle-ci »* mais la Loi belge ne définit pas le terme « attentat à la pudeur ». Le législateur maintient cette notion floue, estimant qu'elle présente d'une part l'avantage d'être définie par la jurisprudence tout en se prêtant facilement à une adaptation d'évolution sociale et, d'autre part, que les débats sur les éléments constitutifs de l'infraction d'atteinte à l'intégrité sexuelle font l'objet de réflexions plus approfondies.

Viol

La définition du viol se trouve dans l'article 375 du Code pénal : « *Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit et par quelque moyen que ce soit, commis sur une personne qui n'y consent pas, constitue le crime de viol* ». Différentes notes constitutives de cet article prévoient des peines différentes en fonction de l'âge de l'enfant.

Le terme « viol » s'applique à toute pénétration anale, vaginale ou orale par quelque objet que se soit. En cas de viol ou d'attentat à la pudeur, l'âge de la victime est une circonstance aggravante s'il s'agit de faits commis avec violence ou menace ; il existe en outre une distinction pénale entre les mineurs de moins de 18 ans et ceux de moins de 16 ans.

Dans les cas de viol, une différence est aussi faite entre les enfants âgés de moins de 10 ans, de moins de 14 ans et de moins de 16 ans.

Preuve à fournir en cas de viol ou d'attentat à la pudeur

Les règles générales relatives à l'administration de la preuve, tels que les principes de présomption d'innocence et de charge de la preuve, sont applicables. Dans de nombreux cas, le juge ou le magistrat de parquet se trouve confronté à deux versions qui s'opposent, celle de la victime et celle du présumé auteur.

En matière de mœurs, le tribunal se base sur les déclarations de la victime et les circonstances de dévoilement des faits. Il doit également tenir compte des déclarations du présumé auteur et les confronter à celles de la victime.

D'un point de vue clinique, il se base également sur plusieurs rapports d'expertises, notamment les expertises psychologiques éventuelles des victimes (analyse SVA pour les enfants âgés de douze à seize ans, voir encadré ci-dessous), l'expertise mentale du prévenu et bien entendu le set d'agression sexuelle (SAS).

Le SVA (Statement Validity Analysis)

Il s'agit de l'enregistrement audiovisuel du témoignage d'un mineur.

La Loi du 28 novembre 2002 a institué le principe de l'audition enregistrée pour les victimes ou témoins mineurs par l'insertion des articles 190 bis et 327 bis du Code d'instruction criminelle. Le procureur du roi ou le juge d'instruction peut ordonner cet enregistrement avec l'accord de l'enfant s'il a plus de douze ans. L'audition doit avoir lieu dans un local spécialement adapté en présence d'une personne majeure du choix de l'enfant, d'un membre du service technique, d'un expert psychiatre ou d'un psychologue.

Une procédure uniforme doit être appliquée et un procès-verbal doit être rédigé dans les quarante-huit heures, voire immédiatement en cas de privation de liberté de l'auteur présumé.

Le SAS (Set d'Agression Sexuelle)

Le SAS est un outil visant à assurer le bon développement de l'enquête judiciaire en cas de déclaration d'un délit sexuel. Le set comprend les instructions et le matériel médical à destination du médecin, les instructions et les recommandations à destination du fonctionnaire de police ainsi que les informations à destination de la victime. Il a été mis en place dès 1989 et conçu par l'Institut National de Criminalistique et de Criminologie (INCC). Il permet d'appliquer, en cas de violences sexuelles, une démarche uniforme et complète et de réaliser un examen médical standardisé. Pratiquement, il se compose d'un ensemble de directives et de recommandations et d'une boîte contenant le matériel nécessaire pour réunir les traces de violence sexuelle. Il est réalisé après dépôt d'une plainte. Il a été conçu spécialement pour le prélèvement de toute trace de violence sexuelle.

Ces traces permettent de prouver scientifiquement le délit ainsi que la culpabilité ou l'innocence du suspect. Il est important de noter que le résultat négatif des analyses du SAS n'exclut en rien un abus sexuel sur mineur. Le SAS est analysé par les autorités judiciaires et ne sera d'aucune utilité dans la prise en charge médicale de la victime.

2. Épidémiologie

Il y a peu de données épidémiologiques disponibles en Belgique francophone. L'ONE, qui publie chaque année le rapport d'activités de ses 14 équipes SOS Enfants, a montré en 2006 que 31% des 4.198 enfants signalés dans ces centres (soit 1.320 enfants) l'étaient pour des raisons de maltraitance sexuelle ; la maltraitance sexuelle étant la première cause de signalement, loin devant la maltraitance physique (17%, soit 717 enfants).

De nombreuses études ont tenté d'approcher la question de la prévalence des abus sexuels durant l'enfance et les chiffres avancés sont extrêmement variables. Dans une étude de revue déjà ancienne, les chiffres varient de 3 à 62% chez les filles et de 3 à 30% chez les garçons (Peters~~,1986~~, 1986). Les études citées provenaient principalement des Etats-Unis et du Canada. Ces variations sont bien évidemment liées à la définition même de l'abus mais aussi aux caractéristiques de l'étude (population étudiée, type de questionnaire,..). En fonction de la formulation des questions (questions ouvertes ou questions plus spécifiques), la prévalence peut changer de manière importante (Fricker, 2003). Le taux de victimisation des enfants de sexe masculin semble avoir été sous-estimé dans le passé. Certaines études rapportent des taux d'abus sexuel relativement semblables entre les filles et les garçons (Smiljanich, 1996), voire supérieurs chez les garçons (Stevenson, 1992)

3. Objectifs de la recherche

L'objectif principal de cette recherche est d'évaluer la pratique médicale et psychosociale actuelle dans le domaine de la maltraitance sexuelle pédiatrique en Communauté française de Belgique en en dressant la cartographie et en estimant le nombre de cas pris en charge ainsi que les procédures en vigueur en médecine privée (généralistes, pédiatres et gynécologues), en médecine hospitalière et dans les équipes SOS Enfants. Le corps médical et paramédical de ces trois groupes semble rassembler les principaux intervenants en matière de maltraitance sexuelle sur enfants.

La formation et la pratique professionnelle des chercheurs leur laisse supposer que les procédures actuellement en vigueur sont extrêmement variables d'un endroit à l'autre, d'un praticien à l'autre, avec, malheureusement assez fréquemment, des prises en charge fragmentées : soit uniquement médicales, psychosociales ou judiciaires.

Cet état des lieux devrait permettre à terme d'améliorer la prise en charge globale des enfants victimes d'agression sexuelle et d'aboutir à l'élaboration d'un protocole commun utilisable quelle que soit la structure de soins.

Ce protocole devrait prendre en compte l'aspect judiciaire afin de permettre la manifestation de la vérité. Il devrait en outre améliorer la communication entre la justice et les divers intervenants médicaux et paramédicaux afin de fournir à l'enfant une prise en charge globale en un seul lieu, en un seul temps, et de façon uniforme.

Ce protocole mériterait certainement une longue réflexion ainsi qu'une collaboration entre le monde médical et judiciaire (par la création d'unités médico-judiciaires, par exemple).

Deuxième partie :

Méthodologie

L'équipe de chercheurs constituée d'une pédiatre, d'une gynécologue et d'un médecin légiste a réalisé cette enquête dans le but d'obtenir une image précise de la prise en charge médico-psycho-sociale actuelle en Communauté française des enfants victimes d'agression sexuelle.
L'étude est rétrospective et couvre les années 2006-2007. Un questionnaire a été envoyé à 2 secteurs médicaux et à un secteur médico-psycho- social pour tenter d'évaluer leur rôle dans la prise en charge de l'abus sexuel chez l'enfant. Les 3 secteurs questionnés ont été le secteur médical ~~extra-hospitalier~~extrahospitalier (généralistes, pédiatres et gynécologues), le secteur hospitalier et les équipes SOS Enfants. Le questionnaire était adapté aux caractéristiques de chacun de ces secteurs.
L'âge des victimes prises en compte pour l'enquête a été limité à quinze ans. Les questionnaires ont été élaborés par l'équipe de recherche et ont été revus par le Pr. M. Sylin (Unité de Psychologie des Organisations-ULB) pour aboutir à un outil facile à remplir, tout en étant le plus complet possible, afin d'optimaliser le nombre de réponses.
Ces questionnaires ont été approuvés par le comité d'accompagnement du fonds Houtman.
L'étude a obtenu l'approbation du comité d'éthique médico-facultaire de l'UCL en septembre 2008 (n° B40320084000).

1. Secteur médical privé

Cette partie de l'étude concerne « le secteur médical extrahospitalier » : médecins généralistes, pédiatres et gynécologues exerçant en dehors des structures hospitalières. Il s'agit des médecins les plus susceptibles d'intervenir en première ligne dans la prise en charge d'enfants victimes d'agression sexuelle.
Le questionnaire (annexe 1) recueille des informations démographiques concernant les médecins et des données concernant le nombre de situations d'abus rencontrés au cours des années 2006-2007 et au cours de l'ensemble de leur carrière ainsi que sur leur attitude et leur démarche face à ces situations. Le questionnaire est précédé d'un texte d'introduction.
L'enquête a été proposée à un échantillon de 1999 praticiens choisis parmi les 11585 généralistes, pédiatres et gynécologues répertoriés par l'INAMI en 2005. La sélection a tenu compte de leur spécialité, du sexe et de la province de leur activité professionnelle. Cette répartition est proportionnelle à celle de la population mère. Elle a été réalisée de manière aléatoire, par tirage au sort.

Répartition de l'échantillon (Femmes/Hommes)			
Province/région	Généralistes	Pédiatres	Gynécologues
Brabant wallon	132 *(53 F/79 H)*	10 *(5 F/5 H)*	14 *(6 F/8 H)*
Hainaut	215 *(59 F/156 H)*	14 *(4 F/10 H)*	28 *(11F/17H)*
Liège	379 *(134 F/245H)*	48 *(26 F/22 H)*	49 *(21F/28 H)*
Luxembourg	78 *(30 F/48 H)*	3 *(1 F/2 H)*	5 *(2 F/3 H)*
Namur	199 *(71 F/128 H)*	11 *(6 F/5 H)*	12 *(5 F/7 H)*
Bruxelles	665 *(278 F/387 H)*	48 *(28 F/20 H)*	89 *(42 F/47 H)*
Total	**1.668 (*625 F/1043 H*)**	**134 (*70 F/ 64 H)***	**197 *(87 F/110 H)***

Pour favoriser les réponses, une enveloppe déjà affranchie a été fournie pour le renvoi du questionnaire. Le choix était laissé à chaque participant de remplir le questionnaire nominativement ou anonymement.

A la même période, un article expliquant le but de cette recherche a été publié dans le *Journal du Médecin* ainsi qu'une communication dans le *Journal du Conseil provincial du Hainaut* de l'Ordre des Médecins. Ces publications ont permis de soutenir la participation des praticiens.
Tous les questionnaires reçus endéans les 2 mois de l'envoi ont été pris en considération.

2. Secteur hospitalier

Cette partie de l'étude concerne la prise en charge en milieu hospitalier de l'abus sexuel chez l'enfant. Le questionnaire comporte 2 parties (annexe 2). La 1ère partie reprend des informations générales concernant l'hôpital et des données concernant le nombre de situations d'abus sexuels rencontrées au cours des années 2006-2007 ainsi que l'attitude et la démarche face à ces situations. Dans la 2ème partie, il était demandé, pour les 10 dernières situations d'abus vécues en 2006-2007, de remplir un questionnaire par patient. Ce questionnaire s'intéressait aux caractéristiques de la victime et aux modalités de prise en charge et de suivi.
L'enquête a été proposée à 34 institutions hospitalières sélectionnées parmi les 136 établissements que compte la Communauté française. Deux critères de sélection avaient été retenus : la présence d'un service d'urgences et celle d'un service de pédiatrie dans l'hôpital.

Il s'agissait de 8 hôpitaux en Région bruxelloise, 4 dans la province du Luxembourg, 4 en province de Liège, 11 dans la province du Hainaut, 4 dans la province de Namur et 3 en Brabant Wallon. Les hôpitaux participants sont présentés anonymement dans ce rapport.

