

MALTRAITANCE

DES ENFANTS

violence
violence

abus sexuels
abus sexuels

négligence
négligence



Immersion en communauté

Juillet 2000

Géraldine Bard
Petra Bossert
Laurence David
Laurent Schenkel
Nalini Salvadoray
Valérie Uldry

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	2
INTRODUCTION	4
DÉFINITIONS DES DIFFÉRENTS TYPES DE MALTRAITANCE.....	5
QU'EST-CE QU'UN ENFANT MALTRAITÉ ?	5
LES DIFFÉRENTES FORMES DE MALTRAITANCE	5
<i>La Violence Physique</i>	7
<i>Les Carences de Soins et les Négligences</i>	11
<i>La Cruauté Mentale</i>	11
<i>Les Abus Sexuels</i>	12
CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ DE L'ENFANT MALTRAITÉ	13
LE PARENT MALTRAITANT	14
PERSONNALITÉ DU PARENT MALTRAITANT	14
DU CÔTÉ DU PARENT ABUSEUR SEXUEL.....	14
<i>Abus d'alcool</i>	14
<i>Sexe de l'abuseur</i>	14
<i>Proximité</i>	14
<i>Ampleur et récurrence</i>	15
<i>Abuseur ancien abusé</i>	15
<i>Autre point de vue</i>	15
EPIDÉMIOLOGIE.....	16
LE CAS DE LA SUISSE.....	16
LE CAS DE LA FRANCE.....	17
AILLEURS DANS LE MONDE	19
LES ABUS SEXUELS À GENÈVE	20
LE RÉSEAU GENEVOIS.....	21
LES PORTES D'ENTRÉE	22
<i>La LAVI</i>	22
<i>Le Service de Santé de la Jeunesse (SSJ)</i>	23
<i>Le Service de Protection de la Jeunesse (SPDJ)</i>	24
<i>SOS Enfants</i>	25
<i>Les Urgences Pédiatriques</i>	27
<i>Le Groupe de Protection de l'Enfance (GPE)</i>	28
LES INSTITUTIONS DE PRISE EN CHARGE	29
<i>Le Service Médico-Pédagogique (SMP)</i>	29
<i>Le Centre de Consultation Thérapeutique pour les Victimes d'Abus Sexuels (CTAS)</i>	30
<i>Pierre-Grise</i>	31
LE CADRE LÉGAL.....	32
LA POLICE	32
LÉGISLATION SUISSE EN MATIÈRE DE DROITS DE L'ENFANT.....	34
LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT	37
L'HÔPITAL	37
LE PLACEMENT HORS DE LA FAMILLE.....	37
LE SMP OU LES PSYCHIATRES PRIVÉS	38
<i>Les Circonstances et le Cadre de l'Abus Sexuel</i>	38
<i>Quand un Enfant Parle</i>	38
<i>Le Secret</i>	38
<i>Les Conséquences Psychologiques de l'Abus Sexuel sur l'Enfant</i>	39
<i>Les Thérapies</i>	39
LA PRÉVENTION	41

FACTEURS DE RISQUE À L'ORIGINE DE LA MALTRAITANCE DES ENFANTS DANS LA FAMILLE.....	41
<i>Enfants à Risque</i>	41
<i>Parents à Risque</i>	41
<i>Familles à Risque</i>	41
<i>Périodes à Risque</i>	42
LA PRÉVENTION DE LA MALTRAITANCE ET DES ABUS SEXUELS	42
<i>La Prévention Primaire</i>	42
<i>La Prévention Secondaire</i>	43
<i>La Prévention Tertiaire</i>	44
<i>Prévention aux Trois Niveaux Confondus</i>	44
POLITIQUE DE SANTÉ ET BUDGETS.....	45
CONCLUSION	46
ANNEXES	47
I. ORGANIGRAMME DU SPDJ.....	47
II. ARTICLE 12 DE LA LOI SUR L'OFFICE DE LA JEUNESSE	48
III. LES MISSIONS DU SPDJ	48
IV. PROFILS DE L'ABUSEUR SEXUEL	49
V. TEXTE DE « MACHO BLUES »	52
REMERCIEMENTS	53
CONTACTS	54
BIBLIOGRAPHIE	55
SITES WEB.....	56

INTRODUCTION

« Un homme est arrêté pour avoir abusé de sa fillette âgée de 5 ans. »
Tribune de Genève, juillet 2000

En 1996, la révélation de l'affaire Dutroux en Belgique marquait tristement nos mémoires, mais permettait enfin d'arracher quelques briques au mur du silence. Depuis, d'autres briques sont tombées : en quelques années, les mots *abus sexuel* et *maltraitance d'enfant* se sont imposés au point de devenir des mots courants. Aujourd'hui, on ne parle pas de l'enfant, de l'éducation et des rapports entre adultes et enfants sans évoquer le problème de la maltraitance.

Il est difficile d'admettre que, dans nos pays socialement et économiquement développés, des drames d'une telle cruauté, générant tant de souffrances, puissent exister sans que la société toute entière s'en insurge.

Existe-t-il des lois ? Sont-elles efficaces ? Quels sont les droits des enfants ?

Chaque année, des enfants meurent de la main de leurs parents. D'autres sont gravement blessés. Ils garderont en eux et sur eux l'empreinte de cette trahison toute leur vie. N'importe quelle famille peut se trouver un jour concernée de près ou de loin au problème de la maltraitance. Humiliation, culpabilité, honte, peur, plaisir : ce sont là autant de sentiments qui se traduisent par le lourd poids d'un silence.

Que se passe-t-il dans le secret des familles ? Comment trouver le courage nécessaire pour avouer ou dénoncer ? Lorsqu'on est un enfant, comment savoir dire non ? Où puiser la force et l'énergie pour supporter ? Faut-il supporter ?

Nous avons choisi de traiter ce sujet pour pouvoir, à notre niveau, enlever encore quelques briques au mur du silence. Nous portons en nous l'intime conviction que l'enfant, innocent et fragile, doit être protégé parce qu'il lui manque les possibilités et les capacités inhérentes à l'adulte de se défendre lui-même. Dépendant physiquement et psychologiquement des adultes, l'enfant est une cible facile.

DEFINITIONS DES DIFFERENTS TYPES DE MALTRAITANCE

QU'EST-CE QU'UN ENFANT MALTRAITE ?

Définition du Groupe de travail « Enfance maltraitée », Berne, 1992 :

C'est l'effet d'interactions violentes et/ou négligentes entre des personnes (parents, substituts parentaux, tiers), des institutions, des structures sociales et des mineurs, générant des atteintes à la santé physique et psychique, des arrêts de développement, des invalidités et, parfois, la mort. Cette définition recouvre aussi toutes les formes d'exploitation sexuelle d'enfants par des adultes.

Définition du Conseil de l'Europe, 1978 :

Ce sont tous les actes et les manquements qui troublent gravement l'enfant, attentant à son intégrité corporelle, à son développement physique, affectif, intellectuel et moral.

La maltraitance s'exprime par des manifestations dues à la négligence et/ou aux lésions d'ordre physique, psychique et/ou sexuel.

Selon l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS), en France, l'enfant maltraité est celui qui est victime de violences physiques, de cruauté mentale, d'abus sexuels ou de négligence lourde ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique.

LES DIFFERENTES FORMES DE MALTRAITANCE

Il existe malheureusement un nombre diversifié de sévices envers l'enfant. Nous avons déjà fait mention plus haut de la définition de la maltraitance. Il nous a paru important de définir plus précisément les différents types de maltraitance et d'en évoquer les principales caractéristiques.

Les diverses institutions genevoises que nous avons rencontrées ont évoqué quatre grandes catégories de maltraitance (définitions aimablement données par Marianne Caflisch, pédiatre et responsable du Groupe de Protection de l'Enfant) :

1. *La maltraitance physique (mauvais traitements et agressions physiques)*

Ce sont les blessures violentes infligées de manière non accidentelle à un enfant par une personne détentrice d'une autorité à son égard, celles-là pouvant aller du simple érythème cutané aux lésions internes graves.

2. *La négligence (c'est également une forme de maltraitance physique ; elle comprend la carence de soins)*

Dans ce cas, les besoins fondamentaux des enfants ne sont pas satisfaits, que ce soit de manière délibérée ou involontaire, par ses parents ou ses répondants.

3. *La maltraitance psychique (mauvais traitements psychologiques et cruauté mentale)*

C'est l'exposition d'un enfant à une violence verbale répétée et incessante où il devient l'enjeu émotionnel entre ses parents, le mettant en danger d'un point de vue psychologique. Il peut s'agir d'humiliation verbale ou non verbale, de menaces, de dévalorisation et de marginalisation

systématiques, d'exigences disproportionnées par rapport à l'âge de l'enfant, d'injonctions éducatives paradoxales, auxquelles il lui est impossible de répondre.

4. *L'abus sexuel*

C'est l'implication d'enfants et d'adolescents dépendants et immatures dans leur développement dans des activités sexuelles dont ils ne comprennent pas pleinement le sens ou qui violent les tabous sociaux concernant les rôles familiaux.

Il y a atteinte à la pudeur, à l'intimité corporelle : les formes d'abus sexuels comprennent l'exhibitionnisme, le voyeurisme, la réalisation de vidéos ou photos pornographiques impliquant des mineurs, des attouchements à connotation sexuelle, ainsi que des relations sexuelles complètes.

Après notre entrevue avec le Service de Protection de la Jeunesse (SPDJ), il nous est apparu encore deux autres formes de maltraitance. La première se rapproche de la négligence : dans certains cas de divorces, les parents sont pris dans des conflits tels qu'ils en arrivent à oublier, probablement *de façon non intentionnelle*, les besoins fondamentaux de leur enfant. Dans la seconde forme, toujours dans certains cas de divorce, l'enfant est pris *volontairement* à partie par l'un des parents, qui espère ainsi obtenir de la part de la justice un avantage sur son partenaire. Dans ce cas, l'enfant entre dans un conflit d'intérêt entre adultes, dans lequel il n'a pas sa place. Cette deuxième forme se rapproche de la maltraitance psychologique.

