

Quelles sont les bases fondamentales de l'évaluation clinique des mineurs auteurs de violences sexuelles ?

Qu'est-il pertinent d'évaluer ?

Martine Balençon ¹

Pédiatre -médecin légiste

Expert près la Cour d'Appel de Caen

Professeur associé de pédiatrie

UAPED/ EPRRED - CHU Caen Normandie, Avenue de la Côte de Nacre 14000 Caen

UMJ Hôtel Dieu- APHP 1 place du Parvis Notre Dame, 75004 Paris

Université Caen Normandie, Avenue des Rochambelles 14000 Caen

1

Déclarations d'intérêt : Aucune

Résumé :

L'évaluation en santé des mineurs mis en cause dans des faits de nature sexuelle fait partie intégrante de l'évaluation globale de leur situation. Elle doit être réalisée avec la même rigueur que pour les mineurs victimes de ces violences.

¹ **Note pour le lecteur :** Le terme mineur, figurant dans ce texte au masculin, est utilisé pour désigner les mineurs garçons et filles. Les garçons sont, dans notre expérience, beaucoup plus fréquemment mis en cause dans des situations de violences sexuelles. Les filles ne sont toutefois pas exclues de cette problématique.

Cette démarche clinique et éthique s'impose à notre sens comme étant un des axes forts d'une évaluation plus large de la situation. La minorité confère une vulnérabilité aux auteurs qui impose un traitement spécifique.

L'évaluation du mineur et de son entourage permet d'intégrer la possibilité de violences ou de négligences antérieures subies. L'approche par un examen clinique global (évaluation de la santé somatique, psychique, sociale) au cours duquel le mineur peut refuser à tout moment d'être examiné ou de répondre à certaine question réintroduit le mineur dans le champ de l'humanité, du dialogue, du prendre soin et de l'échange.

Bien qu'auteurs présumés d'une infraction, les enfants et les adolescents mis en cause doivent être sujet de ces démarches et non objet d'une procédure judiciaire les concernant.

Sans minimiser les faits qui peuvent leur être reprochés, l'enjeu est que cette évaluation s'intègre dans une trajectoire de vie dans laquelle les violences commises font partie intégrante de l'histoire de ces mineurs mais n'en représentent qu'une partie. Cet acte d'évaluation permet que l'enfant ou l'adolescent mis en cause puisse être pris en compte au-delà des actes qui lui sont reprochés.

L'évaluation et l'accompagnement de l'entourage proche du mineur seront pensés et effectués dans le même temps afin d'éviter que la représentation négative de l'infraction suspectée agisse comme un déterminisme de l'écosystème dans lequel il évolue.

Au-delà de l'évaluation au sens strict d'un état de santé, quel qu'en soit le cadre (demande médicale ou demande judiciaire), ces consultations constituent une opportunité d'une action préventive sur la commission de faits ultérieurs et d'une éducation à la santé et à la vie affective et sexuelle.

1. INTRODUCTION

Les mineurs auteurs de violences sexuelles sont fréquemment rencontrés dans la pratique pédiatrique quotidienne.

Leur approche est difficile, tant les violences sexuelles paraissent impensables pour l'enfant ou l'adolescent qui les subit. Dans cette représentation, l'auteur est gommé et prend parfois une apparence monstrueuse et durable.

La dynamique clinique autour de ces rencontres suppose une levée de la sidération engendrée par ces situations inconcevables et impensables. Elles mettent au défi les professionnels du soin dans la faculté de repérage de ces situations, d'évaluation de la place de l'enfant ou de l'adolescent et d'une nécessaire inscription dans une évolution future.

Plus que dans les autres situations pédiatriques, les professionnels en santé peuvent être aspirés par des représentations négatives et immuables qui pourraient s'éloigner de la réalité de ces enfants.

Il convient d'entendre cette dynamique complexe et de l'accompagner sans la stigmatiser ou la contraindre.