Une procédure commune de distribution des questionnaires et de récolte des données a été établie. Dans un premier temps, une lettre expliquant la démarche a été adressée au directeur général de chaque hôpital, les questionnaires étant annexés à ce courrier.
Une semaine plus tard, les chercheurs ont contacté le directeur de l'hôpital par téléphone afin d'en vérifier la bonne réception et d'obtenir les coordonnées de la personne responsable de la prise en charge des enfants victimes d'agression sexuelle au sein de l'institution.
Les chercheurs ont ensuite contacté la personne de référence pour convenir d'un rendez-vous à l'hôpital. Lors de ces rencontres, les dossiers médicaux des enfants intégrants l'étude étaient préparés et les données ont été collectées sur place avec le soutien des chercheurs en préservant l'anonymat des enfants. La collecte de ces informations a été clôturée au bout de deux mois.

3. Équipes SOS Enfants

La 3ème partie de l'étude concerne la prise en charge par les équipes SOS Enfants de l'abus sexuel chez l'enfant.
Le questionnaire comporte également 2 parties (annexe 3). La 1ère partie reprend des informations générales concernant l'équipe SOS Enfant et des données concernant le nombre de situations d'abus sexuels rencontrées au cours des années 2006-2007 ainsi que l'attitude et la démarche face à ces situations. Dans la 2ème partie, il était également demandé de remplir un questionnaire par patients pour les 10 dernières situations d'abus vécues en 2006-2007. Ce questionnaire s'intéressait aux caractéristiques de la victime et aux modalités de prise en charge et de suivi.
Il y a 14 équipes SOS Enfants en Communauté française. La participation à l'étude a été demandée à toutes les équipes. Une lettre explicative et les 2 parties du questionnaire leur ont été adressées. Les centres SOS Enfants sont traités de manière anonyme dans ce rapport.
Contrairement aux structures hospitalières, les équipes SOS Enfants ont rempli ces questionnaires sans le soutien des chercheurs.

L’anonymat des enfants a été préservé. La collecte des résultats a duré 4 mois, le délai initial de 2 mois a été volontairement prolongé à 4 mois à la demande de plusieurs équipes SOS Enfants.

Troisième partie :

Résultats

1. Secteur médical privé

Sur 1.999 questionnaires envoyés, 588 ont été complétés. Parmi ceux-ci, 106 ont été considérés comme non évaluables et ne sont pas inclus dans les analyses ci-dessous. Il s'agissait de questionnaires émanant de médecins qui n'étaient plus généralistes ou de questionnaires très partiellement remplis. Au total, l'analyse, porte donc sur 482 questionnaires, soit 24% de l'échantillon. Cet échantillon ne se différencie pas de la population parent en termes d'âge et de région de travail. Plus de deux tiers (67%) des médecins répondeurs sont âgés de 40 à 60 ans.

En terme de répartition femme/homme (F/H) et spécialistes (gynécologues et pédiatres)/généralistes (SP/G), une différence avec la population parent apparaît : plus de médecins femmes que de médecins hommes ont répondu au questionnaire et plus de spécialistes que de généralistes ont répondu (tableau 2)

Tableau 2 : Parmi les médecins ayant répondus (répondants) et parmi ceux n'ayant pas répondus (non-répondants), répartition (en %) en fonction du sexe et de la spécialité

	Répondants	Non-répondants	OR	p*
Sexe (F/H)	45% de femmes	37% de femmes	1,4	0,002
Spécialité (Sp/G)	23% de spécialistes	15% de spécialistes	1,7	<0,001

Ces praticiens exercent la majorité de leur activité professionnelle dans un cabinet privé, 15% à hôpital, 12% en association avec d'autres médecins, 7% dans une maison médicale, 3% en médecine scolaire et 2% dans un centre de planning familial. Les réponses obtenues proviennent en majorité de la province du Brabant et de Bruxelles.

Nombre de cas rencontrés sur toute la carrière. 227 médecins (47,1%) n'ont jamais été confrontés à un enfant victime d'agression sexuelle, 73 (15,1%) ont pris en charge 1 cas au cours de leur carrière, 171 (35,5%) ont géré entre 2 et 10 cas, 10 (2,1%) en ont géré entre 10

et 20 et finalement 2 médecins (0,5%) ont pris en charge plus de 20 situations au cours de leur carrière (il s'agit de 2 gynécologues).

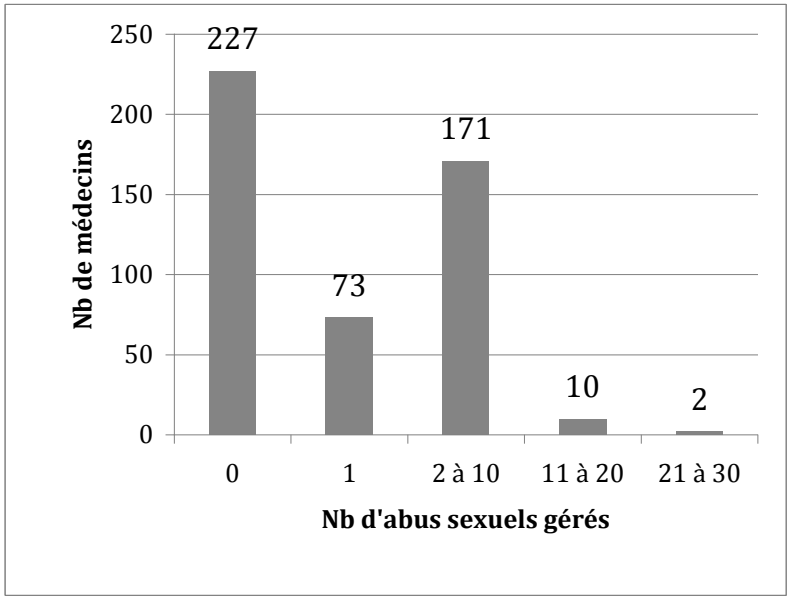

Fig. 1 : Nombre de situations d'abus sexuels gérées au cours de la carrière complète

Nombre de cas rencontrés en 2006-2007. 346 médecins (71,5%) n'ont pas été confrontés à ce type de consultation pendant les 2 années considérées, 79 médecins (16,3%) ont vu 1 cas, 47 médecins (9,7%) en ont vu 2, 11 médecins (2,3%) ont géré entre 3 et 9 cas et finalement 1 médecin a pris en charge plus de 10 cas (il s'agit d'un des deux gynécologues ayant été confronté à un grand nombre de cas sur l'ensemble de sa carrière).

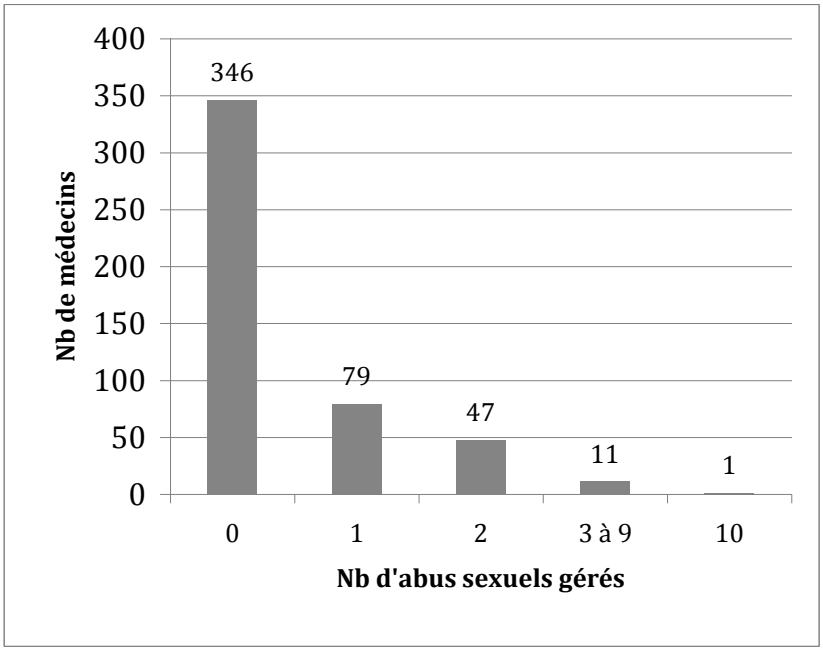

Fig. 2 : Nombre de situations d'abus sexuels gérées en 2006-2007.

Attitude du médecin face au dernier cas d'abus auquel il a été confronté.

11 % des médecins ont géré seuls la dernière situation d'abus à laquelle ils étaient confrontés tandis que 89% ont sollicité l'intervention d'autres spécialistes : 70,8% des médecins ont orienté leur patient vers un centre spécialisé – équipe SOS enfant, hôpital, services d'aide à la jeunesse, police -, 10,8% vers un confrère privé (gynécologue ou psychiatre) et 18,4% ont répondu que leur attitude ne correspondait à aucune des propositions.

Fig. 3 : Répartition des prises en charge

Evolution de la prise en charge. Une majorité (68,2%) des médecins ayant géré 2 situations (ou plus) n'ont pas modifié leur manière d'appréhender ces situations au cours du temps.
Parmi les commentaires manuscrits (il s'agissait d'une question ouverte), certains médecins rapportent, avec le temps, une meilleure écoute de la parole de l'enfant, une amélioration de leurs connaissances scientifiques dans le domaine et finalement une meilleure compréhension et une meilleure collaboration avec les réseaux susceptibles d'intervenir dans de telle situation. D'autres déplorent l'absence de centres de référence en la matière et se trouvent assez dépourvus face à ces situations délicates sur le plan médical, psychologique et judiciaire.

Suivi. 57,9 % des médecins ont eu connaissance du suivi médical des enfants victimes d'agression sexuelle qu'ils ont accueillis en première ligne.

2. Secteur hospitalier

Quatorze des 34 hôpitaux contactés n'ont pas participé à l'enquête malgré des rappels écrits et téléphoniques. Dans certains cas, ces institutions étaient dans l'impossibilité de répondre à cette enquête par manque de personnel ; dans d'autres, il n'a pas été possible pour la direction de définir la personne de référence.

Trois hôpitaux ont transmis quelques informations verbalement (le manque de temps et les difficultés à répertorier les patients abusés les empêchaient de répondre par écrit au questionnaire).

Dix-sept hôpitaux n'ont répondu qu'au 1er volet du questionnaire (les renseignements généraux) et 10 ont répondu aux 2 volets (les renseignements généraux et la casuistique). Parmi les 7 hôpitaux n'ayant pas répondu au 2ème volet, 6 n'ont pas été confrontés à des cas d'abus en 2006-2007 et 1 n'avait pas la possibilité de répertorier à postériori les cas d'abus sexuels

La sélection des patients décrits dans la deuxième partie du questionnaire présente des spécificités propres à chaque hôpital. L'étude se base sur l'analyse des dix dernières situations des années 2006-2007 mais les chercheurs n'ont pas précisé s'il s'agissait d'enfants hospitalisés ou d'enfants vus en ambulatoire, aux urgences ou en polyclinique. Cinq hôpitaux n'ont tenu compte que des enfants hospitalisés alors qu'un hôpital n'a mentionné que les enfants examinés au service des urgences.

2.1. Résultats de la 1ère partie du questionnaire

Description des structures de prise en charge. Toutes les institutions hospitalières participant à l'enquête possèdent un service d'urgence et de pédiatrie. Seule une institution ne possède pas de service de gynécologie. Le nombre de lits hospitaliers varie de 196 à de 950 avec une moyenne de 519.

.

Le tableau suivant illustre le nombre d'hôpitaux interrogés par province et ceux qui ont répondu.

Tableau 3 : Nombre d'hôpitaux ayant répondu en fonction de la province

Province/région	**Hôpitaux interrogés**	**Réponses obtenues**
Région bruxelloise	8	6
Hainaut	11	5
Liège	7	3
Namur	4	2
Brabant wallon	4	1
Luxembourg	4	0

Supervision de la prise en charge des abus sexuels. Dans 10 hôpitaux sur 17, un seul médecin prend en charge la supervision, il s'agit dans tous les cas d'un pédiatre. Dans les 7 autres hôpitaux, la supervision est partagée mais un pédiatre est systématiquement présent dans chaque équipe.

Un service hospitalier a répondu avoir référé systématiquement ces enfants à une équipe spécialisée (soit à un autre hôpital, soit à l'équipe SOS Enfants de la région).

Composition de l'équipe de prise en charge. La prise en charge repose sur un modèle multidisciplinaire dans tous les hôpitaux. Toutes les équipes multidisciplinaires bénéficient de la collaboration d'un pédiatre, 9 d'un gynécologue, 9 d'un psychologue, 8 d'une assistante sociale et 4 d'un pédopsychiatre. Selon les hôpitaux, les équipes comportent également un urgentiste, un infirmier (urgentiste ou non), un psychiatre, un neuropédiatre ou une éducatrice.