Une dernière forme de maltraitance a été décrite pour la première fois en 1977 par le Dr Roy Meadow, pédiatre anglais. Il la nomma *syndrome de Meadow* (aussi baptisé syndrome de Münchhausen par procuration ou syndrome de Polle). Il s'agit d'une forme particulière de maltraitance, dans laquelle le parent responsable, généralement la mère, invente chez son enfant (généralement de moins de 5 ans) des histoires cliniques fausses et/ou lui provoque des symptômes afin de le présenter au corps médical avec une demande diagnostique et thérapeutique. Les conséquences physiques graves et parfois irrémédiables qui en résultent proviennent d'une part de l'action du parent et d'autre part de l'action du corps médical. Il existe deux formes du syndrome :

- une forme active dans laquelle le parent déclenche une maladie en administrant des produits toxiques ou en injectant du matériel septique entraînant des septicémies
- une forme passive dans laquelle les symptômes sont simulés par le parent par l'intermédiaire de falsifications (convulsions ou apnées faussement alléguées, contamination d'un échantillon d'urine de l'enfant par le sang menstruel de la mère ou par divers matériels septiques)

L'histoire de la maladie permet souvent de découvrir que ces enfants ont été hospitalisés de multiples fois (jusqu'à 200 fois en 6 ans) peu après leur naissance, et qu'il existe très souvent un dysfonctionnement familial. La mère en cause est généralement très attentive à son enfant, connaît bien ses pathologies, travaille souvent dans le milieu médical et est très présente au chevet de l'enfant lors de son hospitalisation. Vingt pour-cent des mères impliquées ont elles-mêmes subi les conséquences de ce syndrome dans leur enfance. Le père a souvent un comportement passif et est très souvent absent de la cellule familiale.

Le syndrome de Meadow comprend aussi les cas où l'enfant a une pathologie authentique dont seules les complications sont provoquées ou fabriquées de toute pièce par les parents (p.ex. enfant épileptique chez lequel le nombre de crise est majorée de 10 fois par rapport à la version du maître d'école).

La Violence Physique

Elle constitue la forme la mieux connue de maltraitance. Elle engendre un risque de séquelles physiques, voire de décès (infanticide¹). Elle comprend des lésions visibles :

- Les *lésions cutanées* – Les manifestations cutanées sont très importantes à connaître pour deux raisons : la peau et les tissus mous, très exposés, sont souvent lésés, et, surtout, il s'agit d'atteintes visibles au premier coup d'œil, facilement identifiables et constituant un signe d'appel amenant à rechercher des lésions profondes associées. Comme pour les autres atteintes corporelles, le médecin devra tenter de corréler l'anamnèse de ces blessures, telle qu'elle lui est rapportée, et les données de son examen clinique.

Blessures par instrument contondant : contusions et plaies contuses

La blessure est liée au poids de l'instrument ou à la force qui lui est appliquée

- **Excoriation**
 - plaie superficielle : érosion épidermique
 - ne saigne pas ou peu
- **Ecchymose**
 - infiltration de sang coagulé dans les tissus
- **Hématome**
 - collection sanguine dans une cavité néoformée
- **Plaie contuse ou lacération (écrasement, arrachement, ...)**
 - à bords irréguliers et décollés

Plaies par instruments piquants

- liées à l'action d'un objet pointu
- volontiers en forme de fente linéaire

Plaies par instruments tranchants

- linéaires à bords nets

Principales blessures

Tiré de : Gosset D. et al., **Maltraitance à Enfants**, éd. Masson

Age	Aspects
0 à 2 jours	Ecchymose œdémateuse
0 à 5 jours	Bleu, rouge, violet
5 à 10 jours	Jaune, vert
10 à 15 jours	Marron
2 à 4 semaines	Disparition

Datation approximative des ecchymoses

Tiré de : Gosset D. et al., **Maltraitance à Enfants**, éd. Masson

Accident	Séviçes
Visage	Fesses (+++)
– nez	Régions génitales
– orbite	Joues
Coudes	Cuisses
Mains	Thorax
Face antérieure des jambes	Cou

Éléments du diagnostic différentiel topographique entre ecchymose provoquée et ecchymose accidentelle

Tiré de : Gosset D. et al., **Maltraitance à Enfants**, éd. Masson

¹ L'infanticide désigne le meurtre ou l'assassinat (meurtre avec préméditation) d'un nouveau-né.



Ecchymoses multiples du visage

Tiré de : Gosset D. et al., **Maltraitance à Enfants**, éd. Masson



Coups de pieds

Tiré de : Hobbs C. , **Physical Signs of Child Abuse**

- Les *brûlures* – Il existe différentes causes de brûlures : par immersion (dans un bain brûlant), par éclaboussement (par chute d'un liquide chaud), par contact (fer à repasser, cigarettes). Près de 10% des enfants sont victimes de brûlures des parties molles, ce qui représente un cinquième des brûlures de l'enfant. L'âge moyen de l'enfant brûlé est de 32 mois !

Accidentelles	Volontaires
Topographie : visage, œil (enfant se déplaçant vers la cigarette) Plus superficielle Moins régulière Unique	Topographie : variable ; évocatrice si dos, fesse, ... Profonde Parfaitement circonscrite Multiples

Brûlures par contact : exemples des brûlures par cigarettes

Tiré de : Gosset D. et al., **Maltraitance à Enfants**, éd. Masson



Brûlure de la fesse par un grill

Tiré de : Hobbs C. , **Physical Signs of Child Abuse**



Brûlure de la cuisse par un fer à repasser

Tiré de : Gosset D. et al., **Maltraitance à Enfants**, éd. Masson

- Le *syndrome de l'enfant secoué* (« shaken baby syndrome ») – C'est l'association d'hémorragies sous-durales², voire sous-arachnoïdiennes, et d'hémorragies rétiniennes³ chez des enfants de moins de 2 ans ayant été vigoureusement secoués. Le pronostic de ce syndrome est redoutable, aboutissant au décès ou à des séquelles graves, telles que la baisse de l'acuité visuelle, la cécité, un déficit moteur ou un retard psychomoteur. Il est estimé qu'environ 10% des retards mentaux ou des épilepsies apparemment inexplicables de l'enfant pourraient être dus à ce type de pathologie. Ce syndrome représente le type de lésion intracrânienne le plus souvent rencontré.
- Les *fractures* – Les lésions osseuses surviennent dans environ 20% des sévices. Elles sont suffisamment spécifiques pour permettre un diagnostic immédiat ou rétrospectif. De plus, les radiographies fournissent un élément de preuve pouvant être présenté comme pièce à conviction au tribunal. Les mécanismes de lésions osseuses sont de deux types : soit directs (coup de pied, de poing, ...), soit indirects (traction soudaine et violente par un membre, rotation forcée d'une extrémité, ...). Toutes les parties du squelette sont susceptibles d'être lésées : crâne, massif facial, dents, squelettes appendiculaire et axial, thorax, etc.
- Les *traumatismes thoraciques* – Mis à part les lésions causées par les objets tranchants ou piquants, les lésions intrathoraciques dues à des contusions, même violentes, sont rares chez l'enfant du fait de la grande flexibilité des côtes, encore cartilagineuses, ce qui permet d'absorber les impacts. Lors d'un choc d'une violence extrême, on constate souvent une ou plusieurs fractures costales et, parfois, un pneumothorax⁴.
- Les *traumatismes abdominaux* – Au contraire du thorax, l'abdomen de l'enfant est particulièrement sujet aux lésions de contusions du fait de la faible épaisseur de la paroi abdominale et de la relative importance des organes internes solides par rapport au volume de la cavité abdominale. Les lésions peuvent être dues à l'écrasement d'un organe plein entre l'agent

² Saignement entre le cerveau et l'os du crâne.

³ La rétine est le tissu recouvrant l'intérieur de l'œil. C'est celui-ci qui est responsable de la vision.

⁴ Dysfonctionnement d'un poumon.

traumatique et la colonne vertébrale ou un plan dur, à une compression soudaine et violente de l'abdomen ou à une décélération rapide et brutale (défenestration). Les organes intraabdominaux les plus souvent atteints sont le foie, la rate, le pancréas, les reins, le duodénum et le jéjunum⁵.

- Les *lésions oro-faciales* – La tête est fréquemment touchée lors de maltraitance physique : elle est atteinte dans au moins 25% des sévices par coups et dans 15% des abus sexuels. Les parties atteintes comprennent les freins labiaux (rupture), les lèvres (contusions, plaies par brûlure), la langue, la cavité buccale (lors d'introduction en force de la cuillère), les dents (fractures, luxations et avulsions dentaires, négligence de l'hygiène bucco-dentaire) et le massif facial (fractures).
- Les *morsures* – La recherche de traces de morsures est intéressante pour deux raisons : elle permet d'apporter un argument supplémentaire au diagnostic de maltraitance et leur forme caractéristique peut contribuer à l'identification de l'agresseur. Chez un enfant, toute morsure doit être considérée comme intentionnelle, jusqu'à preuve du contraire.

Type de morsure	Lésions cutanées et caractéristiques
I	Empreinte cutanée sans effraction vasculaire sous-jacente Pas d'ecchymose Disparaît en 30 minutes chez le vivant Persiste sur le cadavre sous forme de plaque parcheminée Empreinte fugace Importance des photographies +++
II	Empreinte cutanée avec effraction vasculaire Présence d'ecchymoses reproduisant la forme de l'arcade dentaire Persiste environ 8 jours chez le vivant Persiste sur le cadavre sous forme de plaque parcheminée lorsqu'elle a été occasionnée après la mort ou sous forme d'ecchymose si elle a été créée du vivant
III	Lésion secondaire au ripage des dents sur le tissu cutané Pas de forme biconcave mais présence de traces ecchymotiques linéaires et parallèles de la largeur de celles des dents correspondantes Persiste environ 8 jours (ecchymoses)
IV	Lésion de succion de forme ovalaire Correspond à une ecchymose par extravasation de sang Lésion obligatoirement vitale Doit systématiquement faire suspecter des sévices sexuels associés
V	Lésions profondes avec délabrement cutané ou amputation (doigt, pénis)

Caractéristiques des lésions cutanées en fonction du type de morsure

Tiré de : Gosset D. et al., **Maltraitance à Enfants**, éd. Masson

- Les *lésions ophtalmiques* – Les manifestations oculaires se retrouvent avec une fréquence de 20 à 40 %. Elles doivent être systématiquement recherchées chez le petit enfant qui ne peut encore s'exprimer, par un examen à la lampe à fente et une étude du fond de l'œil. Tous les composants de l'œil peuvent être atteints.
- L'*empoisonnement* – Il s'agit souvent d'accidents liés à une négligence des parents. Dans ce cas, le risque de mort est limité, mais l'hospitalisation est souvent nécessaire. La moitié des

⁵ L'intestin grêle est constitué de 3 parties : le duodénum, le jéjunum et l'iléum.

empoisonnements impliquent des enfants de moins de 2 ans. Dans 70 % des cas, il s'agit d'un épisode unique, mais, parfois, cela peut être un acte répété. Le diagnostic d'intoxication repose sur l'examen clinique, les analyses biologiques et toxicologiques.