2. DE QUELS ENFANTS PARLE-T-ON ?

2.1. Particularités des représentations des violences sexuelles commises par les très jeunes enfants :

Dans les demandes de consultation ou d'avis spécialisés, même dans les situations judiciairisées, il est fréquent de recevoir des demandes pour des enfants très jeunes en particulier des garçons.

Dès que l'enfant a acquis une faculté d'exploration, il peut être perçu comme un enfant auteur dès lors qu'il manifeste des gestes exploratoires des parties génitales de son entourage ou présente des comportements masturbatoires.

La perception des adultes entourant ces enfants nous interroge régulièrement. Il nous est arrivé de connaître des postures rigides ou excessives de parents particulièrement inquiétés par le comportement d'un enfant. Les représentations de l'avenir pour les enfants rencontrés sont parfois décrites par leur entourage comme étant très noires : « cet enfant deviendra délinquant sexuel.. il agressera et violera des gens... il sera comme un tel ou une telle ». Ces enfants sont parfois identifiés à des criminels connus. Il est essentiel dans ce contexte d'interroger leur vécu, leur connaissance du développement psychosexuel de l'enfant et leurs propres représentations.

En effet, il est assez fréquent de retrouver la notion de violences sexuelles dans la parenté ou la famille proche. Ce climat conduit parfois à une surinterprétation de signes frustrés ou de comportements

normaux d'enfants même très petits et à une judiciarisation. Elle peut entacher à notre sens l'évolution de l'enfant tant les comportements sont surinterprétés. Elle vient enfermer également l'enfant dans un déterminisme qui pourra le pousser à commettre ce qu'on attend ainsi de lui.

2.2. Les demandes d'avis pour des mineurs auteurs se partagent ensuite en 2 catégories : les enfants prépubères ou grands enfants et les adolescents et adolescentes, une fois la puberté effective.

Il est plus fréquent de voir dans les consultations tout venant des enfants prépubères pour lesquels les agissements ont interrogés l'entourage (famille, assistant ou assistante familial.e, école, foyer...). Les enfants prépubères sont de plus en plus souvent, dans notre expérience, vus en qualité de mis en cause dans le cadre de procédure judiciarisée.

Les adolescents après la puberté, quant à eux, sont plus fréquemment rencontrés lors d'examens dans le cadre de privation de liberté. Le cadre de ces demandes est abordé à la fin de ce texte.

Nous soulignons une **nécessaire approche en santé globale quel que soit le demandeur et le contexte de réalisation de cet examen médical.**

2.3. Les enfants en situation de handicap bénéficieront de soins adaptés à leur vulnérabilité et à leur faculté de communication. Il existe parfois un écart important entre le développement psychosexuel et psychomoteur et l'âge chronologique de l'enfant. Un échange préalable avec l'entourage et les professionnels qui suivent ces enfants est incontournable pour adapter l'évaluation médicale et les soins à leur vulnérabilité.

2.4. Une attention particulière doit toujours être portée dans l'accompagnement de l'entourage des enfants et les adolescents ou adolescentes auteurs de violences sexuelles (famille, éducateurs, assistant.e familial.e...). L'évaluation ne saurait être limitée à la seule consultation du mineur, ses actes et une éventuelle dangerosité. Il paraît indispensable de prendre un temps pour répondre aux questions habituellement posées : la gestion de l'entourage et du regard de celui-ci, que dire et à qui, que faire s'il existe des doutes quant à la réitération de faits, l'impossibilité d'aborder un mineur autrement que par l'infraction de nature sexuelle suspectée ...

3. LES BASES FONDAMENTALES DE L'EVALUATION

Quelle que soit la gravité des faits rapportés ou reprochés à un auteur mineur, il paraît indispensable de considérer avant tout celui-ci comme un enfant et un adolescent et de répondre à ses besoins en santé au sens de la définition de l'OMS.