Tableau 4 : **Composition de l'équipe multidisciplinaire en fonction de l'hôpital**

Hôpital	**Prise en charge de l'enfant par**
n°1	Pédiatre, psychologue
n°2	Pédiatre, gynécologue, psychologue, pédopsychiatre
n°3	Pédiatre, gynécologue, psychologue
n°4	Pédiatre, gynécologue, assistant social
n°5	Pédiatre, gynécologue, assistant social, pédopsychiatre
n°6	Pédiatre, psychologue, assistant social
n°7	Pédiatre, gynécologue, psychologue, assistant social, infirmier
n°8	Pédiatre, psychologue, neuropédiatre, infirmière sociale
n°9	Pédiatre, assistant soc, éducatrice
n°10	Pédiatre, gynécologue
n°11	Pédiatre, gynécologue, psychologue
n°12	Pédiatre, gynécologue, psychiatre, pédopsychiatre, infirmier urgentiste
n°13	*Référé à une équipe spécialisée*
n°14	Pédiatre, urgentiste
n°15	Pédiatre, gynécologue, psychologue, assistant social
n°16	Pédiatre, gynécologue, psychologue, assistant social
n°17	Pédiatre, pédopsychiatre, assistant social

Prise en charge psychosociale. Seulement 5 hôpitaux disposent d'un service de garde offrant une prise en charge psychosociale des enfants victimes d'agression sexuelle 24 heures sur 24. Huit ont répondu pouvoir assurer partiellement cette prise en charge, 2 d'entre eux envoyant parfois leurs patients vers les équipes SOS Enfants (les autres ne précisant pas avec qui ils ont l'habitude de travailler). Quatre n'assurent pas du tout de prise en charge psycho-sociale, ils renvoient leurs patients vers d'autres hôpitaux et vers des équipes SOS Enfants ou des services de l'aide à la jeunesse (SAJ ou SPJ).

Nombre de cas de suspicion d'abus sexuel ou d'abus sexuel avéré pris en charge au cours des années 2006-2007. Seize hôpitaux ont répondu avec précision à la question et un hôpital y a répondu en donnant une fourchette de 7 à 10 cas (pour simplifier la suite de la discussion, le chiffre de 10 a été retenu). Six hôpitaux n'ont pas été confrontés à des situations d'abus en 2006-2007.

Tableau 5 : Nombre d'enfants pris en charge en fonction de l'hôpital

Hôpital	**Nombre prises en charge**
n°1	0
n°2	10
n°3	7
n°4	0
n°5	0
n°6	10
n°7	3
n°8	4
n°9	11
n°10	5
n°11	0
n°12	10
n°13	10
n°14	0
n°15	45
n°16	32
n°17	0
Total	**147**

Au total, 147 patients ont été pris en charge par ces hôpitaux en 2006-2007. Près de la moitié de ces hôpitaux n'ont pas été confrontés à des situations d'abus. Deux hôpitaux sur les 17 gèrent un nombre élevé de situations (respectivement 32 et 45 cas).

Patients adressés par les instances judiciaires et les services de l'aide à la jeunesse (tableau 6). Parmi les 11 hôpitaux confrontés à des situations d'abus, 8 ont pris en charge des patients référés par les instances judiciaires et les services de l'aide à la jeunesse, ce nombre de patients oscille entre 1 et 16. Deux institutions se démarquent – les mêmes qu'à la question précédente – en accueillant respectivement 15 et 16 enfants à la demande de ces services.

Patients adressés vers les instances judiciaires et les services de l'aide à la jeunesse (tableau 6). Parmi les 11 hôpitaux confrontés à des situations d'abus, 6 ont référé entre 1 et 24 enfants au système judiciaire ou de l'aide à la jeunesse. A nouveau, 2 hôpitaux se démarquent par le nombre d'enfants envoyés, respectivement 13 et 24 ; il s'agit des 2 hôpitaux précédemment mentionnés. Un hôpital n'a envoyé aucun des enfants qu'il a pris en

charge (il y en avait 7) vers une de ces instances. Les autres hôpitaux n'ont pas répondu à la question.

Tableau .6: Nombre de patients envoyés par des instances judiciaires et les services de l'aide à la jeunesse, et adressés vers ces derniers en fonction des hôpitaux

Hôpitaux	**Nombre de cas**	**Cas envoyés par les instances judiciaires et les services de l'aide à la jeunesse**	**Cas adressés vers les instances judiciaires et les services de l'aide à la jeunesse**
n°1	0	*S0*	*S0*
n°2	10	5	5
n°3	7	3	0
n°4	0	*S0*	*S0*
n°5	0	*S0*	*S0*
n°6	10	1	4
n°7	3	1	1
n°8	4	*NR*	*NR*
n°9	11	1	4
n°10	5	0	0
n°11	0	S0	S0
n°12	10	3	*NR*
n°13	10	*NR*	*NR*
n°14	0	S0	S0
n°15	45	16	13
n°16	32	15	24
n°17	0	*S0*	*S0*
Total	**147**	**45**	**51**

Légende : *SO = sans objet, NR = non répondu*

Set d'agression sexuelle (SAS). Parmi les hôpitaux qui ont pris en charge des enfants abusés, seuls 3 ont réalisé un SAS : dans 9/32 situations pour l'hôpital n°16, dans 4/10 situations pour l'hôpital n°12 et dans 3/10 situations pour l'hôpital n°2.

L'hôpital n°15 (qui a pris en charge 45 enfants) n'a réalisé aucun SAS: dans la région où il est implanté, c'est un autre hôpital qui est mandaté pour la réalisation des SAS.

2.2. Résultats de la 2ème partie du questionnaire (la revue des cas)

Dix hôpitaux ont répondu à cette partie du questionnaire. Ils ont transmis 54 dossiers médicaux

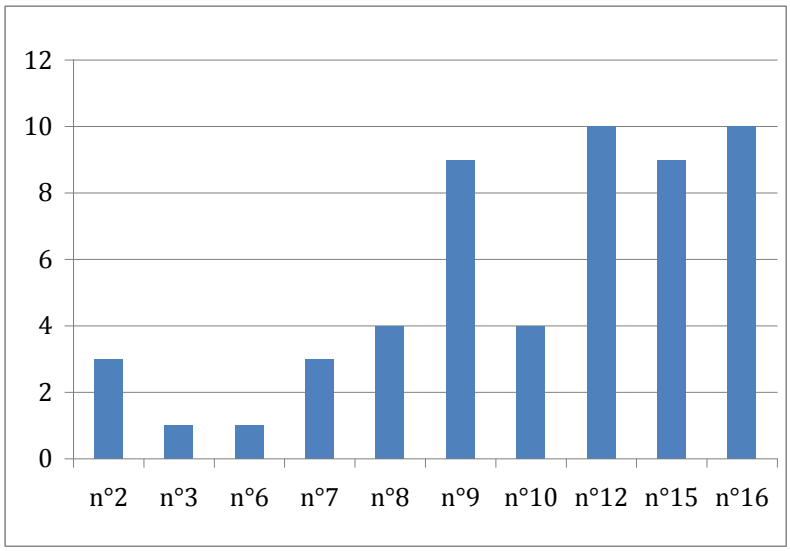

Fig. 4 : Répartition du nombre de cas en fonction des hôpitaux.

Quarante-trois enfants (près de 80%) sont de sexe féminin L'âge de la victime varie de 2 mois à 15 ans. La moyenne est de 8,9 ans. Dans un dossier l'âge de l'enfant n'était pas précisé.
Une courbe de tendance type polynomiale d'ordre 4 a été tracée sur le graphique ci-dessous. Deux réalités structurent visiblement cette courbe, comme si 2 populations d'enfants étaient accueillies dans ces hôpitaux : l'une très jeune (de un à huit ans) et une autre plus âgée (neuf ans et plus).

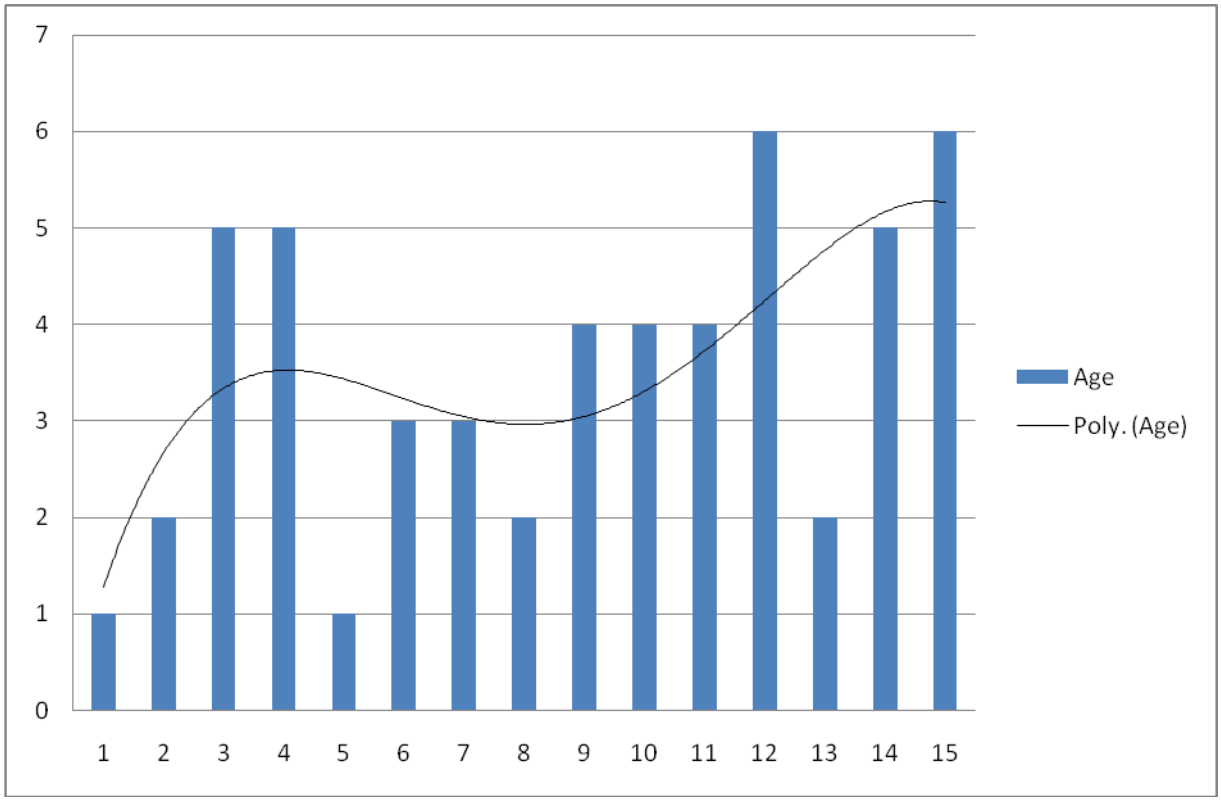

Fig.5 : Nombre d'enfants abusés en fonction de l'âge

Délais. Parmi les 45 enfants pour lesquels l'information est disponible, 20 (37%) ont consulté dans les **72** heures qui ont suivi les faits. Vingt-cinq enfants (46,3%) se sont présentés plus tard.

Origine des situations. Vingt-deux enfants (40,7%) ont été amenés à l'hôpital par leur famille et 10 (18,5%) par la police. Quinze enfants ont été adressés par des structures ou des personnes très différentes (école, psychologue privé, SAJ, juge de la jeunesse,…). Un hôpital n'a pas donné cette information et, pour six enfants (11,1%), aucun élément du dossier médical ne permet de déterminer qui les a adressés.

Prise en charge du dossier de l'enfant à l'admission. Quarante-quatre enfants ont été pris en charge par le pédiatre à leur arrivée à l'hôpital (83%), 5 enfants par un urgentiste (9,2%), 2 enfants par un gynécologue (3,7%) et 5 par un psychologue et/ou une assistante sociale (9,2%). Dans 3 cas (5,5%), l'information est impossible à définir sur base du dossier. Seul 11 % des patients ont été pris en charge par plusieurs soignants.

L'anamnèse est réalisée par le pédiatre dans 44 situations (81,5%) et par l'urgentiste dans 6 situations (11,1%). À 2 reprises, il n'a pas été possible de déterminer qui avait fait l'anamnèse. Des anamnèses ont parfois été réalisées de manière conjointe par plusieurs intervenants.