Age inférieur à un an
 Antécédent personnel d'empoisonnement ou de syndrome de Münchhausen
 Antécédent de mort inexpliquée dans la fratrie
 Autres signes de maltraitance
 Signes cliniques répétés et médicalement inexpliqués (diarrhée, vomissements, convulsions) disparaissant lors de l'hospitalisation
 Symptomatologie clinique typique de sevrage ou d'intoxication aux stupéfiants
 Délai important entre le début des premiers signes cliniques et la consultation médicale

Signes évocateurs d'un empoisonnement

Tiré de : Gosset D. et al., **Maltraitance à Enfants**, éd. Masson

- *L'immersion* – L'immersion sous la contrainte est rare par rapport aux noyades secondaires à une négligence des parents. Il s'agit pour le médecin de rechercher la présence de toute trace cutanée évocatrice de sévices ayant contribué au décès de l'enfant par immersion.

Les Carences de Soins et les Négligences

L'enfant a des besoins pour se développer harmonieusement, tant sur le plan psychomoteur que sur le plan psychoaffectif. Ces besoins sont de deux ordres :

- psychologique
- affectif (amour, protection, stabilité des relations, encouragement ...)

La non satisfaction de ces besoins a diverses conséquences :

- des dénutritions pouvant entraîner le décès
- des hypotrophies staturo-pondérales
- des retards psychomoteurs
- des troubles du comportement



Cachexie

Tiré de : Gosset D. et al., **Maltraitance à Enfants**, éd. Masson

La Cruauté Mentale

Comme le précise la définition citée plus haut, la cruauté mentale comprend les humiliations verbales et non verbales, les menaces verbales répétées, la marginalisation et la dévalorisation systématiques, des exigences excessives disproportionnées par rapport à l'âge de l'enfant, des consignes et des injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter.

Les répercussions de la cruauté mentale sont caractérisées par des troubles du développement psychomoteur et psychoaffectif, des troubles anxiodépressifs, notamment avec des sentiments d'autodépréciation, ainsi que des troubles du comportement et de l'adaptation sociale.

<ul style="list-style-type: none"> – Troubles comportementaux <ul style="list-style-type: none"> • extériorisés <ul style="list-style-type: none"> – hyperactivité – agressivité – conduites délinquantes – hypersexualité – tentative de suicide • intériorisés <ul style="list-style-type: none"> – dépression – anxiété 	<ul style="list-style-type: none"> – Troubles cognitifs <ul style="list-style-type: none"> – inattention – dysfonctionnement mnésique – difficultés intellectuelles – baisse des performances scolaires
--	--

Signes d'appel psychopathologiques devant faire suspecter des sévices
Tiré de : Gosset D. et al., **Maltraitance à Enfants**, éd. Masson

La cruauté mentale, au contraire des sévices physiques, est particulièrement difficile à démontrer et à prouver. Elle est suspectée dans de nombreux cas, qui ne seront peut-être jamais avérés.

Les Abus Sexuels

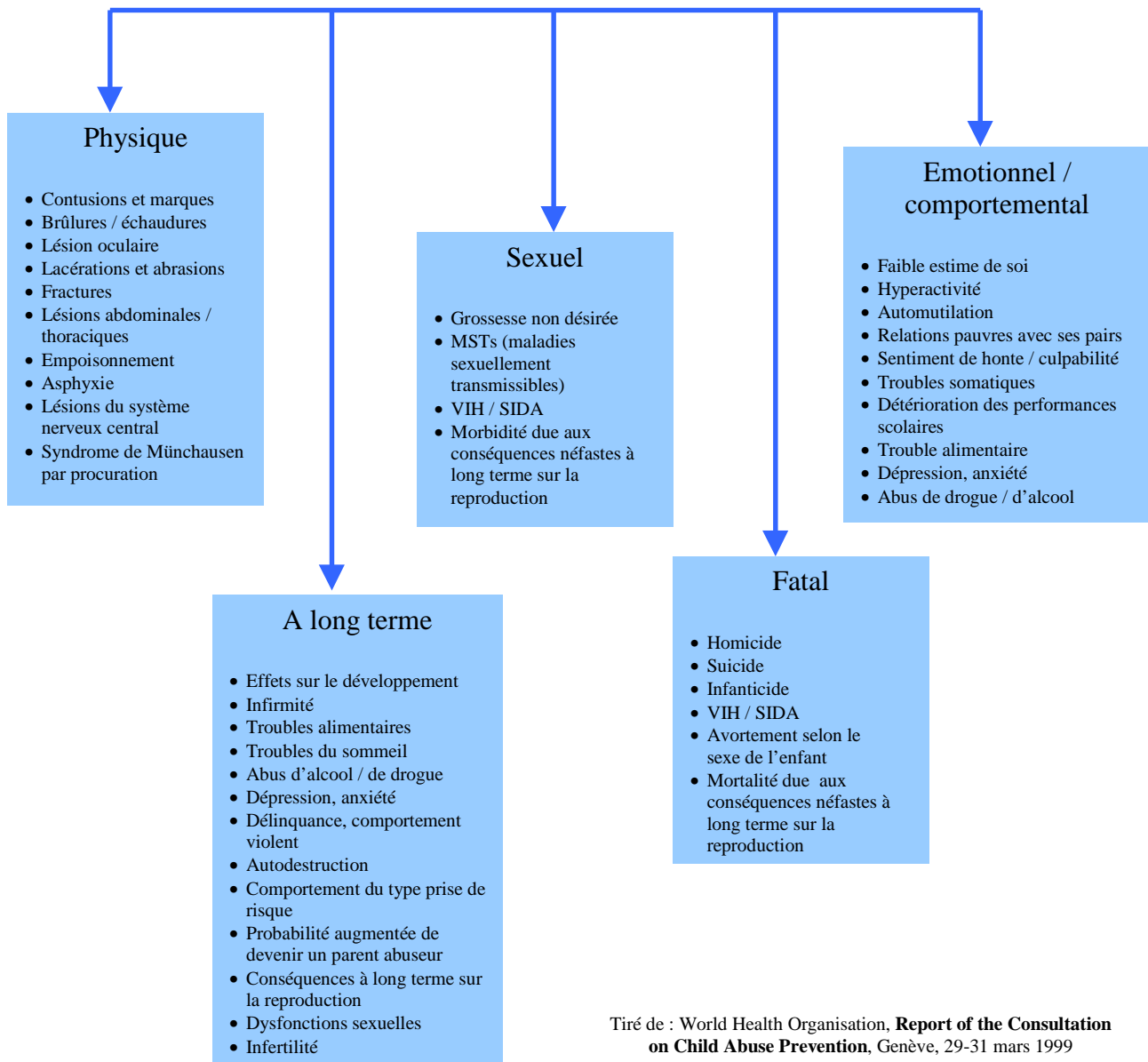
Kempe définit l'abus sexuel comme « la participation d'un enfant ou d'un adolescent mineur à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées pour son âge et à son développement psychosexuel, qu'il subit sous la contrainte, par la violence ou la séduction, ou qui transgresse les tabous sociaux ».

Ils peuvent être classés de différentes manières :

1. en fonction des degrés de relation entre l'abuseur et la victime :
 - abus intrafamiliaux, qui sont qualifiés d'incestueux
 - abus extrafamiliaux, commis par des personnes connues ou inconnues de l'enfant

2. en fonction des actes commis :
 - abus de la sphère sensorielle constitués par l'exhibitionnisme, les appels téléphoniques obscènes, le visionnement ou la prise de vue de films pornographiques
 - abus du stade de la stimulation caractérisés par les attouchements sexuels
 - abus du stade de la réalisation correspondant aux tentatives de viols ou au viol avec pénétration orale, vaginale ou anale

CONSEQUENCES SUR LA SANTE DE L'ENFANT MALTRAITE



Tiré de : World Health Organisation, **Report of the Consultation on Child Abuse Prevention**, Genève, 29-31 mars 1999

Pour les professionnels, définir les sévices reste une tâche difficile. Il faut :

- faire la différence entre un comportement volontaire et un accident
- situer la limite entre maltraitance et droit de correction des parents
- différencier une malnutrition par négligence de celle liée à de mauvaises conditions socio-économiques
- comprendre les coutumes de différentes cultures
- repérer les sévices psychologiques, ce qui n'est pas facile, car il n'y a pas de traces physiques pouvant servir de preuves (ce qui est aussi le cas des attouchements sexuels)
- se rappeler que de nombreuses maltraitements ne sont pas déclarés. Parmi celles qui le sont, certaines sont effectivement avérées et aboutiront à une sanction qui marquera un acte de réparation envers la victime. Les autres resteront, par manque de preuves et/ou de crédibilité, suspectées et n'apporteront donc pas la moindre délivrance pour la victime.

LE PARENT MALTRAITANT

Selon Manciaux et al. (1993), la majorité des parents maltraitants ont souffert dans l'enfance d'anomalies graves de la fonction parentale, qu'elle ait été carentielle, inadéquate ou discontinuée. Dans ces cas, le processus de séparation-individuation⁶ ne peut se faire, empêchant l'individu de devenir peu à peu autonome.

PERSONNALITE DU PARENT MALTRAITANT

La majorité des parents maltraitants peuvent donner l'apparence de la normalité. La pathologie révélatrice est surtout mise en exergue dans le rapport avec l'enfant. La psychose, les traits pervers, l'alcoolisme, la toxicomanie sont des facteurs aggravants. Le dénominateur commun est la menace d'un effondrement dépressif : elle s'exprime par une profonde mésestime de soi, un sentiment de vide, une demande affective inassouvable. Selon J. Bergeret, la maltraitance correspond au réveil de la violence fondamentale non intégrée (concept élaboré à partir de « la violence fondamentale » évoquée dans l'œuvre de Freud) et est réactivée à la moindre frustration, à la moindre occasion conflictuelle.

DU COTE DU PARENT ABUSEUR SEXUEL

Les opinions les plus divergentes sont relatées dans la littérature concernant le profil de l'agresseur. On passe de l'agresseur porteur d'une pathologie psychologique importante à l'agresseur « normal » pris dans une dynamique familiale particulière.

H. Van Gijsegem, quant à lui, privilégie le versant psychologique pour brosser le portrait de l'abuseur et c'est lui que nous suivons ici pour commencer.

Abus d'alcool

Dans 50% des cas l'abus sexuel est lié à l'abus d'alcool. Ce dernier pouvant jouer le rôle de désinhibiteur ou alors pouvant contribuer à éloigner des partenaires sexuels adultes.