3.1. Primum non nocere : les enfants et adolescents sont des individus en devenir. Il est essentiel que l'évaluation réalisée puisse se construire sur cette réalité. Il serait destructeur de laisser penser, dans le cadre de l'évaluation clinique, que la situation est figée et que l'enfant ou l'adolescent est représenté uniquement par les actes de nature sexuelle ou les infractions qu'il aurait commis. Ce point est central tant pour l'enfant et l'adolescent.e que pour son entourage ou ses accompagnants. C'est un point qu'il nous paraît important de verbaliser pour le jeune et pour ses accompagnants.

Si toutefois, le praticien sollicité se sent limité dans cette approche ou en difficulté, il sera important de pouvoir passer la main à un de ses collègues ou à une équipe aguerrie à ce type de situation. Pour se faire, les unités d'accueil pédiatriques enfants en danger (UAPED) peuvent être ressources sur les territoires (1). En effet, les mineurs auteurs doivent être évalués dans un premier temps comme des mineurs possiblement en danger. Il existe, dans ces situations, une présomption de nécessité de soins et de protection pour ces enfants et ces adolescent.e.s. Ce point peut poser problème quand l'équipe est réduite. Il paraît impératif que le praticien ayant évalué la victime évite d'évaluer l'enfant ou l'adolescent.e mis.e en cause.

L'avantage des UAPED est la possibilité de consultation en binôme. La mise en mots, l'évaluation conjointe et la remédiation paraissent très importantes dans le contexte de violence où le silence est imposé et l'isolement de mise.

3.2. Le cadre

L'évaluation sera donc réalisée dans un cadre bienveillant. Même si le premier mouvement pour le.s professionnel.s est celui d'un jugement négatif du mineur rencontré au travers des actes possiblement commis par celui-ci, il sera important pour les acteurs du soin de l'identifier et de l'accepter. Dans la pleine conscience de ce mouvement et faisant ainsi le deuil de l'impartialité, le.s professionnel.le.s pourra.ont se mettre au travail aux côtés du mineurs dans un cadre où le jugement personnel ou collectif, bien identifié pourra alors être mis à distance.

Hors les situations de garde à vue, il est recommandé que le mineur mis en cause soit vu dans un environnement adapté (pédiatrie, maison des adolescents...).

Dans l'idéal, l'enfant et le.s parent.s seront vus séparément dans 2 temps distincts. Toutefois, un temps d'échange, d'informations puis de restitution seront organisés au début puis à la fin de cette consultation.

Il conviendra d'être très clair avec le mineur sur ce qui peut être gardé sous le sceau du secret et de la confidentialité (consommation diverses, vie sexuelle...) et ce qui doit être partagé au regard d'une

possible situation de danger (révélation de faits de maltraitance, constatation d'un risque suicidaire ...).

Comme pour toutes les situations pédiatriques, **la consultation du carnet de santé est primordiale.**

Ce document permet d'inscrire le mineur dans une trajectoire de vie, symbolisée notamment par la courbe de croissance.

Il est possible à partir des éléments recueillis dans le carnet de santé d'évaluer les conditions de naissance, les changements de lieu de vie, la qualité du suivi, les problèmes de santé, le suivi par les services de santé scolaire, les recommandations antérieures, les vaccinations ...

3.3. L'entretien

Le temps d'échange et d'évaluation n'est pas un temps d'enquête pour les soignants. Il convient d'éviter les entretiens directifs et intrusifs. Il paraît souhaitable d'appréhender ces échanges comme les entretiens avec les mineurs victimes : « dis-moi tout sur ... raconte-moi tout sur ... ».

Il sera possible d'évoquer au cours de l'entretien, les faits qui ont été portés à la connaissance des praticiens par l'entourage en indiquant les sources de façon claire et transparente.

6

Il paraît parfois difficile, même chez les professionnels aguerris de trouver la juste proximité de la consultation.

C'est la raison pour laquelle un entretien avec 2 professionnels, médecin et professionnel.le en santé, permet de faire circuler la parole autour des propos tenus par le mineur.

Lors de l'entretien, la vie quotidienne du mineur sera évoquée.