Examen clinique. Un examen clinique général a été réalisé chez 49 patients (dans un dossier, cette information n'est pas disponible) et un examen gynécologique chez 37 enfants abusés. Cet examen gynécologique a été réalisé chez 13 enfants par le gynécologue, chez 12 par le pédiatre et chez 1 par le légiste seul. Dans 4 situations, l'examen a été réalisé par un binôme médical (pédiatre/gynécologue, médecin légiste/gynécologue ou médecin légiste/pédiatre). Dans 8 dossiers, l'information n'est pas disponible.

L'examen de la région anale a été réalisé chez 30 enfants (55,5%). A 16 reprises par le pédiatre et à 8 par le gynécologue (dans 6 situations, il n'y a pas d'information sur le médecin prestataire).

SAS. Le SAS a été réalisé chez 7 enfants (13%) et 41 (75,9%) n'en ont pas bénéficié (l'information est non disponible dans 6 dossiers).

Prélèvements. Vingt-quatre enfants (44,4%) ont bénéficié de prélèvements indépendamment du SAS et pour 8 enfants, aucun prélèvement n'a été réalisé. (~~l'information~~L'information n'est pas disponible dans 12 dossiers).

Certaines informations sont précises (sérologie hépatite B, frottis chlamydia,…) et d'autres plus globales (biologie, frottis,…).

Tableau 7 : Analyses effectuées chez les victimes d'abus sexuels

Types d'analyses effectuées	Nombre
Analyse sanguines	22
Frottis vaginaux	14
Analyse d'urines : *(dont analyse toxicologique)*	4 *1*
Rectoscopie	1
Autres *(dont radiographie)* *(dont scintigraphie osseuse)* *(dont échographie)*	4 *1* *1* *2*

Prophylaxie médicamenteuse. Douze enfants (22,2%) ont bénéficié d'une prophylaxie médicamenteuse et 32 enfants (59,2%) n'ont pas reçu de traitement particulier (l'information n'est pas disponible dans 10 dossiers médicaux).

Les réponses obtenues sont extrêmement variables et difficiles à synthétiser. Parmi les 12 enfants traités, 7 ont bénéficié d'une polythérapie : antibiotiques (7x), « pilule du lendemain » (4x), Métronidazole (4x), antiviraux (2x), vaccination anti-hépatite B (2x), gammaglobulines (3x). Deux enfants ont reçu un traitement local (pommade non précisée et résection de condylomes). Trois enfants n'ont reçu qu'un seul traitement.

Le suivi médical. Le suivi médical de 23 enfants a été entièrement réalisé par l'institution hospitalière initiale, partiellement pour 13 enfants et pas du tout pour 16 (l'information n'est pas disponible pour 2 enfants).

Que le suivi soit partiellement ou totalement délégué, les enfants sont adressés à des professionnels ou à des institutions très différentes

Lors de suivi partiellement délégué, c'est clairement pour l'aspect médical que l'enfant a été adressé vers une autre institution dans 3 situations et c'est plutôt pour l'aspect psychologique que l'aide a été demandée (alors que la question précisait bien qu'il s'agissait de l'aspect médical du problème) dans 3 autres. L'information n'est pas disponible pour les autres enfants.

Lorsque le suivi a été réalisé entièrement hors de l'institution, les informations sont aussi partielles ou absentes. Dans 3 cas, il n'y a simplement pas eu de suivi. Les informations manquent dans 6 cas sur 13. Pour les 7 autres, 1 enfant a été envoyé à l'extérieur pour son suivi médical, 2 pour le suivi psychosocial (SOS Enfants et placement en institution pédopsychiatrique) et dans les 4 dernières situations, les informations ne sont pas assez claires pour déterminer le type de suivi instauré (« *relais auprès d'intervenants sur le terrain* », « *renvoyé vers une institution hospitalières* », …)

Suivi psychologique. Onze enfants ont bénéficié d'une prise en charge psychologique au sein de l'institution hospitalière qui les avait pris en charge initialement. Dans 41 situations (78,8%), ce suivi s'est déroulé en dehors de l'institution. Dans 2 cas, il n'y a pas trace de suivi psychologique.

Dans près de la moitié des cas (19 sur 41), c'est une équipe SOS Enfants qui a pris le relais. Dans l'autre moitié, les intervenants sont nombreux et variés (SAJ, SPJ, PMS, psychologue, pédopsychiatre).

3. Questionnaire des équipes SOS Enfants

Les 14 équipes SOS Enfants de la Communauté française de Belgique ont été l'objet du 3ème volet de cette étude. Dix équipes sur les 14 ont répondu à la première partie du questionnaire et 9 équipes aux 2 parties. Une 11ème équipe a également répondu mais malheureusement après la clôture de collecte des résultats, elle n'a donc pas été intégrée à l'étude.

3.1. Résultats de la 1ère partie du questionnaire

Les régions représentées dans cette enquête sont celles de Charleroi, Liège, Verviers, Huy, Bruxelles (2 équipes), La Louvière, Dinant, Philippeville, Luxembourg et Namur. Sept équipes SOS Enfants sont extrahospitalières (4 collaborent avec un hôpital de référence, 2 n'ont pas de lien privilégié avec une structure hospitalière, l'information n'est pas disponible dans un dossier) et 3 sont implantées au sein d'un hôpital. Le nombre d'équivalents en temps plein (ETP) varie de 5,1 à 15,2 par équipe avec une moyenne de 7,1. La composition des équipes SOS Enfants doit répondre au Décret du 12 mai 2004 relatif à l'Aide aux enfants victimes de maltraitance. Elles doivent toutes bénéficier des services d'au moins un psychologue, un assistant social, un médecin généraliste ou un pédiatre, un psychiatre ou un pédopsychiatre, une secrétaire et un juriste. Toutes les équipes qui ont répondu respectent ce texte. Deux équipes disposent également d'un éducateur et une équipe mentionne la présence d'un thérapeute familial. Huit équipes comptent un pédiatre et 2 comptent un généraliste. Huit équipes travaillent avec un pédopsychiatre et 2 avec un psychiatre. Les 10 équipes sont accessibles du lundi au vendredi durant les heures ouvrables. Aucune n'est accessible la nuit ou le week-end.

Nombre de cas. En 2006-2007, 981 situations d'abus sexuels ont été prises en charge par ces équipes SOS Enfants. Le nombre de nouveaux cas varie de 10 à 248 selon les équipes.

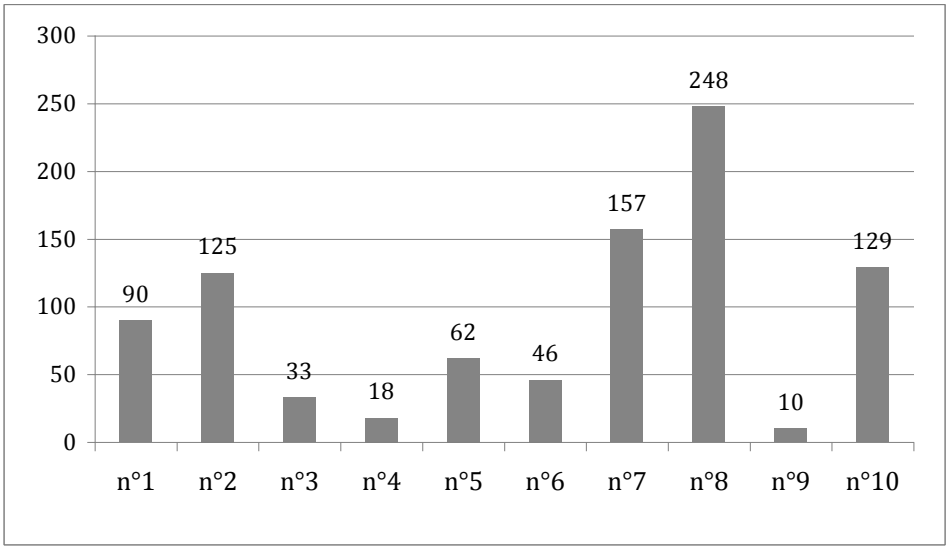

Fig. 6 : Nombre de cas pris en charge en 2006-2007 par l'équipe SOS Enfants.

La disparité est grande d'une équipe à une autre. Afin d'éclaircir ce point, les chercheurs ont pris contact avec chaque équipe SOS Enfants et il est apparu que 9 équipes sur les 10 ont tenu compte des dossiers « ouverts » du programme Thopas (le programme Thopas est un programme de recueil de données des signalements arrivant au sein des 14 équipes SOS Enfants de la Communauté française ainsi que des prises en charge effectuées par celles-ci). Seule une équipe a pris en compte à la fois les dossiers « signalements » et les dossiers « ouverts » du programme (ce n'est pas l'équipe qui a rencontré le plus de cas). Ce n'est donc pas le mode de sélection des patients qui expliquent cette disparité.

SAS. 15 sets d'agression sexuelle (SAS) ont été requis pendant la période étudiée, soit chez 1,6 % des patients abusés. Les 15 SAS n'ont été proposés que par 3 équipes, (dans 8 situations par l'équipe n°10, dans 6 situations par l'équipe n°2 et dans 1 situation par l'équipe n°9).

Patients adressés par les instances judiciaires et les services de l'aide à la jeunesse. (~~tableau~~Tableau 8.). Une équipe n'a pas répondu à cette question concernant les 33 cas qu'elle a enregistrés en 2006-2007. Parmi les 948 autres, 22,9% ont été adressés par le SAJ, 6,9% par le SPJ, 4,6% par le parquet (44 patients) et les 65,6% restant se sont présentés indépendamment d'une structure judiciaire ou d'aide à la jeunesse.

Patients adressés vers les instances judiciaires et les services de l'aide à la jeunesse. (~~tableau~~Tableau 8). Parmi les patients adressés vers ces services, 10,7% ont été envoyés au

SAJ, 9,7% au SPJ et 8,1% au parquet et finalement, 71,5% n'ont pas été orientés vers de telles structures.

Tableau .8 : Nombre de patients envoyés par des instances judiciaires ou d'aide à la jeunesse et adressés vers ces dernières en fonction des équipes SOS

Equipes	**Nombre de cas en 2006-2007**	**Nb de cas adressés par les instances judiciaires ou d'aide à la jeunesse**	**Nb de cas envoyés vers les instances judiciaires ou d'aide à la jeunesse**
n° 1	90	15	17
n° 2	125	36	74
n° 3	33	NR	NR
n° 4	18	10	0
n° 5	125	103	11
n° 6	46	16	19
n° 7	157	36	26
n° 8	248	55	92
n° 9	10	2	4
n°10	129	53	38
Total	**981**	**326**	**270**

3.2. Résultats de la 2ème partie du questionnaire (Revue de cas)

Neuf équipes ont répondu à la deuxième partie du questionnaire, 7 ont adressé 10 dossiers d'enfants victimes d'agression sexuelle, une équipe en a adressé 9 et une autre en a adressé 18 (mais seuls les 10 derniers ont été pris en compte).
L'étude de cette partie a porté sur une population de 85 enfants (4 dossiers ont été écartés car ils concernaient des adolescents de plus de quinze ans).

Dans 62 cas (72,9%), les abus sexuels concernaient des filles. L'âge des victimes varie de 2 à 15 ans.