Sexe de l'abuseur

Selon le rapport Badgley (USA, 1984), 99,2% des abus commis sur une fille et 96,9% des abus commis sur un garçon sont perpétrés par un mâle. Selon une étude menée par Finkelhor (1984), « l'homme est socialisé de manière à centrer son intérêt sexuel sur l'acte sexuel isolé de tout contexte affectif et à privilégier les partenaires plus petits et plus jeunes que lui, alors que chez la femme, c'est l'inverse. »

Proximité

En règle générale, l'abuseur est connu de sa victime. Dans 17,8% des cas, l'enfant a affaire à un inconnu.

⁶ A un moment donné de son évolution, le jeune enfant prend conscience de lui-même comme être séparé de sa mère.

Ampleur et récursive

Souvent l'abuseur se rendra coupable de multiples abus et après détection, s'il n'est pas traité, il est généralement récidiviste.

Abuseur ancien abusé

Il est souvent rapporté par les cliniciens que l'abuseur est un ancien abusé. De solides études longitudinales faisant défaut, il est loin d'être prouvé que ces allégations sont vraies.

H. van Gijseghem propose 8 types d'abuseurs que le lecteur pourra consulter en annexe.

Autre point de vue

Selon un rapport de l'AISPAS (Association Interprofessionnelle Spécialisée dans la Prévention des Abus), l'abuseur sexuel est un adulte n'ayant pas la maturité psychologique nécessaire pour considérer son enfant comme une personne à part entière et l'aider à grandir et à devenir autonome. Les constantes ressortant d'une étude de cas sont les suivantes :

1. *La négation de l'enfant en tant que sujet autonome à respecter* : le parent incestueux interdit à l'enfant d'évoluer vers le statut de sujet, et l'enferme dans l'Enfance, la Dépendance, brisant son évolution vers l'autonomie.
2. *La confusion des rôles et des sexes* : l'enfant est traité sexuellement comme une adulte, le parent perd son rôle de protecteur.

Le parent maltraitant ou abuseur sexuel n'est pas à confondre avec le pédophile, qui selon un dossier du groupe ASPE-Vaud (Association Suisse de la Protection de l'Enfant), est souvent caractérisé par les données suivantes :

1. Une scolarité avancée
2. L'exercice d'un emploi à plein temps
3. Marié
4. Ayant des enfants **dont il n'abuse pas**.

EPIDEMIOLOGIE

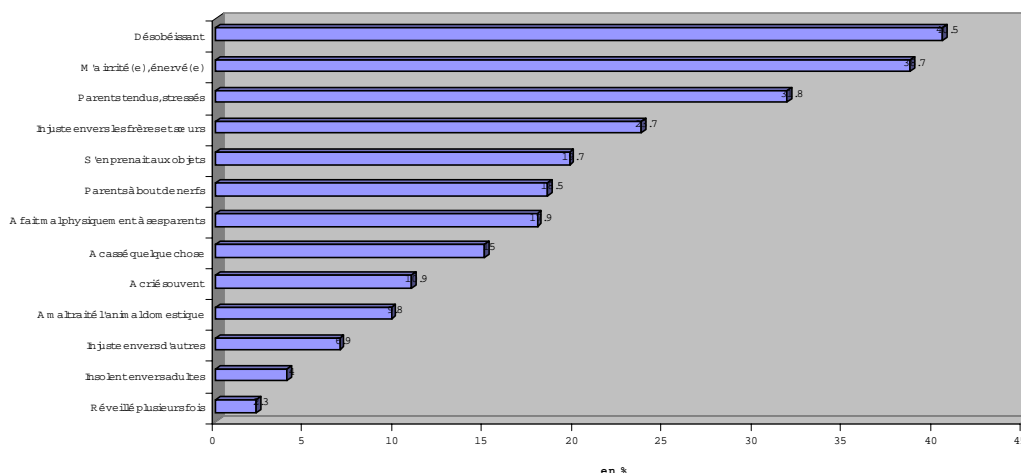
LE CAS DE LA SUISSE

Par décision du 19 mai 1988, le Département fédéral de l'intérieur a institué un groupe de travail « Enfance maltraitée ». Ce groupe a été mandaté pour déterminer l'ampleur du phénomène de la maltraitance dans notre pays.

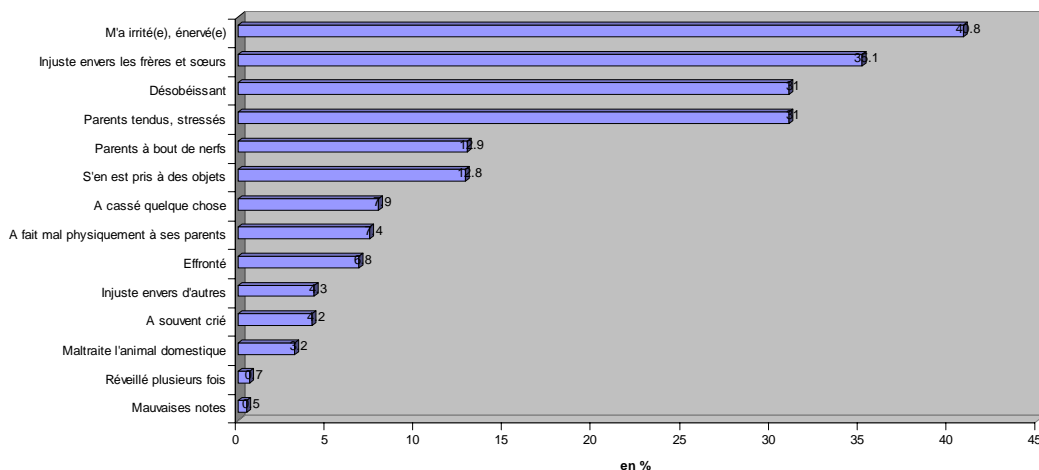
Selon une étude sur le comportement parental punitif en Suisse, organisée sous forme de questionnaire à 2008 parents des deux sexes, « 35 % des parents dont un enfant au moins est âgé de moins de 16 ans ont dit avoir châtié physiquement leur enfant au cours des quatre dernières semaines ». « Près de 25% des parents ayant un enfant âgé de moins de deux ans et demi ont dit l'avoir frappé ».

L'office fédéral de la statistique dénombre au 31 décembre 1989, 197'726 enfants âgés de 0 à 2,5 ans dont 19,61% sont gîlés de rarement à très souvent et 14,19% frappés de parfois jusqu'à très souvent. Dans 40,5% des cas, le motif invoqué était la désobéissance. Veuillez consulter les figures 1 à 3 ci-après pour illustration des données sus citées.

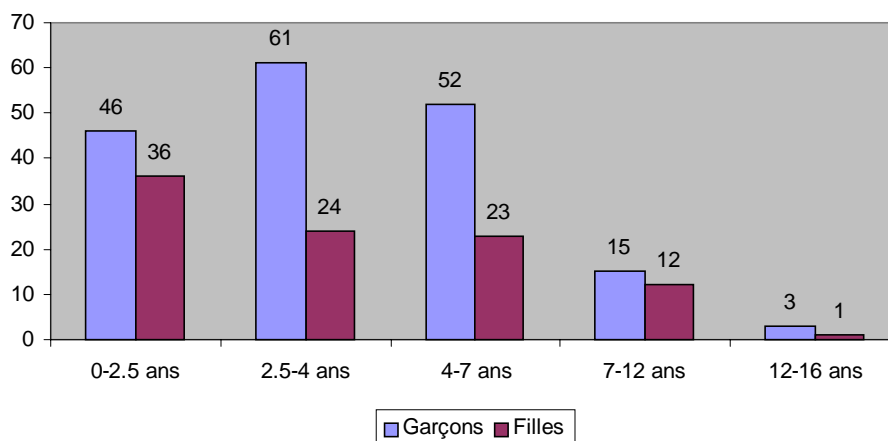
Motifs du dernier châtiment corporel (enfants de moins de 2,5 ans)



Motifs du dernier châtiment corporel (tous âges confondus)

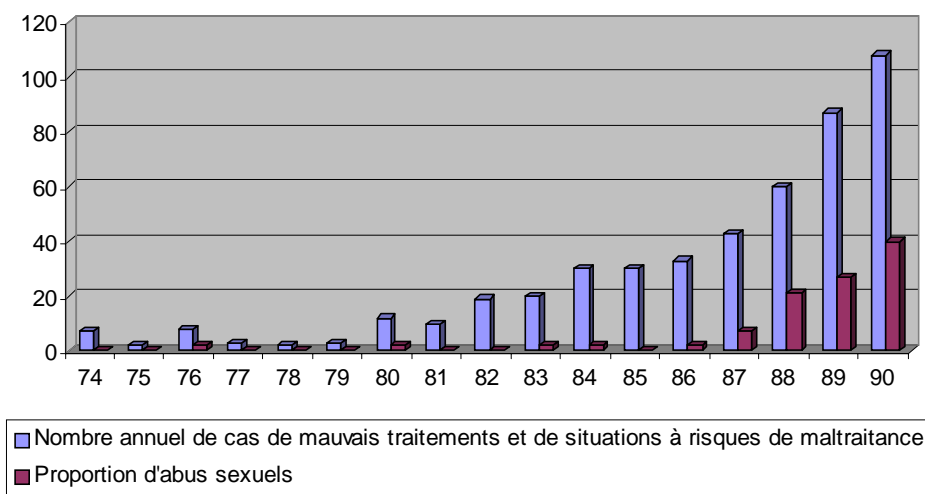


Nombre d'enfants ayant été frappés



Une seconde étude menée par le même groupe de travail et visant à obtenir des informations sur les cas d'enfants maltraités dont les services sociaux et médicaux ont eu à s'occuper durant une année relève 1155 nouveaux cas détectés. Il est par ailleurs clair que la majorité des cas n'est pas signalée et tenue secrète. Pour illustration, veuillez consulter la figure ci-dessous.

Enfants maltraités ou menacés



Clinique de médecine et de chirurgie infantile de l'Université de Berne, 1974-1990

On voit bien ici que la détection des syndromes de mauvais traitements était quasi inexistante dans les années 1970.