La santé sera évaluée au sens de la définition de l'OMS.

Les éléments suivants seront évoqués :

- Place dans la fratrie et dans le génogramme familial
- Violences familiales et conjugales subies
- Lieu de vie (famille, foyer, tiers....)
- Situation familiale (séparation, lieux de vie ...)
- Cadre et limites éducatives dans chacun des lieux de vie
- État général
- Scolarité

- Activité extra-scolaire
- Sommeil
- Appétit
- Pensée envahissante
- Humeur
- Idées noires
- Développement psychosexuel évalué par rapport à l'âge (2, 3, 4)
- Développement psychomoteur évalué par rapport à l'âge
- Compétences psychosociales et liens aux pairs
- Régulation des émotions
- Consultation des écrans, exposition à la pornographie, exposition à la sexualité des adultes
- Vie sexuelle antérieure active
- Autres violences agies et actes délictuels commis physiquement et aussi via les réseaux sociaux : revenge porn, dick pics...

En raison des liens entre violences subies et violences agies, une place particulière sera faite à la possibilité de maltraitements antérieurs subies de toute nature (5).

7

La réponse aux besoins fondamentaux des mineurs sera évaluée. Cette démarche permet de se centrer sur le mineur et de débusquer les situations de négligences qui sont souvent, dans notre expérience, sous-évaluées. Cette évaluation de la réponse aux besoins permet de faire un pas de côté par rapport à la justice pénale, toujours présente dans les rencontres de mineurs mis en cause dans des situations de violences sexuelles et qui fait souvent écran, dans notre expérience, à la protection de l'enfance.

3.4. L'examen clinique

Un examen clinique pédiatrique sera proposé au mineur

Celui-ci se fera pas à pas.

Le consentement à cet examen physique sera recueilli auprès du mineur. Il lui sera indiqué que ce consentement pourra être retiré à tout moment.

La gestion du refus de la consultation est un point très important qui permet d'évoquer la question du respect du corps et des limites corporelles.

En cas de refus, cet examen pédiatrique et cette évaluation seront utilement reprogrammés. Il sera repris avec le mineur, l'intérêt d'une évaluation, d'une prise en compte de la santé et des soins corporels.

Dans le cas où l'examen physique est possible. Le mineur sera pesé et mesuré. Les courbes de croissance seront reconstituées et l'index de masse corporelle calculé.

Un examen pédiatrique global sera effectué. Une attention particulière sera portée sur l'examen cutané et la découverte de lésions d'allure traumatique auto ou hétéro infligées.

L'examen buccodentaire sera effectué avec attention. Il s'agit d'un bon marqueur de santé globale ; le mauvais état buccodentaire étant étroitement lié aux situations de négligence.

Le stade pubertaire sera évalué.

Sauf plainte fonctionnelle particulière, aucun examen périnéal n'est indiqué. Il sera d'ailleurs spécifié que celui-ci ne sera pas réalisé en raison de l'absence d'intérêt diagnostique et que, dans tous les cas, il ne peut être réalisé qu'avec le consentement express du mineur.

4. ÉVALUATION EN CONTEXTE DE JUDICIARISATION

Les adolescents auteurs et les enfants plus jeunes sont aussi rencontrés au travers de la procédure judiciaire dans le cadre d'audition en qualité de mis en cause, de rétention ou de la garde à vue.

L'examen médical est réalisé dans ce contexte de privation de liberté.

L'état de santé des mineurs dans ces situations de privation de liberté est dégradée par rapport à une population de référence du même âge (6).

Les conditions d'accueil du mineur dans les contextes de rétention ou de garde à vue sont un placement dans une cellule, individuelle ou collective, réservée aux mineurs et séparée des cellules réservées aux majeurs.

Les examens médicaux seront faits dans un local adapté dans lequel la confidentialité est assurée.