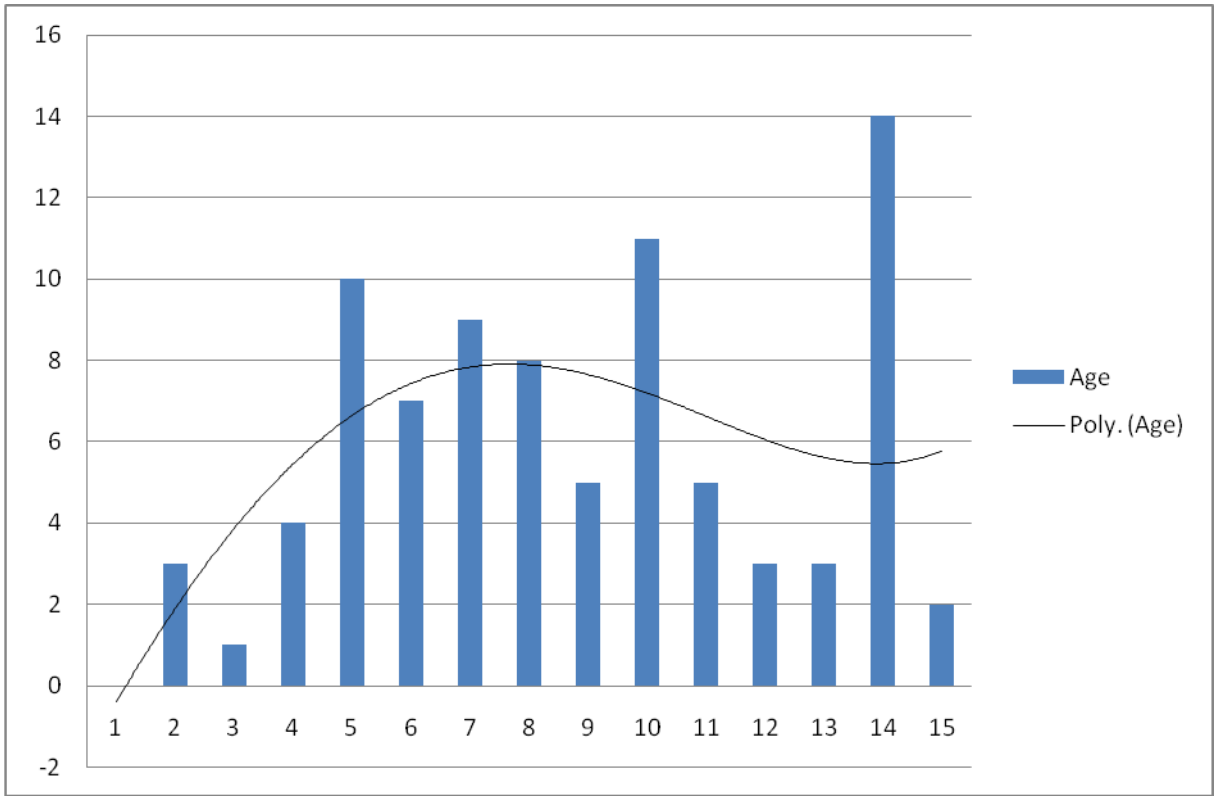

Fig.7 : Nombre d'enfants abusés en fonction de l'âge

La forme de la courbe de tendance polynomiale d'ordre 4 témoigne du fait qu'une seule dynamique temporelle structure cette population, même si la courbe tend à se redresser vers les 14 ans. Cela plaide pour l'idée qu'une population homogène du point de vue de l'âge est accueillie par ces équipes SOS enfants.

Délais. Dans 69 situations (81,2%), l'équipe SOS enfants est interpellée plus de 72 heures après les faits.

Origine des situations. De très nombreux intervenants orientent les enfants vers des équipes SOS. En regroupant ces différentes structures en cinq groupes (famille, monde judiciaire, organismes psychosociaux, structures médicales et SAJ), il apparaît que la majorité des victimes (76,5%) sont adressées aux équipes SOS par la famille, par le monde judiciaire et le SAJ. Ces résultats confirment les réponses apportées dans la partie générale de ce questionnaire.

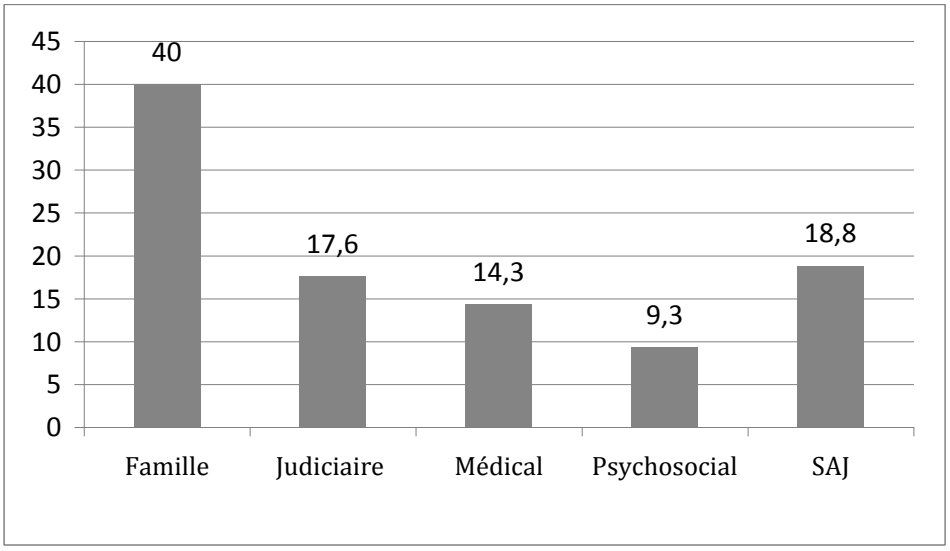

Fig. 11 : Répartition des intervenants de première ligne.

Relais. 58 cas (68,2%) ont été pris en charge exclusivement par l'équipe SOS enfants, 21 enfants (24,7%) partiellement et 6 (7,1%) n'ont pas été pris en charge par l'équipe SOS à laquelle ils avaient été adressés et ont été immédiatement référés (2 vers le monde judiciaire, 1 vers le SAJ, 1 chez un praticien externe et 2 vers des structures psychosociales).
Dans les cas de gestion partagée, une équipe ne précise pas les services avec lesquels elle a collaboré. Une autre équipe signale que 6 de ses 10 patients ont été pris partiellement en charge (« *prise en charge psychosociale* ») et fait remarquer qu'il s'agissait de dévoilement très tardifs par rapport aux faits, laissant sous-entendre qu'une autre prise en charge n'était plus nécessaire. Pour les 5 enfants restants, l'aide a été demandée pour l'examen clinique, pour l'examen gynécologique et pour le suivi.

Dix enfants (11,8%) ont été hospitalisés et 74 (87,1%) ont pu rejoindre leur domicile. Parmi les enfants hospitalisés, 8 l'ont été par des services SOS intra-hospitaliers et 2 par des services extrahospitaliers.

Quatrième partie :

Discussion des résultats

Les 3 voies d'accès potentielles à la prise en charge des enfants victimes d'abus sexuels ont été l'objet de cette enquête: la consultation d'un praticien ambulatoire, -médecin généraliste, pédiatre ou gynécologue-, la présentation dans un service hospitalier ou le recours à un centre SOS Enfants.

Le secteur ambulatoire (médecin généraliste, gynécologue et pédiatre) :

Sur l'ensemble de leur carrière, près de la moitié des médecins (47%) travaillant en ambulatoire n'ont pas été confrontés à des situations d'abus sexuels sur mineurs, la plupart des autres en ont vu très peu (entre 1 et 20) et finalement seuls 2 gynécologues en ont pris en charge un nombre important (entre 21 et 30). Les chiffres des 2 années étudiées (2006-2007) corroborent cette constatation: très peu de patients sont vus en médecine extrahospitalière pour de la maltraitance sexuelle.

Lorsqu'ils sont confrontés à ce type de maltraitance, près de 90% collaborent avec d'autres structures : de manière assez équivalente, ils envoient leurs patients vers une structure hospitalière, vers une équipe SOS ou vers une structure judiciaire ou d'aide à la jeunesse.

Collaborer avec d'autres professionnels de la santé (travailleurs sociaux, psychologues,..) pour assurer une bonne prise en charge de ces patients, ainsi qu'avec le système judiciaire qui a la tâche d'établir la preuve de l'abus (ce rôle ne revient pas au médecin) est évidemment recommandable. Néanmoins très peu d'enfants (16 sur l'ensemble des enfants) ont été pris en charge à la fois par une structure médico-psycho-sociale spécialisée et par le système judiciaire. Or ces approches sont en général complémentaires, différentes et surtout non exclusives.

Plus de 2/3 des 189 médecins ayant pris en charge 2 situations ou plus disent avoir modifié au cours du temps leur prise en charge de ces patients en raison de meilleures connaissances scientifiques et de meilleures connaissances du réseau médico-psycho-social et judiciaire de leur région.

En analysant les réponses à cette question ouverte, il apparaît que la prise en charge en réseau de ces enfants est très complexe pour un médecin non habitué en raison du petit nombre de situations rencontrées, du nombre important de services d'aide psychosociale, ayant souvent

chacun leurs spécificités, mais aussi des particularités du système judiciaire, parfois difficiles à comprendre pour un non initié.
Toujours dans cette question ouverte, certains médecins ont fait des suggestions dont une semble particulièrement intéressante au vu de ce constat : la création de centres de référence dans le domaine permettant à ces médecins d'y envoyer leurs patients pour une prise en charge optimale tout en restant un interlocuteur important.
En effet, le médecin de 1ère ligne même s'il ne voit pas beaucoup de situations d'abus au cours de sa carrière, a une place privilégiée: c'est lui qui connaît souvent le mieux la famille et sa dynamique. Cette place devrait lui permettre ultérieurement de jouer un rôle important dans le suivi, ce qui n'est pas toujours le cas. En effet, seul la moitié des médecins ont eu des informations médicales sur le devenir de leurs patients lorsqu'ils les avaient envoyés vers une structure extérieure.

Le secteur hospitalier et les équipes SOS :

Les hôpitaux et les équipes SOS Enfants jouent aussi un rôle important, mais différent, dans la prise en charge des abus sexuels.
Si les hôpitaux accueillent incontestablement des enfants victimes de maltraitance sexuelle, le nombre exact de ces derniers est difficile à préciser. En effet, il n'existe pas de « répertoire » des enfants pris en charge pour abus sexuel dans aucun des hôpitaux participants à cette recherche. Ces enfants pouvant accéder à l'hôpital de différentes manières -service des urgences, consultation de pédiatrie, consultation de gynécologie,…–, il est particulièrement difficile d'établir rétrospectivement la liste des patients abusés. En conséquence certains hôpitaux n'ont pu remplir la 2ème partie du questionnaire. Au total, ce sont **147** enfants qui ont été accueilli par les hôpitaux ayant participés au cours de la période étudiée. L'objectif étant d'établir la cartographie la plus complète possible de la prise en charge des enfants abusés sexuellement en Communauté française, l'absence d'une partie des victimes, prises en charge en ambulatoire au sein des hôpitaux crée un biais non chiffrable.

La plupart des équipes SOS se sont mobilisées pour répondre aux objectifs de l'étude, plusieurs ont interpellé les chercheurs sur la définition du terme « abus ».
Aucune définition du terme « agression sexuelle » n'avait été proposée puisque de nombreuses définitions sont présentes dans la littérature médicale, les chercheurs ne souhaitaient pas restreindre l'échantillonnage des cas en donnant une définition trop précise.

Les chercheurs ont seulement proposé d'exclure les situations qui leur semblaient clairement être des allégations.
La collecte des données a semblé beaucoup plus facile au sein des équipes SOS que dans les structures hospitalières. Le taux de réponses est élevé puisque 10 équipes sur 14 (soit 73%) ont répondu dans les délais. Il est probable que la rédaction d'un rapport annuel dans lequel sont répertoriés tous les patients pris en charge ainsi que leur diagnostic n'est pas étrangère à cette efficacité (plusieurs équipes ont fait allusion à la base de données « Thopas » commune à toutes les équipes SOS Enfants). Ce sont **981** enfants qui ont été pris en charge par les équipes SOS qui ont répondu.

Des hôpitaux de tailles très différentes ont répondu, la plus petite institution a une capacité de 196 lits et la plus grande de 950. La taille de l'hôpital ne semble donc pas influencer le fait de participer ou non à l'étude. Dans les équipes SOS, le nombre de cas pris en charge n'est pas lié à la taille de l'équipe : une équipe compte 15,2 ETP et mentionne 125 cas d'abus sexuel, une autre en a enregistré 248 pour 6,2 ETP.

Les intervenants

Les questionnaires adressés aux hôpitaux ont mis en évidence le rôle important joué par le pédiatre dans la supervision de ces situations : il est le médecin responsable dans toutes ces situations, seul dans plus de la moitié des cas, ou en tant que superviseur d'équipe avec un urgentiste, un gynécologue ou un psychiatre dans les autres cas. Son rôle dans la prise en charge hospitalière des enfants abusés est donc très important mais il faut rappeler que la plupart des hôpitaux n'ont fourni que des données émanant de leur service d'urgence. Le service d'urgence reste très certainement l'endroit où arrive la majorité des enfants qui ont subi une agression sexuelle (et plus encore dans les situations aiguës) mais le manque d'informations sur les enfants abusés se présentant en consultation de gynécologie ou de psychiatrie est regrettable. Une meilleure information concernant les patients pris en charge par le secteur ambulatoire de certaines institutions aurait probablement fait émerger le rôle joué par d'autres cliniciens, psychiatres et gynécologues notamment.
Il faut noter que tous les hôpitaux qui ont répondu travaillent en équipe multidisciplinaire : outre le pédiatre, on retrouve souvent des gynécologues, des psychologues et des pédopsychiatres. La multidisciplinarité, bien présente dans toutes les équipes est plus difficile

à garantir au service des urgences. Dans ce service, seul 11% des patients ont été vus par plus d'un soignant.