LE CAS DE LA FRANCE

Nous disposons grâce à Manciaux et al. de données statistiques intéressant les cas relevant d'une procédure judiciaire avec sanctions pénales ; ils ne représentent qu'une petite minorité : quelques centaines de cas par an. Mis à part le cas de viols sur mineurs qui a augmenté, certainement du fait

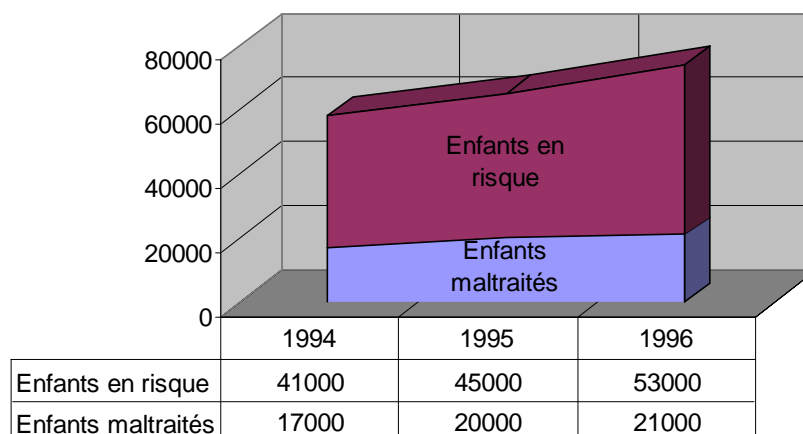
de la levée des tabous entourant ces questions, les chiffres présentés ci-après sont d'une stabilité ininterprétable.

Justice pénale	Crimes, délits et condamnations en France							
	1984	1985	Les condamnations				1989	1990
LES CRIMES								
Ensemble des condamnations	2284	2580	2725	2547	2758	2714	2608	
Répartition par nature d'infraction								
ATTEINTES A LA PERSONNE	1432	1548	1546	1458	1525	1582	1641	
Homicides volontaires	586	633	629	602	623	593	625	
Meurtre	386	447	392	401	401	378	373	
Assassinat	158	151	191	170	184	187	212	
Infanticide	14	10	8	6	15	12	15	
Autres	28	25	38	25	23	16	25	
Coups et violences volontaires	283	297	298	282	278	312	281	
Mort non intentionnelle	216	227	224	230	203	221	199	
Infirmité permanente	28	31	32	29	32	29	35	
Envers mineurs	14	16	22	15	26	25	31	
Autres	25	23	20	8	17	37	16	
Viols	563	618	619	574	624	677	735	
Commis par plusieurs personnes	172	190	137	112	140	128	101	
Avec circonstances aggravantes	150	165	192	165	162	186	201	
Sur mineurs de moins de 15 ans	46	76	88	94	155	159	235	
Viols simples et autres	195	187	202	203	167	204	198	

Le chiffre plus plausible de 50'000 enfants maltraités chaque année a été évoqué suite à une recherche effectuée dans la banlieue parisienne en 1974.

Une enquête plus récente menée par l'ODAS (Observatoire national de l'action sociale décentralisée) en 1997 fait état des chiffres suivants :

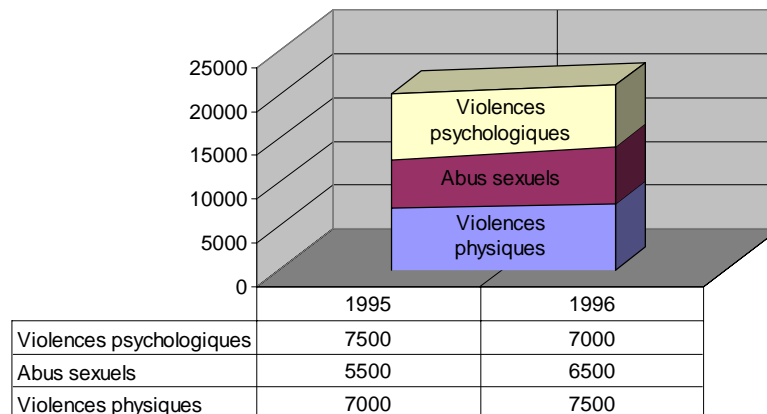
Enfants en danger (France)



Il s'agit des seuls signalements évalués faits à l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance), et qui donnent lieu à des mesures administratives ou des saisines judiciaires. A ces données doivent s'ajouter les saisines judiciaires directes, non connues des services de l'ASE.

enfants en danger = enfants maltraités + enfants en risque

Nature de maltraitance (France)



	1995	1996
Saisines judiciaires ⁷	36000	42000

Comme pour la Suisse, on peut remarquer une augmentation des signalements avec le temps.

La situation se présente ainsi de façon éminemment floue, aussi bien en France que dans les autres pays occidentaux. Cela vient du fait que les chiffres varient « selon la définition restrictive ou extensive que l'on donne des mauvais traitements, selon leur visibilité sociale et le degré de résistance des structures qui devraient les signaler » (Manciaux et al.). Nous avançons cependant ci-dessous quelques chiffres récoltés dans la littérature.

AILLEURS DANS LE MONDE

En Angleterre :

1 à 1,5 pour mille enfants de moins de quatre ans sont maltraités par an entre 1980 et 1990.

Aux USA :

9,19 pour mille enfants de moins de cinq ans sont traumatisés par des actes violents et 3,28 pour mille enfants de moins de 19 ans en 1985. La prédominance de la maltraitance dans la petite enfance se confirme ici par rapport aux données suisses (voir ci-dessus).

Dans les Pays Scandinaves :

Le taux d'incidence est extrêmement bas. Dans ces pays, la simple correction parentale est interdite. On avoisine les 0,026 pour mille pour l'ensemble de la Suède par exemple.

En Turquie :

41% des 4-6 ans, 33% des 7-10 ans, 26% des 11-12 ans sont victimes de punitions corporelles, selon une étude effectuée entre 1980 et 1982.

Concernant l'Europe de l'Est et les pays en voie de développement, le problème des mauvais traitements n'a pas encore émergé des autres fléaux menaçant la santé et la vie des populations. En outre, concernant les pays de l'Est, peu de données sont accessibles à ce jour.

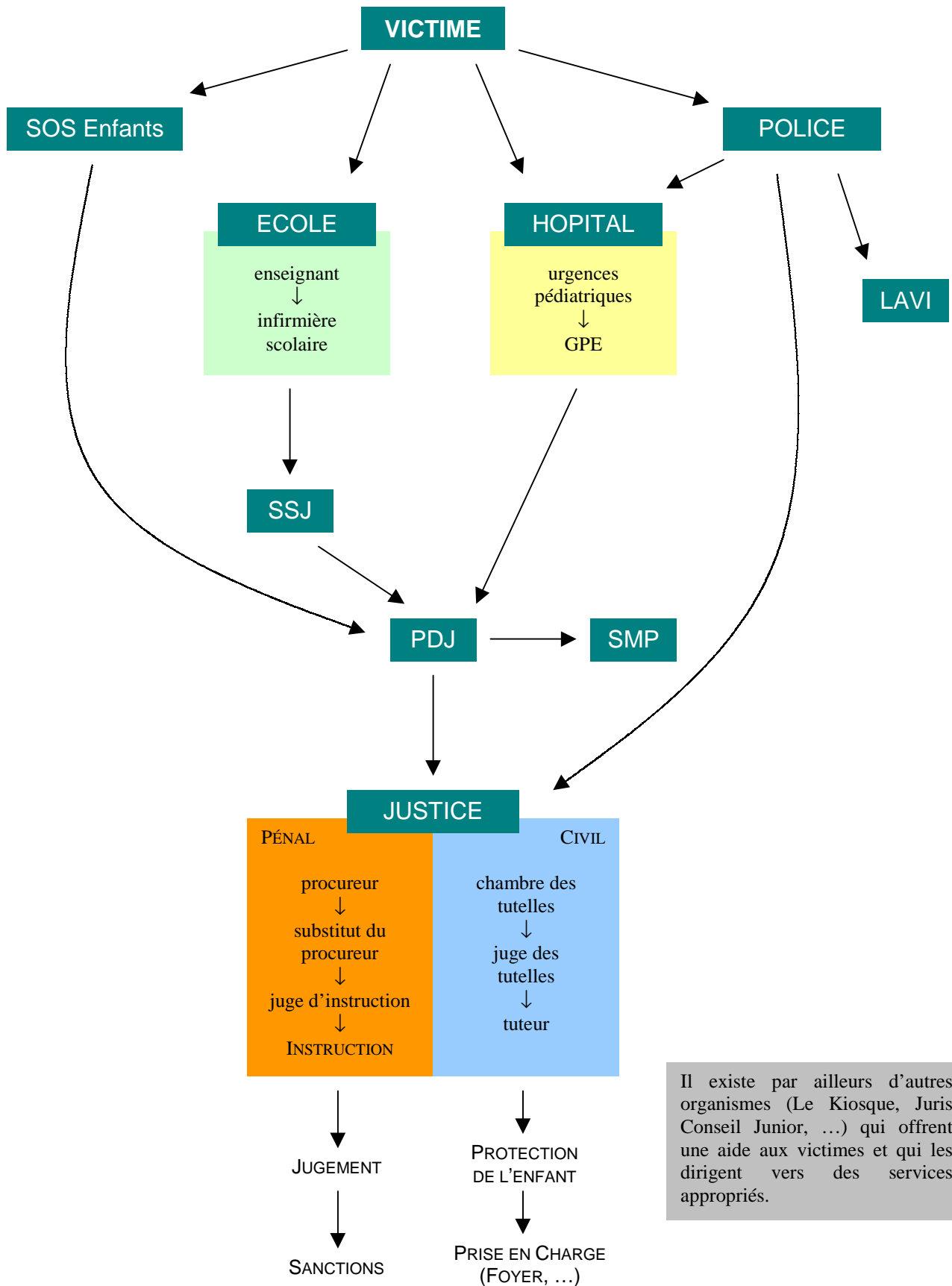
⁷ Nombre de cas où la justice est saisie.

LES ABUS SEXUELS A GENEVE

Selon une étude sur les abus sexuels menée à Genève par D. Halpérin, on apprend que 10,9% des garçons et 33,8% des filles ont rapporté avoir fait l'expérience d'une activité sexuelle abusive au moins une fois dans leur vie. Chez 46,5% des enfants les événements rapportés ont eu lieu pour la première fois avant l'âge de 12 ans. Dans 62,1% des cas, l'abuseur était connu de sa victime.

Les abus présumés les plus graves, à savoir ceux comportant des rapports avec pénétration, sont de l'ordre de 1% chez les garçons et de 6% chez les filles. Ces chiffres concordent avec ceux rapportés par des enquêtes réalisées aux USA et en Finlande.

LE RESEAU GENEVOIS



Il existe par ailleurs d'autres organismes (Le Kiosque, Juris Conseil Junior, ...) qui offrent une aide aux victimes et qui les dirigent vers des services appropriés.