4.1. Le cadre juridique des examens médicaux varie selon l'âge du mineur.

Mineurs de moins de 13 ans :

Le mineur de 10 à 13 ans ne peut pas être placé en garde à vue. Il peut toutefois rendre des comptes devant la justice s'il a acquis la faculté de discernement, c'est-à-dire s'il est capable de comprendre les conséquences de ses actes. Dans ce cadre, le mineur peut faire l'objet d'une retenue. La retenue doit être limitée au temps nécessaire à l'interrogatoire du mineur et à sa présentation devant le magistrat chargé de l'enquête. La retenue ne peut être supérieure à 12 heures et peut être prolongée de façon exceptionnelle pour une nouvelle durée de 12 heures. L'examen médical est obligatoire dès le début de la retenue et dès le début de l'éventuelle prolongation (soit dès la 13^{ème} heure).

Le mineur de moins de 10 ans ne peut être ni placé en garde à vue ni retenu mais peut être auditionné en qualité de mis en cause.

Mineurs de 13 à 16 ans :

Le mineur âgé de 13 à 16 ans peut être placé en garde à vue, mais des aménagements sont prévus par rapport au régime des majeurs.

Les mineurs de 13 à 16 ans doivent bénéficier d'un examen médical obligatoire par tranche de 24 heures. Pour se faire, dès le début de la garde à vue d'un mineur de moins 16 ans, l'autorité judiciaire doit désigner un médecin qui examinera le mineur. Les mineurs de 13 à 16 ans doivent bénéficier d'un examen médical obligatoire par tranche de 24 heures.

Mineurs de 16 à 18 ans :

Lorsqu'un mineur de 16 à 18 ans est suspect d'avoir commis une infraction, le placement en garde à vue est régi par les mêmes règles que celles applicables aux majeurs dans ce cadre (article 4, alinéa 15 de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945). Cette situation ouvre droit à un examen médical. L'examen médical peut toutefois être ordonné par le magistrat compétent ou l'OPJ. L'examen médical du mineur de 16 à 18 ans placé en garde à vue peut également être sollicité par une personne exerçant l'autorité parentale ou par l'avocat du mineur.

4.2. Objectifs de l'examen médical réalisé dans un contexte judiciaire :

L'examen médical est réalisé dans le cadre d'une réquisition par l'autorité judiciaire.

La réquisition est une mesure contraignante prise par l'autorité judiciaire pour exiger la réalisation d'un examen médical dans le contexte de la privation de liberté.

L'objectif est de se prononcer sur la compatibilité de l'état de santé du mineur avec son maintien en garde à vue dans les locaux où se déroule la mesure. Il s'agit d'une évaluation de la santé physique et psychique. Depuis l'entrée en vigueur de la Loi no 2011-392 du 14 avril 2011 relative à la garde à vue, le médecin doit également **procéder « à toutes constatations utiles »**. Il doit ainsi dépister et prévenir toute violence pendant la période de garde à vue.

Outre ces objectifs, cet examen pourrait être envisagé comme l'occasion d'une remise en lien direct avec les services de protection de l'enfance, permettant ainsi de réintégrer le mineur comme sujet de soins malgré le contexte d'infraction commise suspectée.

Il s'agirait de clarifier la notion de partage d'information à caractère secret pour servir l'intérêt supérieur du mineur dans ce contexte précis. En effet, dans le cas du mineur mis en cause rencontré dans le cadre d'une situation de privation de liberté, il existe une opposition pratique et ressentie entre le partage d'informations à caractère secret dans l'intérêt de l'évaluation d'une situation de mineur en danger (Article L226-2-2 - Code de l'action sociale et des familles) et le secret lié à l'enquête judiciaire (Article 11 du Code de procédure pénale).

Dans cette situation de privation de liberté, on retient que les dispositions de l'enquête pénale font souvent écran à la protection de l'enfance, les soins et leur continuité dans l'intérêt supérieur du mineur.

Dans une grande majorité des situations, les examens des mineurs mis en cause sont adressés par l'autorité judiciaire aux services de médecine légale. C'est le médecin légiste qui répondra à cette demande.