Un psychologue est associé à l'équipe dans 9 hôpitaux et un pédopsychiatre dans 4. Trois équipes hospitalières fonctionnent sans intervenant psychiatrique. Cinq hôpitaux affirment pouvoir offrir 24h/24 une aide psychologique Quatre hôpitaux n'assurent à aucun moment de service de garde psychosociale et renvoient vers d'autres hôpitaux ou vers des structures extrahospitalières comme SOS Enfants, le SAJ et le SPJ. Ceci témoigne d'une certaine confusion entre les missions spécifiques de ces structures extrahospitalières : si le renvoi à une équipe SOS Enfants est logique puisque la prise en charge de l'enfant maltraité est leur mission principale, il n'en est pas de même pour le SAJ et le SPJ qui ne sont pas des structures de soins. Dans des situations aussi sensibles que l'abus sexuel, l'absence de psychologues dans certaines équipes hospitalières est regrettable pour le patient et sa famille. Même si le suivi est bien organisé (nous y reviendrons plus tard), la prise en charge psychologique à l'arrivée à l'hôpital ou dans les quelques heures qui suivent reste cependant indispensable dans toute situation d'abus chez l'enfant.

En ce qui concerne les équipes SOS Enfants, la multidisciplinarité est bien présente puisqu'elle est inscrite dans le décret qui les institue. Aucune équipe SOS n'est accessible 24h sur 24h.

Nombre de cas :

Comme dans le secteur ambulatoire, le nombre de cas pris en charge par les hôpitaux au cours de 2 années étudiées est extrêmement variable : une petite moitié des hôpitaux n'a pas été confrontée à de telles situations, 6 ont été confrontés à moins de dix cas par an, et 2 prennent en charge 75 enfants (alors que l'ensemble des 15 autres hôpitaux pour lesquels les chercheurs disposent de données s'en partagent 46). Cette constatation se retrouve également au sein des équipes SOS Enfant : le nombre de nouveaux cas pris en charge par les équipes SOS Enfants au cours des années 2006-2007 est très disparate, variant de 18 à 248 cas. Ces différences ne s'expliquent pas par leur sélection : en effet, toutes les équipes SOS, sauf une, ont envoyé leurs dossiers ouverts et non pas tous leurs signalements.

Relation avec le monde judiciaire et le service de l'aide à la jeunesse :

Les rapports avec le monde judiciaire et celui de l'aide à la jeunesse sont illustrés dans le tableau ci-dessous (tableau 9). Il apparaît clairement que ces rapports sont fréquents : en effet, aussi bien au sein des structures hospitalières que dans les équipes SOS Enfants, 1/3 des enfants est envoyé par le judiciaire ou l'aide à la jeunesse et 1/3 sera envoyé vers eux. Ces données soulignent l'importance d'une bonne collaboration avec ces services.

Tableau 9 : Rapport avec le monde judiciaire et le service de l'aide à la jeunesse (données des tableaux 6 et 8.)

	Hôpitaux	Equipes SOS Enfants
Nb de patients accueillis en 2006-2007	147	981
Nb de patients envoyés par le judiciaire ou l'aide à la jeunesse	45 (31%)	326 (33%)
Nb de patients envoyés vers le judiciaire ou l'aide à la jeunesse	51 (35%)	270 (27%)

Si on analyse de plus près ces données et en particulier les rapports entre les équipes SOS et ces 2 structures, 2 remarques viennent à l'esprit : l'une concerne le SAJ, l'autre le parquet.

Le SAJ semble un acteur important dans la prise en charge des enfants abusés sexuellement. Ce service a envoyé 217 enfants abusés aux équipes SOS Enfants en 2 ans et, à l'inverse, 101 enfants lui a ont été adressés par ces équipes. Plusieurs questions viennent à l'esprit à la lecture de ces chiffres : le SAJ envoie-t-il toutes ses victimes d'abus vers les équipes SOS Enfants ? S'il n'envoie qu'une partie de ses enfants, qui prend en charge les autres ?
Ces chiffres montrent ~~montrent~~ en tout cas qu'il s'agit d'un partenaire important si l'on veut réaliser une cartographie des pratiques dans la problématique de l'abus sexuel en Communauté française.

La situation que décrit notre enquête condensait les données issues de modalités de fonctionnement entre Aide à la Jeunesse (SAJ-SPJ) et Justice (parquet et Tribunal de la Jeunesse) très différentes en Région wallonne et à Bruxelles. Depuis le décret communautaire sur l'Aide à la Jeunesse de 1991, l'application des dispositions de ce décret a été rapidement complète en Région Wallonne, mais pas en Région Bruxelles-capitale, vu le caractère ~~bi-communautaire~~bicommunautaire de l'aide aux personnes sur son territoire, C'était encore le cas en 2006-2007.

Or l'application du décret sur l'AAJ a pour conséquence une obligation pour le parquet, pour les mineurs en danger, de confier la situation, même grave et urgente, au SAJ de l'arrondissement, le juge de la jeunesse ne conservant qu'un pouvoir limité dans cette matière, à savoir le placement d'urgence (Art 39) ou ultérieurement, la mise en œuvre de l'aide contrainte (via le SPJ, Service de Protection Judiciaire) lorsque l'aide volontaire négociée avec le conseiller du SAJ (via l'Art.38) n'a pas abouti et que l'état de danger persiste.

Ce n'est qu'en octobre 2009 que l'Ordonnance bruxelloise du 29/04/2004 relative à l'Aide à la Jeunesse est entrée en application en région bruxelloise, plaçant de fait le SAJ en première ligne dans la gestion des cas d'enfants en danger précédemment confiés à un Juge de la Jeunesse via le parquet et à présent orientés vers le SAJ, qui lui-même sollicite des bilans et des évaluations pour organiser au mieux l'aide aux enfants victimes dont il a connaissance.

Remarquons enfin que la catégorie générale « judiciaire » retenue pour notre questionnaire, recouvre à la fois les besoins de l'enquête pénale (Parquet adultes) et les tâches sollicitées autour des questions protectionnelles, c'est ainsi que l'audition vidéo-filmée et le SAS appartiennent à l'enquête, et à l'instruction judiciaire, si celle-ci a lieu.

Le parquet a envoyé 44 enfants aux équipes SOS Enfants. Un chiffre étonnant quand on sait que le rôle du parquet est purement pénal et qu'il n'est pas un acteur de la prise en charge thérapeutique des victimes. Il s'agit en toute hypothèse de demandes d'expertise ou de demandes de protection (ordonnance de placement) le temps de la désignation d'un juge de la jeunesse. Celui-ci a été saisi dans près de 10% des situations. Un chiffre qui reflète assez bien la « lourdeur » de certaines situations.

Le SAS :

Le SAS répond à des critères bien précis : d'une part, il ne peut être réalisé qu'à la demande d'une autorité judiciaire (police, juge d'instruction, magistrat de parquet) après dépôt d'une plainte ; d'autre part, l'abus doit être récent (moins de 72 heures). Il ne peut en aucun cas être réalisé à l'initiative du médecin.

Seuls 3 hôpitaux sur les 9 confrontés à des enfants abusés réalisent un SAS, ce sont 11% des enfants abusés qui, finalement, ont bénéficié de la réalisation d'un SAS. Il faut noter que l'hôpital qui accueille le plus d'enfants abusés n'a pas la possibilité de réaliser de SAS. Dans la région où il est implanté, c'est un autre hôpital qui est mandaté pour faire ces SAS.

Seules 3 équipes SOS sur les 10 ayant participé, ont suggéré la réalisation d'un SAS. En tout, seuls 15 SAS ont été réalisés à l'instigation d'une équipe SOS pendant ces 2 années, soit un recours au SAS chez 1,6% des patients abusés. Plusieurs facteurs peuvent expliquer le recours exceptionnel au SAS par les équipes SOS Enfants. Il est probable qu'une partie importante des enfants se présentent aux équipes SOS Enfants au moment du dévoilement de l'abus et pas au moment de l'abus lui-même, ce dernier ayant eu lieu quelques semaines voire quelques mois avant la consultation ; le SAS n'ayant à ce moment plus aucune raison d'être réalisé (cette remarque est d'ailleurs faite par une des équipes). Un grand nombre de situations concernent des attouchements, situations dans lesquelles la réalisation d'un SAS n'est pas justifiée. Le SAS ne peut être réalisé qu'à la demande d'une autorité judiciaire et nécessite donc le dépôt d'une plainte et la « judiciarisation » rapide de la situation. Si, dans certaines situations, cette décision se prend sans l'ombre d'une hésitation, il en reste un grand nombre d'autres beaucoup moins claires (très jeunes enfants, cadre de divorce très conflictuel,...) qui nécessitent de rencontrer la famille et de s'accorder un temps de réflexion. Dans ces conditions la réalisation d'un SAS peut être rendue impossible, les délais étant expirés. Enfin un manque de sensibilisation à l'intérêt de cet examen ou les difficultés à le faire réaliser dans certaines régions peuvent être évoquées. Deux des 3 équipes SOS Enfants qui réalisent des SAS sont intra-hospitalières et la troisième a des rapports privilégiés avec un hôpital de sa région. Des relations privilégiées entre les équipes SOS Enfants et des structures hospitalières sensibilisées au problème de l'abus sexuel chez l'enfant faciliteraient probablement la réalisation de cet examen quand il s'avère nécessaire.

Casuistique

Un des objectifs de ce travail était de revoir les dossiers individuels de patients pour analyser les caractéristiques de l'abus dont ils avaient été victimes, et décrire la prise en charge dont ils ont bénéficié. Cette revue a porté sur 54 patients en hospitalier et 85 pour les équipes SOS.

L'âge des victimes prises en charge en milieu hospitalier varie de 2 mois à 15 ans. La courbe des âges montre que 2 populations d'enfants sont accueillies dans les hôpitaux : la population des enfants jeunes (1 à 8 ans) et une autre plus âgée (les préadolescents et les adolescents). Dans cette enquête, aucune information n'avait été demandée sur les abuseurs. Une étude rétrospective détaillée, réalisée après la fin de cette enquête, dans un des hôpitaux participants, a aussi retrouvé cet aspect bimodal de la courbe des âges (Vanretegem C., 2011). Ce travail s'est intéressé aux types d'abus (attouchements versus viol) et a montré de manière statistiquement significative que les attouchements se rencontrent plus souvent chez les jeunes enfants et que les viols chez les enfants plus âgés. Il suggère que la 1ère population correspond à des jeunes victimes d'abus intrafamiliaux (au sens large) et la 2ème à des victimes de violences « urbaines ». Cette répartition des âges ne se retrouve pas dans la population accueillie par les équipes SOS.

On retrouve une majorité importante et relativement similaire de filles dans les 2 structures (80% pour les hôpitaux et 73% pour les équipes SOS).

Une des questions s'intéressait aux consultations réalisées dans les 72 heures qui suivent les faits. Ce délai n'est pas pris au hasard, il s'agit effet de la limite supérieure des cas dits « urgents » ou « aigus ». Le caractère urgent de la consultation repose sur plusieurs caractéristiques médicales et judicaires.

D'un point de vue médical : la résorption d'éventuelles lésions physiques (ecchymose, griffure,…) ou gynécologiques (déchirure cutanée de l'hymen) se fait assez rapidement après les faits traumatiques (J. Mac Cann, 1994). De plus, la thérapie médicamenteuse préventive est d'autant plus efficace qu'elle est prescrite rapidement (Européan Aids Clinical Society Guidelines, 2007)

D'un point de vue judiciaire : la recherche des « preuves » du viol (et plus particulièrement la recherche de spermatozoïdes) doit également se faire le plus rapidement possible. Au-delà de 12 heures après les faits, la présence de spermatozoïdes est rarement retrouvée dans les

sécrétions vaginales de jeunes filles violées (Gomez-Schwartz, 1984 ; Jänisch, 2010) même si, dans certaines conditions, on peut en retrouver jusqu'à 7 à 10 jours après le rapport (Silverman, 1978). La durée de vie des spermatozoïdes est encore plus courte chez une jeune fille prépubère, en raison de l'absence de sécrétions cervicales (Paradise, 1990).