Schéma général du réseau genevois pour la prise en charge des maltraitances

LES PORTES D'ENTREE

La LAVI

Objectifs

- Apporter aux victimes d'infractions et/ou à leurs proches une aide sociale, psychologique, matérielle et juridique. Une indemnisation par l'Etat est assurée pour les frais occasionnés par l'infraction, selon le revenu de la victime, s'ils ne sont pas couverts par des tiers. Une réparation du tort moral est également versée par l'Etat, indépendante du revenu, mais liée à la gravité de l'atteinte.
- Etre un centre d'information et d'orientation pour les victimes, leurs proches ou les professionnels.
- Assurer un suivi et un accompagnement de la victime tout au long de la procédure.

La Loi Fédérale sur l'Aide aux Victimes d'Infractions (LAVI)

La LAVI est une loi votée suite à une initiative datant de 1983, qui est entrée en vigueur en 1993. Cette législation fédérale peut être appliquée de différentes manières selon les cantons.

La LAVI s'applique aux victimes d'infractions définies comme étant des personnes ayant subi une atteinte directe à leur intégrité corporelle, sexuelle ou psychique (que l'auteur ait été découvert ou non et que le comportement de celui-ci soit volontairement fautif ou non). Cette définition regroupe par exemple des victimes de lésions corporelles, d'agressions, de viols, d'incestes ou de contraintes, de menaces et de séquestrations.

Les mineurs ont droit aux prestations offertes par la LAVI. Ces enfants peuvent venir seul ou accompagnés d'une personne de confiance dans un service de consultation réservé aux victimes. L'enfant, selon la LAVI, doit être entendu par une personne ayant reçu une formation spéciale et du même sexe que la victime. Les mineurs ont le droit de ne pas être confrontés à leurs agresseurs et à l'instauration d'un huis clos lors du procès.

Prestations du Centre

L'équipe du centre est constituée d'assistants sociaux, de juristes et de psychologues, dans le but de mieux répondre à l'attente des victimes. Il existe aussi une permanence le week-end ; les appels sont déviés sur la Main Tendue et, en cas d'urgence, il est possible d'atteindre un permanent du centre par l'intermédiaire d'un bip.

Le Service de Santé de la Jeunesse (SSJ)

Rôle

Ce service s'occupe du dépistage des enfants maltraités dans les écoles grâce à l'intermédiaire des enseignants et des infirmières scolaires. La SSJ s'assure de l'existence d'une maltraitance physique, sexuelle ou psychique. Il ne s'agit pas de faire une enquête, mais plutôt de pouvoir avoir la conviction qu'il se soit bien passé quelque chose au sein de la famille par exemple.

Ce service se charge aussi de la prévention dans les écoles en 4^e, 6^e et 8^e année, au moyen de cours durant trois à quatre heures, sur la sexualité et la santé (le sommeil, l'alimentation...). Les objectifs parcourus par ces cours sont :

- Renforcer l'estime de soi, savoir dire « non ».
- Renforcer l'écoute.
- Favoriser le respect de soi, de son propre corps et de celui de l'autre.
- Savoir révéler des problèmes rapidement à des personnes de confiance.
- Connaître l'existence des maladies sexuellement transmissibles, des moyens de contraception...

Le SSJ promeut aussi un bon état de santé dentaire par l'éducation, le dépistage et le traitement d'anomalies et d'atteintes à la santé.

En Cas d'Abus

Environ deux cents cas de maltraitances sur les enfants sont détectés à l'école, dont environ une quarantaine d'abus sexuels et cent cinquante abus physiques. Lorsque l'infirmière scolaire prévient le SSJ, un médecin fonctionnaire se rend à l'école afin de faire un constat médical. Le SSJ convoque les parents afin d'écouter leur récit. Si les parents ne reconnaissent pas les faits, ce service a le devoir de dénoncer l'abus à la Protection de la Jeunesse qui décidera, si nécessaire, de faire suivre le cas au procureur (justice pénale) et/ou à la chambre des tutelles (justice civile). Le Juge des tutelles peut décider rapidement, lors de graves abus, de retirer la garde des parents en utilisant la clause péril. En général, la SSJ et la SPDJ essaient de régler les problèmes avec les parents sans passer automatiquement par la justice.

Codes de Procédure Pénale Genevoise

- **Article 9 : Dénonciation**
Toute personne ayant connaissance d'une infraction peut la dénoncer en vue de l'ouverture d'une poursuite publique.
- **Article 10 : Dénonciation obligatoire, particuliers**
La dénonciation est obligatoire pour toute personne qui a connaissance d'un crime contre la vie et l'intégrité corporelle, le patrimoine, la liberté, les mœurs, l'Etat et la défense nationale, ou créant un danger collectif, sauf s'il s'agit d'infractions poursuivies seulement sur plainte. Les dispositions sur le secret professionnel demeurent réservées.
- **Article 11 : Autorité**
Toute autorité, tout fonctionnaire ou officier public acquérant, dans l'exercice de ses fonctions, connaissance d'un crime ou d'un délit devant être poursuivi d'office est tenu d'en aviser sur-le-champ le Procureur Général.

Il est à noter que le non-signallement constitue un cas de non-assistance à personne en danger.

Le Service de Protection de la Jeunesse (SPDJ)

Le SPDJ est un service de l'Etat qui est subordonné à l'Office de la Jeunesse (cf. annexe). Sa mission est définie par l'article 12 de la loi sur l'Office de la Jeunesse.

Ce service assure la prévention, le dépistage et le traitement des troubles d'ordre familial et social. Il est en outre l'organe de consultation des autorités judiciaires appelées à statuer sur le sort des mineurs. Le SPDJ emploie différents travailleurs sociaux (éducateurs, assistants, animateurs). Ce service contient plusieurs secteurs d'activité, comprenant entre autres les évaluations sociales, les évaluations des lieux de placement, les Juges des enfants et l'appui éducatif.

Evaluation Sociale

Elle a lieu à la demande des Tribunaux de Première Instance, du Tribunal Tutélaire et de l'Office cantonal de la population, notamment en cas de divorce. Le but est d'évaluer l'environnement et la prise en charge de l'enfant dans une telle situation. Il s'agit principalement d'un travail de prévention, d'information et de sensibilisation des adultes envers les besoins de leurs enfants, surtout en cas de divorce. Depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur le divorce (au 1^{er} janvier 2000), l'écoute de l'enfant a reçu une place importante dans cette évaluation. Une évaluation « simple » prendra idéalement environ trois mois. Le SPDJ effectue 850 à 900 évaluations par an.

Evaluation des Lieux de Placement (Institutionnels et Privés)

Le SPDJ contrôle les lieux de placements, et c'est lui qui délivre les autorisations. Il assure aussi une surveillance régulière des services qui lui sont subordonnés, notamment les familles d'accueil avec hébergement de l'enfant.

Les Juges d'Enfants

Ce sont des juges chargés d'instruire et de juger les infractions commises par des mineurs âgés de 7 à 15 ans.

L'Appui Educatif

C'est le secteur le plus important du SPDJ. Les nouveaux cas arrivent au service par la présentation directe à la permanence, par téléphone ou par signalement du SMP, de la LAVI, du SSJ ou de la police. En 1998-1999, 7% des problèmes de maltraitance ont été détectés parmi les 4678 problèmes identifiés (cf. annexe). Souvent, la maltraitance n'est pas un problème unique au sein de la famille, mais est associée à d'autres difficultés.

En situation d'urgence qui nécessite la protection immédiate de l'enfant, c'est le SPDJ qui demande une clause péril, avec le retrait immédiat du droit de garde des parents sur l'enfant et le placement de celui-ci.

Malheureusement, un manque de collaboration entre les différentes institutions à Genève, un manque de personnel et la longue durée de la voie judiciaire rendent le travail de la SPDJ difficile.

SOS Enfants

Il s'agit d'une association privée qui dépend du Bureau Central d'Aide sociale qui a été créée il y a environ 10 ans. Son but est d'assurer une permanence téléphonique pour assister les enfants dans un vaste panel de problèmes, qu'il s'agisse de troubles relationnels avec les parents, de maltraitance, de chagrins d'amour, etc. Depuis le printemps 1999, elle dispose d'un nouveau numéro d'appel, le 147 (anciennement 312.11.12). Tous les services sont gratuits et l'anonymat est conservé.

SOS Enfants fait également de la prévention, que ce soit par des campagnes d'affiches, des séances d'information dans les classes primaires, la réalisation d'une cassette vidéo de prévention des mauvais traitements, etc.

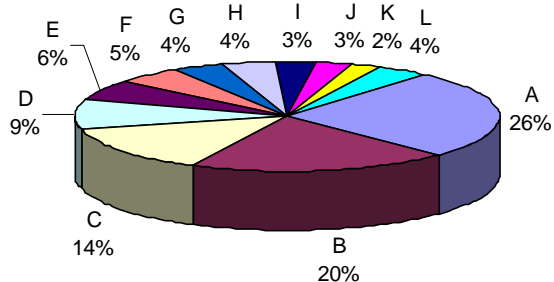
Organisation

L'association est composée aussi bien de bénévoles que de professionnels. Les premiers assurent exclusivement la permanence téléphonique (24 heures sur 24), suite à une formation dans le domaine de l'écoute active, du développement de l'enfant, du réseau médico-social genevois, etc. Les seconds ont suivi différentes formations professionnelles (éducatrices spécialisées, assistantes sociales, ...) et assurent aussi bien la réponse aux appels que l'action sur le terrain, ainsi que les consultations (le mercredi). Ce dernier cas de figure est relativement rare, mais cela peut être utile en cas d'urgence (fugues, ...).

Statistiques

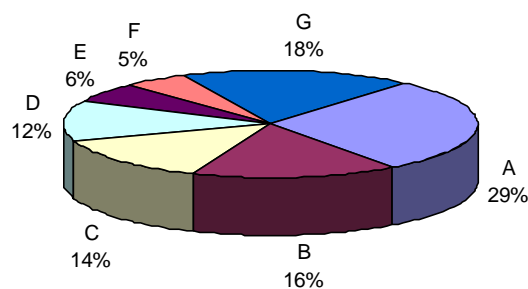
Depuis la mise en service du nouveau numéro, les appels ont augmenté en fréquence, pour atteindre une moyenne de 200 à 250 appels par mois. En ce qui concerne la maltraitance, les appels à ce sujet représentent environ 20 pour cent du total, le reste étant dû à des divorces, des problèmes familiaux, des conflits entre enfants, des problèmes scolaires, des fugues, des problèmes de drogue, du suicide, etc.