Le rapprochement des services de médecine légale et des services de pédiatrie par la constitution des UAPED permet une montée en compétence de l'ensemble des praticiens sur les spécialités qui ne sont pas leur formation initiale. La mise en commun des savoirs au sein des UAPED pourra certainement améliorer les pratiques autour des mineurs auteurs en permettant de les considérer aussi du point de vue de leur existence, en dehors des infractions commises suspectées.

En outre, il pourrait être proposé de voir préciser par voie réglementaire, les objectifs de cet examen médical et de préciser les liens, dans l'intérêt du mineur, entre les services d'enquête, les services de protection de l'enfance en particulier de l'ASE et les médecins réalisant ces examens sur réquisition.

5. CONCLUSION

L'évaluation en santé des mineurs mis en cause dans des faits de nature sexuelle est essentielle. Elle doit être réalisée avec la même rigueur que pour les mineurs victimes de violences.

L'approche par un examen clinique global (évaluation de la santé somatique, psychique, sociale) au cours duquel le mineur peut refuser à tout moment d'être examiné ou de répondre à certaine question réintroduit le mineur dans le champ de l'humanité, du dialogue et de l'échange.

Cette démarche évaluative doit s'inscrire dans une démarche de soin et de prendre soin pour faire sens pour le mineur.

Bien qu'auteur présumé d'une infraction, les enfants et les adolescents mis en cause doivent être sujet de ces démarches et non objet d'une procédure judiciaire les concernant.

Sans minimiser les faits qui peuvent leur être reprochés, l'enjeu est que cette évaluation s'intègre dans une trajectoire de vie dans laquelle les violences commises font partie intégrante de l'histoire de ces mineurs mais n'en représentent qu'une partie. Cet acte d'évaluation permet que l'enfant ou l'adolescent mis en cause puisse être pris en compte au-delà des actes qui lui sont reprochés. Cela permet de rendre de nouveau visible l'enfant derrière l'auteur et donc de faire émerger sa possibilité de reprise d'un développement dans une dynamique positive de réappropriation de son devenir

Cette approche globale a pour enjeu une réappropriation de la santé par le mineur et par son entourage.

L'évaluation et l'accompagnement de l'entourage proche du mineur seront pensés et effectués dans le même temps afin d'éviter que la représentation négative de l'infraction suspectée agisse comme un déterminisme de l'écosystème dans lequel il évolue.

Au-delà de l'évaluation en santé (OMS 1947) des mineurs mis en cause, quel qu'en soit le cadre (demande médicale ou demande judiciaire), ces consultations devraient être aussi considérées comme une opportunité d'une action préventive sur la commission de faits ultérieurs et d'une éducation à la santé et à la vie affective et sexuelle.

Références :

- 1- Instruction N°DGOS/R4/R3/R2/2021/220 du 3 novembre 2021 relative à la structuration de parcours de soins pour les enfants victimes de violences.
https://www.sfpediatrie.com/files/medias/documents/2021_220_0.pdf
- 2- <https://marie-vincent.org/articles-prevention/les-comportements-sexuels/>
- 3- <https://www.chu-montpellier.fr/fileadmin/medias/Actualites/guidelines-CSP-criavs.pdf>
- 4- Martine Hébert, Mylène Fernet et Martin Blais (2017). Le développement psychosexuel et psychosocial de l'enfant et de l'adolescent. Editions De Boeck. Louvain la neuve.
- 5- Balençon M. Violences subies, violences agies : la place de l'expression somatique du repérage à l'expertise. Encephale, Volume 48, Supplement 1, September 2022, Pages S14-S18.
- 6- Poullaouec C, Vabres N, Ayou C, Fleury J, Gras-le Guen C, Clément R, Lemesle M. Mineurs en garde à vue: caractéristiques sociodémographiques, auto-évaluation de la santé et identification de facteurs de vulnérabilité [Minors in a French custody center: Sociodemographic characteristics, global health and vulnerability factors]. Encephale. 2022 Sep;48 Suppl 1:S39-S43.