Dans près de 40% des situations hospitalières, les enfants ont été examinés dans les 72 heures qui suivent l'abus. C'est 2 fois plus que dans les situations adressées aux Equipes SOS. Les hôpitaux semblent accueillir plus souvent les « situations aiguës ». Néanmoins, des enfants récemment abusés (< 72 h.) s'adressent aussi aux Equipes SOS. Il serait important de s'interroger de l'adéquation de la prise en charge médicale (souvent complexe) au sein de ces équipes. Il faut également noter que, même dans les structures hospitalières, plus de la moitié des enfants se présentent plus de 3 jours après les faits. Comme mentionné ci-dessus, le délai entre les faits et la présentation à un service de soins est extrêmement importante tant au niveau médical qu'au niveau judiciaire. La prévention de certaines infections telles que l'infection par le VIH et l'hépatite B n'est efficace que si la chimioprophylaxie est donnée respectivement dans les 72 heures ou les 7 jours qui suivent l'acte potentiellement infectant (OMS- programme VIH/SIDA- Prophylaxie post-exposition pour pr-évenir l'infection à VIH). La prévention d'une grossesse par le levogenostrel (Norlevo) doit aussi avoir lieu au plus tard dans les 72 heures qui suivent le rapport sexuel non protégé (il existe actuellement une « pilule du lendemain », l'Ella-one, efficace dans les cinq jours qui suivent le rapport non protégé). De même, la recherche de preuves permettant de confondre l'agresseur grâce au SAS n'a de sens que s'il est réalisé dans les 72 heures qui suivent l'abus. Une meilleure information des parents et des grands enfants, de même qu'une meilleure formation des professionnels permettrait d'augmenter la rapidité et l'efficacité de certaines prises en charge.

Ce sont le plus souvent les parents qui amènent les enfants à l'hôpital ou au sein d'une Equipe SOS : dans 40% des cas pour les 2 structures. Par contre, près de 20% des enfants sont amenés aux urgences par la police pour seulement 6% dans les Equipes SOS. Ce constat montre à nouveau l'intérêt d'une unité médico-judiciaire auprès de laquelle l'enfant bénéficierait d'emblée d'une prise en charge globale.

Dans les ¾ des dossiers, les enfants pris en charge en milieu hospitalier ont été hospitalisés. Ici aussi le mode de sélection des patients joue certainement un rôle très important. Cinq hôpitaux qui ont rapporté 38 des 54 cas ont d'emblée précisé avoir rempli ces questionnaires

sur base des dossiers d'hospitalisation. Le mode de sélection des 16 autres situations décrites n'est pas connu. Le pourcentage d'hospitalisation est donc très probablement surestimé et ne reflète pas la réalité du terrain. L'hospitalisation peut être une mesure de protection de la victime lorsque l'abuseur est encore en contact avec elle ou une réponse à un traumatisme familial tel qu'il est raisonnable de garder l'enfant en hospitalisation. Dix enfants consultant initialement une équipe SOS Enfants ont été hospitalisés et ont bénéficié probablement d'une prise en charge médicale adaptée. Ces 10 enfants font partie des 16 enfants adressés à des équipes SOS dans les 72 h. qui suivent l'abus. On ne dispose pas d'informations concernant la prise en charge médicale des 6 autres enfants.

La suite de la discussion concerne uniquement le milieu hospitalier puisqu'elle porte sur la prise en charge médicale de ces enfants.
Dans la grande majorité des cas (83%), l'anamnèse est réalisée par le pédiatre. Dans un nombre limité de situations, c'est le pédopsychiatre (à 3 reprises) ou le psychologue (à 2 reprises) qui collecte la parole de l'enfant et de sa famille. Ce constat pose la question de la formation. Dans un domaine aussi sensible que celui de l'abus sur les mineurs, où l'on connaît l'importance des premières paroles et le risque de contamination du discours, il est essentiel que les intervenants de première ligne les plus fréquemment confrontés au problème (pédiatre et urgentiste) puissent bénéficier d'une formation spécifique sur la manière de bien conduire une anamnèse et d'écouter adéquatement ces enfants. De telles formations existent, les dispenser à tous les pédiatres ou à tous les urgentistes est probablement compliqué et inutile. En revanche, une centralisation des situations d'abus sexuels dans des structures spécialisées permettrait de regrouper les forces vives et de dispenser une formation pointue aux personnes qui y travaillent.

Il est également étonnant de constater que seuls 37 des 54 enfants abusés ont bénéficié d'un examen gynécologique. Un examen gynécologique n'apporte la preuve d'une allégation d'abus sexuel que dans un nombre limité de cas (nombre variant d'ailleurs beaucoup d'un auteur à l'autre) (Adams, 1994) mais sa réalisation systématique reste indispensable dans une bonne prise en charge des abus. En effet, il permet parfois d'objectiver des lésions nécessitant une prise en charge thérapeutique. Il permet aussi de mettre en évidence des signes de maladies sexuellement transmissibles (MST) (Girardet, 2009) qui, pour certaines d'entre-elles, sont très suggestives d'un abus sexuel et qui nécessitent des traitements spécifiques (Bechtel, 2010 ; Hammerschlagdes, 2010)

La grande variabilité d'anomalies trouvées lors de l'examen gynécologique en fonction des équipes est très probablement liée à la définition même de l'abus mais pas uniquement. Les signes non équivoques d'abus ne sont retrouvés que dans une faible proportion aussi bien chez les filles (de 2 à 18%) que chez les garçons (de 0 à 17%) (Paradise, 1990). Il est donc important que cet examen puisse être réalisé par un médecin expérimenté. L'anatomie de l'appareil génital, en particulier de la jeune fille pré-pubère, peut en effet montrer de nombreuses variantes de la normale et prêter à confusion si l'examen n'est pas réalisé par un expert (Heger, 2002 ; Pillai, 2008). L'interprétation de signes peu spécifiques tels que des rougeurs ou des sécrétions est par ailleurs souvent délicate et requiert la plus grande prudence. La question de l'examen gynécologique est donc délicate et on comprendra l'importance d'avoir au sein de chaque équipe hospitalière un praticien formé à ces prises en charge.

Les réponses aux questions concernant les photographies des éventuelles lésions corporelles et génitales sont difficilement interprétables en l'absence des résultats des investigations cliniques (que les chercheurs n'ont pas souhaités demander). A 1ère vue, le recours à la photographie reste très peu fréquent, il ne concerne que 3 enfants (à 2 reprises pour des lésions corporelles et à 1 reprise pour des lésions génitales). Il est évident qu'en l'absence de lésion corporelle ou gynécologique, aucune photo ne soit prise. Néanmoins le recours à la photographie semble sous-utilisé. Il devrait permettre dans certaines situations de demander l'avis d'un expert sans avoir à recourir à un nouvel examen clinique et gynécologique.

Moins de la moitié des enfants a bénéficié d'examens complémentaires, il s'agit principalement d'analyses sanguines (22 enfants sur 24). Des frottis vaginaux ont été réalisés à 14 reprises, ce qui semble peu quand on sait qu'un examen gynécologique a été réalisé chez 37 enfants et qu'il est assez logique de coupler l'examen gynécologique (lors d'une une forte présomption d'abus) à des frottis vaginaux. Les analyses d'urines sont très rarement réalisées. Même sans connaître le type d'abus subi par ces patients, ces analyses semblent sous-utilisées : toute jeune fille pubère qui a subi un viol avec pénétration vaginale devrait bénéficier d'un dosage d'HCG urinaire et d'une recherche de toxiques et d'alcool dans les urines devrait être systématiquement réalisée quand les circonstances de l'abus sont peu claires.

Douze enfants ont bénéficié d'un traitement, ils proviennent tous de 3 hôpitaux (dont les 2 ayant rencontrés le plus de cas). Les victimes prises en charge par les autres hôpitaux n'ont pas bénéficié de traitement. Sans connaître l'histoire clinique précise de ces patients, il est impossible de tirer de conclusions mais cette disparité géographique dans la prise en charge thérapeutique interpelle. Lors de l'administration d'un traitement, les chercheurs ont observé

une grande variété de médications. Il n'existe pas de véritable consensus dans la prise en charge thérapeutique d'un abus sexuel, mais des lignes de conduite existent néanmoins pour les adultes. En ce qui concerne les enfants, force est de constater que ces prises en charge sont moins codifiées. Les antiviraux sont peu prescrits (à 2 reprises). Le contexte ne le justifiait peut-être pas mais alors pourquoi prescrire à 7 reprises une antibiothérapie et à 4 reprises une pilule du lendemain.

Conclusions et perspectives :

Les abus sexuels d'enfants sont depuis plusieurs années une préoccupation du domaine médical et judiciaire. Avec le soutien du Fonds Houtman, ce projet avait pour objectif d'établir un état des lieux des différentes voies d'accès de ces jeunes victimes aux structures de soins.

Trois grands secteurs ont fait l'objet de cette enquête : les consultations des praticiens privés, le secteur hospitalier et les équipes SOS enfants. Ces 3 secteurs étaient considérés a priori comme les principaux acteurs de première ligne dans les situations d'abus. Il est important de souligner que, au vu des résultats, un quatrième acteur est apparu : les services de l'aide à la jeunesse qui n'ont pas été associés à l'enquête alors qu'ils sont très probablement confrontés en première ligne à des enfants abusés et à leur famille. Ces services ne réalisent pas de bilan médico-psycho-sociaux et réfèrent leurs patients vers d'autres structures. Beaucoup de leurs patients se retrouvent très probablement dans les hôpitaux ou au sein des équipes SOS. Néanmoins, le nombre exact de patients accueillis et référés par ces services d'aide à la jeunesse reste au terme de cette étude inconnu.

La plupart des médecins privés accueillent très peu des patients abusés : près de la moitié de ces médecins n'en ont jamais vus. Certains médecins qui ont été confrontés à ces situations ont fait part de leurs difficultés dans un domaine aussi complexe où s'entremêlent des données médicales, psycho-sociales et judiciaires. Ils regrettent de ne pas bénéficier d'une connaissance des services auxquels ils pourraient recourir, certains suggérant la réalisation de protocoles de travail voire la création de centre de référence dans le domaine.

Le nombre de patients accueillis au sein des services hospitaliers est très variable : certains hôpitaux n'en voient pas, d'autres semblent concentrer les situations.

Une difficulté commune à tous ces hôpitaux est le recensement des cas. De nombreuses voies d'entrée dans la structure hospitalière existent rendant ce dénombrement impossible. Les patients hospitalisés sont les plus faciles à répertorier et représentent la majorité de ceux dont les données ont été analysées.

Quarante pourcents des patients arrivent dans les 72 heures qui suivent l'abus sexuel et nécessitent, outre la prise en charge psychosociale, une prise en charge médicale urgente.
La plupart de ces prises en charge ne sont pas homogènes mais suivent une logique commune comme la présence d'une équipe multidisciplinaire, le rôle central du pédiatre, la prévention des infections sexuellement transmissibles et la prévention d'une grossesse.

Les Equipes SOS, grâce à leurs programmes statistiques, parviennent à répertorier facilement les patients abusés sexuellement. Elles prennent en charge beaucoup d'enfants. Dans la majorité des cas, il s'agit d'abus remontant à plus de 72 heures. Néanmoins dans 20% des cas décrits, l'abus remonte à moins de 72 heures et nécessite une prise en charge médicale complexe. Se pose ici la question de la collaboration avec le secteur médical, question facilement résolue pour les Equipes SOS intra-hospitalières mais probablement plus difficile à résoudre pour certaines équipes extrahospitalières.

Cette étude a aussi montré les rapports étroits qui existent entre les services hospitaliers et les Equipes SOS, et les services de l'aide à la jeunesse : un tiers des patients accueillis en milieu hospitalier et au sein des Equipes SOS sont envoyés par ces services d'aide à la jeunesse ; réciproquement, un tiers des patients pris en charge par l'hôpital ou une Equipe SOS sont envoyés (renvoyés ?) vers ces services. Là aussi, la question de la relation et de l'articulation entre ces services mériterait d'être analysée.