Motif des appels (1998)



- A. Relations familiales
- B. Informations
- C. Appels sans contenu (pleurs, rires, blagues)
- D. Mauvais traitements physiques
- E. Besoin de se confier
- F. Divorce
- G. Relations entre jeunes
- H. Abus sexuels
- I. Scolarité, orientation
- J. Suspicion mauvais traitements physiques
- K. Suspicion abus sexuels
- L. Autres (sexualité, suicide, fugue, drogue)

Qui appelle ? (1998)



- A. Enfants
- B. Mères
- C. Sans contenu (blagues, rires, silences)
- D. Professionnels
- E. Pères
- F. Familles
- G. Autres (amis, ...)

Les appelants sont surtout compris dans une fourchette de 8 à 16 ans, mais il existe des extrêmes, les plus jeunes ayant 4 ans, et les plus âgés pouvant même être des adultes (surtout des parents en difficulté avec leurs enfants, des parents uniques, des voisins, des enseignants, ...). L'âge moyen a baissé ces derniers temps. La plupart de ces personnes sont de sexe féminin. La durée de l'appel peut varier de quelques minutes à une heure.

Fonctionnement

Le numéro d'appel est accessible de manière continue, y compris la nuit et les jours fériés. Le coût de l'appel est de 20 centimes (tarif unique) depuis un téléphone fixe et de 60 centimes depuis une cabine téléphonique. Les téléphonistes peuvent alors conseiller l'appelant et, si nécessaire, lui recommander de venir en consultation. En général, ils apportent conseil et réconfort, et peuvent diriger la personne sur les services appropriés (SSJ, SMP, Police, GPE, SPDJ, LAVI, ...), afin d'obtenir un soutien plus complet. De manière occasionnelle, il arrive que des membres soient appelés à témoigner en justice, mais ceci reste relativement rare. Par contre, il n'y a pas de suivi des jeunes, en raison de l'anonymat.

En outre, SOS Enfants a mis en place un site internet (<http://www.sos-enfants.ch>), sur lequel les visiteurs peuvent poser des questions, soit de façon anonyme, soit de façon « publique » (consultable par tous).

Les Urgences Pédiatriques

Si la maltraitance a entraîné des lésions graves, c'est en général aux urgences pédiatriques qu'a lieu le premier contact entre la victime et le système de prise en charge de ce genre de délit. Il revient alors aux médecins de détecter la maltraitance, s'il y a lieu. Il convient de noter que le médecin n'est pas un juge, et qu'il n'est donc pas là pour critiquer les parents, mais sa fonction est plutôt d'apporter assistance à la victime et, si nécessaire, contacter les personnes qui pourront alors poursuivre la prise en charge.

La détection de la maltraitance se fait en général lorsque les faits ne correspondent pas aux lésions, ou si l'histoire racontée à l'anamnèse n'est pas très claire. Des lésions inhabituelles ou répétées (p.ex. fracture du fémur, marques dans le dos, morsures) mettront également le thérapeute sur la piste. Le contexte social dans lequel vit l'enfant (alcool, jeune âge parental, famille recomposée, ...) peut aussi apporter des renseignements intéressants. Il peut aussi y avoir une dénonciation. Tous ces éléments permettront d'évaluer la situation par un index de suspicion. Il faut garder à l'esprit qu'une situation de divorce entraîne une fois sur deux une fausse dénonciation, car il y a un conflit d'intérêt entre les deux parents.

Il est par contre important de ne jamais se précipiter sur une situation suspecte, car une erreur de jugement pourrait mener à la destruction du noyau familial. A cette fin, les cas suspects sont hospitalisés sous divers prétextes, afin que le temps ne presse pas la décision. En outre, cela rend possible des examens complémentaires approfondis. Le patient est alors signalé au groupe de protection de l'enfance (GPE), qui est une équipe pluridisciplinaire interne à l'Hôpital Universitaire de Genève. Les décisions sont alors prises en commun, ce qui minimise les risques d'erreurs.

Lorsque le médecin rencontre les parents, il peut alors leur exposer ses conclusions, et juger de la coopération des parents ; il est toujours important d'obtenir leur collaboration, afin de rétablir au mieux la situation. Il est crucial de comprendre la « motivation » des parents pour ce genre d'actes, car tout un chacun sait pertinemment qu'on n'agit pas ainsi pour le plaisir. La résolution des problèmes, qui pourraient être à la source de la maltraitance, peut alors ramener la situation à la normale.

Si l'enfant est effectivement victime de maltraitances et que la situation ne présente pas de gravité flagrante, le recours à des mesures « allégées » est envisagé (assistante sociale à domicile, coopération avec le pédiatre habituel de l'enfant, etc.). D'ailleurs, la justice n'est que rarement avertie, car elle soulève la problématique de la rupture de la relation entre le médecin et la famille en difficulté, et n'apporte pas toujours une solution réelle. Par contre, si le cas se révèle être une urgence et qu'un retour dans le cadre familial peut mettre sérieusement en danger la santé ou la vie de l'enfant, il est nécessaire de prendre les mesures qui s'imposent afin de préserver le mineur.

Pour ce qui est des statistiques, il faut relever que tous les milieux sont touchés par la maltraitance. En ce qui concerne le délinquant, les auteurs de violence physique sont aussi bien des femmes que des hommes, mais les auteurs d'abus sexuels sont plutôt des hommes. Il s'agit évidemment des cas déclarés, et il se peut très bien que les abus sexuels soient commis par des femmes ; cependant, le rideau de fer qui rend tabou ces pratiques nous empêche d'y voir clair...

Le Groupe de Protection de l'Enfance (GPE)

Le Groupe de Protection de l'Enfance a été créé, au sein de l'hôpital pour les enfants de Genève, en 1991 par le Dr Daniel Halpérin, pédiatre. Il s'est tout d'abord appelé CAN TEAM (Child Abuse and Neglect Team) pour devenir par la suite le GPE.

Ce groupe est actuellement chapeauté par le Dr Marianne Caflish, également pédiatre. Il est représenté par diverses professions de la santé : une pédiatre, deux pédopsychiatres, un chirurgien-pédiatre, une gynécologue spécialisée pour les enfants, une infirmière clinicienne et deux assistantes sociales.

Ces personnes travaillent ensemble, avant tout dans un but médical soignant, pour la protection de l'enfant. Le groupe est souvent appelé par les médecins travaillant aux urgences pédiatriques lorsqu'un cas de maltraitance semble probable. Les enfants peuvent aussi être reçus sur rendez-vous dans les 48 heures ou être amenés directement par leur parents ou un autre membre de famille, par leur maîtresse d'école, ...

L'enfant suspecté d'être victime de maltraitance est tout d'abord reçu par un pédiatre du GPE qui parle avec lui et pratique un examen physique complet. Il n'y a pas d'enregistrement vidéo des révélations de l'enfant. Le pédiatre parle également avec ses parents et essaye de trouver, dans un premier temps, une solution rapide pour protéger l'enfant. En général, l'enfant est hospitalisé pour être soigné et afin que le GPE puisse tenter d'établir la véracité des dires de l'enfant.

L'hospitalisation de l'enfant requière l'accord des parents. Si les parents refusent de laisser leur enfant, le pédiatre peut demander une clause péril auprès de la Protection de la Jeunesse qui est spécialement mandatée pour cela. En général, l'accord des parents est obtenu.

L'enfant sera donc vu pendant son hospitalisation par les différents professionnels du groupe. Ceux-ci entreront aussi en contact avec les parents dans le but de recréer une situation familiale normale.

Après son séjour à l'hôpital, le suivi de l'enfant est normalement assuré par la Protection de la Jeunesse. Les enfants sont aussi dirigés vers la Guidance Infantile (pour les plus petits), vers le Service Médico-Pédagogique (pour les adolescents) ou vers le privé (pédopsychiatre). D'autre part, si le groupe estime que l'enfant ne peut pas retourner vivre avec ses parents, il peut soumettre le retrait de garde à la PDJ qui en réfère au Tribunal Tutélaire. Le Tribunal Tutélaire est le seul à pouvoir juger de la nécessité d'un retrait de garde. Si le retrait est prononcé, l'enfant sera placé dans un foyer.

Une enquête auprès de la police est demandée dans environ 10% des abus sexuels.

LES INSTITUTIONS DE PRISE EN CHARGE

Le Service Médico-Pédagogique (SMP)

Ce service est relié au département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et, selon l'article 9 de la loi sur l'Office de la Jeunesse, est « compétent dans les questions concernant l'hygiène et la santé mentale des mineurs ». Il s'occupe d'enfants jusqu'à l'âge de 18 ans. Les enfants de moins de quatre ans sont quant à eux pris en charge par la « Guidance Infantile », service spécialisé dans les problèmes liés à la petite enfance.

Le SMP comprend huit équipes réparties en secteurs à Genève pour les enfants jusqu'à 12 ans, et deux équipes pour les adolescents jusqu'à 18 ans.

Les patients sont envoyés au SMP par :

- l'école
- la pédiatrie
- la SPDJ
- le tuteur général
- le SSJ

Les équipes sont constituées par :

- des médecins psychiatres
- des psychomotriciens
- des logopédistes
- des psychologues
- des assistants sociaux

Le Centre de Consultation Thérapeutique pour les Victimes d'Abus Sexuels (CTAS)

Extrait du prospectus du CTAS

Depuis que la loi sur les victimes d'infraction (LAVI) a été mise en place en Suisse, on connaît aujourd'hui l'importance de ne plus se cacher ni d'essayer d'oublier l'abus sexuel. Pour ne pas rester enfermé par le traumatisme qui peut avoir de graves conséquences, il faut au contraire prendre la parole et être entendu.

La personne est libre et sans engagement, et elle peut garder l'anonymat si elle le désire.

Buts de l'Association

Le centre CTAS est une association privée à but non lucratif qui offre une aide spécialisée aux personnes victimes d'abus d'ordre sexuel.

Le centre propose une prise en charge spécialisée pour les enfants, les adolescents et les adultes ayant subi un ou des abus d'ordre sexuel, ainsi qu'une aide à leurs familles.

Objectifs du Centre

- Offrir un espace où l'on peut venir parler d'abus sexuels
- Apporter aux victimes d'agressions sexuelles et à leurs proches une aide spécialisée
- Assurer un processus thérapeutique individuel ou de groupe

Pour Qui ?

Pour toutes les victimes d'agressions sexuelles, enfants, adolescents, adultes et leurs proches. Pour informer et conseiller toute personne ou institution concernée par ce problème.