Cette étude et les contacts téléphoniques entre les chercheurs et les répondants ont permis de mettre en évidence l'intérêt des différents acteurs médicaux-psycho-sociaux pour le sujet. L'absence d'un outil permettant d'apprécier le nombre réel d'abus sexuels sur mineurs est clairement apparue. Le nombre et le type de prises en charge de ces enfants varient fortement en fonction de la personne et de la structure qui l'accueillent (médecin privé, structure hospitalière ou Equipe SOS). Même au cœur d'une même structure, les prises en charge ne semblent pas toujours homogènes. Cette diversité des pratiques ne permet pas une prise en charge optimale des patients abusés, en particulier dans les situations aiguës. Ces situations nécessitent une mobilisation rapide et une coordination de toute une série d'intervenants venant de champs différents (médical, psychosocial et parfois judiciaire).
Chaque victime devrait pouvoir bénéficier d'une prise en charge médicale et psychosociale complète adaptée à sa situation et à son âge, en un seul lieu et un seul temps. Cette prise en charge devrait également permettre, dans certaines situations, la récolte des preuves de l'abus

afin de pouvoir initier une procédure qui aboutira à la vérité judiciaire, tellement importante pour la victime. Cette prise en charge devrait être identique partout en Communauté française, quelle que soit la structure accueillante.

Une prise en charge centralisée et globale tenant compte à la fois des besoins médico-psycho-sociaux de l'enfant et de sa famille ainsi que des nécessités de l'enquête judiciaire semble primordiale. Des unités de ce genre existent dans beaucoup de pays (les Unités Médico-Judiciaires en France, le centre d'expertise Marie Vincent au Québec,…). Elles permettent à tous les professionnels (magistrats, pédiatres, policiers, psychologues…) de s'engager au service de l'enfant abusé dans un lieu unique pour une prise en charge globale.

Dans un premier temps, les chercheurs encouragent les intervenants, tant dans le domaine hospitalier qu'au sein des équipes SOS Enfants, à créer des équipes multidisciplinaires complémentaires et des circuits de collaboration sur base d'un protocole homogène, uniforme, applicable en Communauté française. Le secteur privé pourrait, si ces synergies sont clairement définies, y envoyer ses jeunes patients pour qu'ils puissent eux aussi bénéficier d'une prise en charge globale. Une meilleure communication entre les différents intervenants médicaux et psychosociaux est évidemment indispensable, ainsi qu'une collaboration claire et précise entre ces intervenants et le monde judiciaire, au bénéfice de la victime et de sa famille, pour les aider à se reconstruire après un tel traumatisme.

Les chercheurs espèrent qu'à terme, en Belgique comme dans les pays voisins, se développent des structures, permettant à l'enfant victime d'accéder à une prise en charge médicale et psycho-sociale globale et, en un seul lieu, à même de lui apporter à lui et à sa famille l'ensemble des éléments nécessaires à une procédure judicaire. L'organisation de telles structures nécessiterait très probablement une longue réflexion entre les acteurs médicaux, psycho-sociaux et judiciaires mais aboutirait à une meilleure prise en charge de ces jeunes victimes.

* *

*

Bibliographie :

1. Tardieu A : Etude médico-légale sur les sévices. Ann. Hyg. Pub. Med. Leg. 1860, 13 : 361-393
2. Kempe R: Approach to preventing child abuse- the health resistor concept. Am. J. Dis. Child 1976,130: 941-947
3. Gosset. Maltraitance à enfants – Editions Masson- 2ème édition, 1997
4. Peters S. D., Wyatt G. E., Finkelhor D : Prevalence. Dans D. Finkelhor (Ed.), A sourcebook on child sexual abuse (p.15-59) 1986. Beverley Hills : Sage
5. Fricker A, Smith D, Davis J, Hanson R: effects of context and question type on endorsement of childhood sexual abuse. J. of Traumatic Stress, 2003,16:265-268
6. Smiljanich K, Biere, J: Self-reported sexual interest in children : Sex differences and psycholosocial correlates in a ~~unerversity~~university sample. Violence and victims, 11:39-50,
7. Stevenson MR, Gajarsky WM : Unwanted childhood sexual experiences relate to later revictimization and male perpetration. Journal of Psychology & Human Sexuality, 1996, 4 : 57-70, 1992
8. Van Reterghem C : Travail de fin d'études de médecine : prise en charge de l'abus sexuel chez l'enfant aux urgences, 2011
9. Mc Cann J, Voris J, Simon M Genital injuries resulting from sexual abuse : a longtudinal study. Pediatrics, 1992, 89: 307-317
10. European Aids Clinical Society Guidelines, 2007, p.12-13
11. Gomes-Schwartz B, Horowitz J, Sauzier M : The aftermath of sexual abuse : 18-mounth follow-up. In Tufts New England Medical Center. Washington DC, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, U.S. Department of Justice, 1984
12. Jänisch S, Meyer H, Germerott T and al: Analysis of clinical forensic examination reports on sexually abused children. Arch. Kriminol., 2010, 225 : 18-27
13. Silverman EM, Silverman AG : Persistence of spermatozoa in the lower genital tract of women. JAMA, 1978, 240 : 1875-1877
14. Paradise JE: The Medical Evaluation of the Sexually Abused Child. In Child Abuse. The Pediatric Clinics of N.A., Aug. 1990
15. OMS- programme VIH/SIDA- Prophylaxie post-exposition pour prévenir l'infection à VIH, 2007, p.48-55

16. Adams J.A., Harper K., Knudson S., Revilla J. : Examination findings in legally confirmed child sexual abuse : it's normal to be normal. Pediatrics, 1994, 94 : 310-317

17. Girardet RG, Lahoty S., Howard LA and al : Epidemiology of sexually transmitted infections in suspected child victims of sexual assault. Pediatrics 2009, 124 : 79-86

18. Bechtel K : Sexual abuse and sexually transmitted infections in children and adolescents. Curr Opin Pediatr, 2010, 22 : 94-99

19. Hammerschlag MR, Guillen CD : Medical and legal implications of testing for sexually transmitted infections in children. Clin Microbiol Rev, 2010, 23 : 493-506

20. Heger AH, Ticson L, Guerra L and al : Appearance of the genitalia in girls selected for nonabuse : review of hymenal morphology and nonspecific findings. J Pediatr Adolesc Gynecol, 2002, 15 : 27-35

21. Pillai M : Genital findings in prepubertal girls : what can be concluded from an examination ? J Pediatr Adolesc Gynecol, 2008, 21 : 177-185

.

Annexes

Annexe 1 Questionnaire adressé au secteur de la médecine privée

Annexe 2 Questionnaire adressé aux structures hospitalières

Annexe 3 Questionnaire adressé aux équipes SOS Enfants

Abréviations

- ADN : Acide déoxyribonucléique
- AJ : Aide à la Jeunesse
- CHU : Centre Hospitalo Universitaire
- CHR : Centre Hospitalo Régional
- HCG : Human Chorionic Gonadotropin (hormone chorionique gonadotrope)
- VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine
- INAMI: Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
- INCC : Institut National de Criminalistique et de Criminologie
- OMS : Organisation mondiale de la Santé
- ONE : Office de la Naissance et de l'Enfance
- PMS : (centre) Psycho Médico Social
- SAJ : Service de l'Aide à la Jeunesse
- SAS : Set d'Agression Sexuelle
- SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise
- SPJ : Service de Protection Judiciaire
- SVA : Statement Validity Analysis
- UA : Universiteit Antwerpen
- UCL : Université Catholique de Louvain
- ULB : Université Libre de Bruxelles
- ULg : Université de Liège
- UMJ : Unité Médico Judiciaire

Enquête de population

Vous avez été sélectionné au hasard, comme d'autres médecins généralistes, gynécologues et pédiatres, en de participer à une enquête de population. Ce questionnaire vous est adressé car nous souhaitons connaître expérience personnelle et votre pratique dans la prise en charge médicale des enfants victimes d'agression sexuelle en Communauté française de Belgique. Le nombre de cas que vous avez rencontrés, la façon dont victimes ont été orientées, sont notamment les aspects que nous espérons pouvoir étudier grâce à votre aid participation.

En quoi votre participation à cette enquête est elle importante ?

En complétant ce questionnaire, vous saisissez l'opportunité d'aider notre équipe à élaborer un prot uniforme applicable par chacun d'entre nous dans le domaine de la prise en charge médicale des abus se Cette étude est soutenue par le Fonds Houtman (ONE), contrôlée par la Commission d'Ethique Me facultaire de l'Université Catholique de Louvain (n° Enregistrement Belge B40320084000).

Qu'advient-il de ce questionnaire ?

Après avoir complété ce questionnaire, glissez-le dans l'enveloppe affranchie ci-jointe. Le questionnair traité de manière entièrement anonyme.
Au nom de l'équipe, nous vous remercions pour votre collaboration.

Informations personnelles :

Age : ..... Sexe : .....
Province d'inscription à l'Ordre : .....
Année du diplôme :
Spécialisation (cochez la case correspondante) :

☐ Généraliste ☐ Pédiatre ☐ Gynécologue ☐ Autre (préciser) :

Activité professionnelle

Cette question porte sur les conditions dans lesquelles vous exercez la médecine. Veuillez indiquer :

1. la répartition en pourcentage de votre activité sur les différents sites
2. le ou les codes postaux des villes ou communes où s'exercent ces activités.

%		Code(s) postal(aux)
	Cabinet médical privé seul(e)	
	Cabinet médical privé en association avec d'autres médecins	
	Maison médicale	
	Planning familial	
	Médecine scolaire	
	Hôpital	
	Autre (préciser) :.....	
100%		

Nombre de cas :

- Pouvez-vous estimer le nombre de cas d'abus sexuels sur enfant que vous avez rencontrés depuis le début de l'exercice de votre pratique médicale (hors secteur hospitalier) ? .....
- Combien de cas de suspicion d'abus sexuels ou d'abus sexuels avérés sur enfant avez-vous rencontré au cours de ces deux dernières années 2006 -2007 (hors secteur hospitalier) ? .....

Attitude et démarche

Quelle a été votre (vos) démarche(s) lors du dernier cas rencontré de suspicion d'un abus sexuel ou d'un abus sexuel avéré ? (plusieurs choix possibles)

☐ Vous avez géré seul(e) la situation

☐ Vous avez orienté votre patient vers un centre spécialisé, si oui lequel :

❍ vers un hôpital ❍ vers une équipe SOS-Enfants ❍ vers la police ou le parquet

❍ vers un service de protection judiciaire (SPJ)

☐ Vous avez orienté votre patient chez un confrère privé (si oui quelle était sa spécialité)

☐ Autre (précisez) : .....

Si vous avez été confronté à plusieurs situations d'abus sexuel, votre démarche a-t-elle évolué au cours du temps ?

❍ Oui ❍ Non

Si oui, en quoi a-t-elle évolué?

……
……
……
……
……
……
……
……
……

Avez-vous eu connaissance du suivi médical de ces cas ? ❍ Oui ❍ Non

Avez-vous eu connaissance du suivi judiciaire de ces cas ? ❍ Oui ❍ Non

Vous remerciant d'avoir bien voulu consacrer du temps à cette étude.
Pour l'équipe de recherche,

Docteurs Parent Muriel, Rebuffat Élisabeth, Kroll Marie, Retz Christa

PRISE EN CHARGE EN STRUCTURE HOSPITALIERE DES ENFANTS (0-16 ANS) SUPPOSES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

Renseignements généraux

1. Votre hôpital a :
   - ☐ Un service d'urgence
   - ☐ Un service de pédiatrie
   - ☐ Un service de gynécologie

2. Nombre de lits de votre hôpital : ..... lits

3. Province : .....

4. Quelle est la spécialisation du médecin superviseur des cas d'enfant victime d'agression sexuelle :
   - ☐ urgentiste
   - ☐ pédiatre
   - ☐ gynécologue
   - ☐ autre (précisez : .....)

5. L'enfant victime d'agression sexuelle est-il pris en charge par une équipe multidisciplinaire ?
   - ☐ oui
   - ☐ non

   5.1. Si oui, quelle est la spécialisation des différents membres de l'équipe :

   .....

   .....

   .....

   .....

PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (0-16 ANS) SUPPOSES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE dans les équipes SOS

Renseignements généraux

1. Région : .....
2. Êtes-vous :
   - ☐ intra hospitalier
   - ☐ extra hospitalier
3. Si vous êtes extra hospitalier, travaillez vous avez un hôpital de référence
   - ☐ oui
   - ☐ non
4. Combien de personnes regroupe votre structure en équivalent temps plein ?
   Nombre d'équivalent temps plein : ..... ETP
5. Quelles sont leurs spécialisations ?

   .....

   .....

   .....

   .....
6. Votre équipe offre :
   - ☐ un service accessible 24h/24
   - ☐ tous les jours en dehors des weekends, des nuits et des jours fériés
   - ☐ autre

     préciser : .....

     .....