Prestations du Centre

- Accueil et information
- Evaluation des situations
- Thérapie par le conte pour les enfants
- Groupes de parole pour les adolescent(e)s, adultes et parents
- Thérapie individuelle
- Conseils et informations pour parents, conjoints de personnes abusées sexuellement
- Expertise

Pierre-Grise

Qu'est ce que c'est ?

Pierre-Grise est un établissement de jeunes de l'Hospice Général qui a été créé en 1953. Cet internat pédagogique offre un logement et des cours scolaires, de logopédie et de psychomotricité aux enfants.

Pour Qui ?

Cet établissement accueille des enfants de 4 à 12 ans avec une intelligence définie comme « normale » (sans déficit mental) ayant des troubles relationnels et comportementaux.

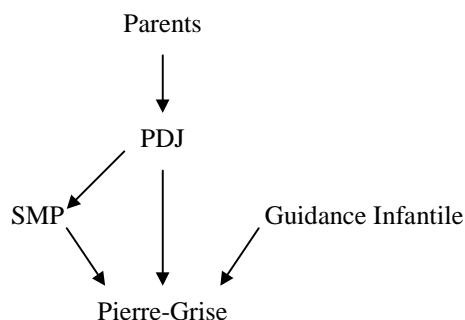


Buts

Le but primordial de Pierre-Grise est de permettre aux enfants réintégration au sein de leur famille et à l'école publique. Pour se faire, l'enfant doit retrouver un cadre sécurisant et chaleureux lui permettant de se développer, de grandir et de pouvoir par la suite s'ouvrir vers l'extérieur (école, sport, musique...). Ce travail se fait essentiellement avec les parents, afin de modifier la problématique familiale initiale et d'éviter ainsi les rechutes lorsque l'enfant retourne à la maison.

Prise en Charge

Pierre-Grise accueille 21 enfants pendant la semaine. Ceux-ci sont répartis en trois groupes mixtes d'âges différents, chacun étant accompagné de 3 éducateurs pendant les activités quotidiennes (repas, lever, devoirs...). Il existe deux classes, préscolaire et scolaire, dont le but est de faire suivre aux enfants le cursus scolaire normal. De plus, des logopédistes s'occupent des troubles du langage oral ou écrit (communication verbale ou non). Des cours de psychomotricité aident les enfants à prendre conscience de leur corps et à construire leur organisation motrice dans l'environnement.



LE CADRE LEGAL

LA POLICE

Brigade des Mineurs

En règle générale, peu de cas uniques de violences physiques parviennent à la police. Ces derniers seront plutôt traités à la Protection de la Jeunesse, afin d'éviter de briser le noyau familial. Le problème sera donc réglé de manière civile.

Lorsqu'il s'agit d'abus à caractère sexuel ajoutés à une violence physique, le recours à la police se fait de façon beaucoup plus systématique.

Exemple de Cas : Abus Sexuel sur Enfant

La Victime

Une mère aperçoit des rougeurs suspectes ou autres sur le corps de son enfant. Elle téléphone à la police. Un inspecteur ou une inspectrice de la Brigade des Mineurs, formé pour l'audition des victimes, reçoit l'enfant. Après une phase de mise en confiance, si l'âge de l'enfant s'y prête, on demande aux parents de quitter la salle. Les propos de l'enfant sont retranscrits sous forme de déclaration qui doit être contresignée par les parents. L'audition peut être filmée. Si l'enfant est très jeune, une retranscription sous forme de rapport est élaborée et est directement envoyée au Parquet du Procureur Général.

Il existe des méthodes pour évaluer la crédibilité des assertions de l'enfant. Par exemple, l'utilisation systématique du discours direct (mon père m'a dit : « ... ») est plus crédible que celle du discours indirect (mon père m'a dit que...). D'autre part, comme l'inspecteur demande ce qui s'est passé et ce que l'enfant a vu en détail, de fausses allégations sont vite repérées.

Les Témoins

Les témoins seront convoqués et entendus suite à la déclaration de la victime.

L'Agresseur

Un viol ainsi que des lésions corporelles graves (irrémediables) font l'objet d'une poursuite d'office, même en absence de plainte (art. 191...). L'inspecteur interpelle l'auteur et commence l'audition en ces termes : « Vous êtes entendu en qualité d'auteur présumé de ... ». Le cas est ensuite soumis à l'Officier de Police, qui décide si l'auteur présumé peut être relaxé (si l'enfant n'est pas crédible, s'il n'y a aucun témoin, aucune trace, si l'auteur nie les faits). Sinon, il délivre un mandat d'arrêt et l'auteur présumé est emprisonné en attendant d'être vu par le Juge, à qui l'Officier de Police envoie le dossier.

La Machine Judiciaire

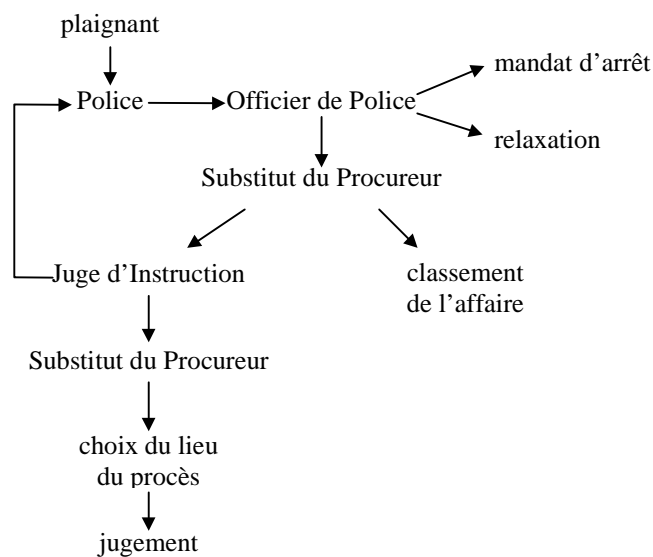
Le dossier va être confié au service du Procureur Général et être lu par le Substitut du Procureur. Ce dernier décide si l'affaire doit être classée ou si une information doit être ouverte. Dans ce dernier cas, le dossier est envoyé au Juge d'Instruction, qui va mener l'enquête en collaboration étroite avec la police. Les résultats de l'enquête sont ensuite soumis à nouveau au Substitut du Procureur, qui va

décider où aura lieu le jugement. Trois possibilités lui sont offertes: le Tribunal de Police, la Cour Correctionnelle ou la Cour d'Assise. Dans les affaires de mœurs, c'est la Cour Correctionnelle qui sera choisie.

Si la mère s'adresse d'abord à un avocat, l'affaire va directement au Parquet, mais la police sera de toute façon mandatée pour collaborer avec le Juge d'Instruction par la suite.

Cas Non Avérés

En cas de divorce ou de séparation conflictuels, les accusations mensongères d'abus sexuels sont un phénomène nouveau aux conséquences désastreuses, mais qui a pris une réelle ampleur ces dernières années.



LÉGISLATION SUISSE EN MATIÈRE DE DROITS DE L'ENFANT

Cadre Juridique

En Suisse, le cadre juridique est basé sur plusieurs niveaux. Tout d'abord, au niveau international, il y a de nombreuses conventions et pactes qui défendent les enfants, les Hommes, etc. ; on peut citer la Convention européenne des droits de l'homme (1959), la Convention de La Haye sur la protection des mineurs (1961), et bien d'autres. La principale source en ce qui nous concerne est la **Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant** de 1989, que la Suisse a signée en 1991 et ratifiée en 1997. Comme il s'agit d'un acte international, le droit suisse doit donc être conforme à ses normes (mis à part quelques réserves). Les notions essentielles en sont l'intérêt supérieur de l'enfant et le droit de l'enfant d'être entendu et de s'exprimer librement. Les articles qui concernent spécifiquement les mauvais traitements sont ceux qui ont rapport à la protection de l'enfant contre la violence, la protection de l'enfant contre l'exploitation et la violence sexuelle et les soins appropriés aux enfants victimes. On pourra également invoquer d'autres articles dans ce cadre : les articles au sujet du travail des enfants, du trafic d'enfants, de la protection contre toute forme d'exploitation et de l'interdiction de la torture et des traitements cruels.

Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant

art. 3	intérêt supérieur de l'enfant
art. 12	droit de l'enfant d'être entendu et de s'exprimer
art. 19	protection de l'enfant contre la violence
art. 32	travail des enfants
art. 34	protection de l'enfant contre l'exploitation et la violence sexuelle
art. 35	trafic d'enfants
art. 36	protection contre l'exploitation
art. 37	interdiction de la torture et des traitements cruels
art. 39	soins appropriés aux enfants victimes

Au niveau du droit suisse, il y a tout d'abord la **Constitution fédérale suisse** (Cst. Féd.). Celle-ci n'est pas très étoffée en ce qui concerne les droits de l'enfant. On pourra éventuellement se référer à l'article 11 sur la protection des mineurs, qui reste toutefois assez vague, ainsi qu'aux articles 8 et 10 qui assurent les droits fondamentaux de tout être humain. On y trouve également les bases de la LAVI (loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions) dans l'article 124, qui propose un appui aux victimes. La LAVI contient une série de dispositions en faveur de la victime : le droit à l'information sur la procédure en cours, le droit d'être accompagnée par une personne de confiance,

Constitution fédérale suisse

art. 8	égalité et non-discrimination
art. 10	droit à la vie et à la liberté personnelle et interdiction de la torture
art. 11	protection des enfants
art. 124	aide aux victimes

le droit au huis-clos (en cas d'infraction contre l'intégrité sexuelle), la possibilité de ne pas être confrontée au délinquant (sauf si le droit de ce dernier l'exige), la possibilité de ne pas déposer sur des faits qui concernent sa sphère intime et le droit à la protection de sa personnalité.

Ensuite, il y a le **Code civil suisse** (CCS), qui propose divers articles en matière de protection de l'enfant (droit civil). Ainsi, en cas de menace au développement de l'enfant, le Code civil permet à l'Autorité tutélaire (Tribunal tutélaire à Genève) de prendre les mesures nécessaires. Les possibilités sont assez larges.

<i>Code civil suisse</i>	
<i>art. 307</i>	mesures protectrices simples
<i>art. 308</i>	curatelle
<i>art. 310</i>	retrait du droit de garde
<i>art. 311 et 312</i>	retrait de l'autorité parentale

Les *mesures protectrices simples* permettent à l'autorité de rappeler aux parents leurs devoirs face à leur enfant et éventuellement d'avoir un droit de regard via le service de protection de la jeunesse (SPDJ). La *curatelle* permet à l'autorité de nommer un curateur qui va apporter un appui aux parents et, si nécessaire, lui conférer d'autres pouvoirs face à la justice (représentation de l'enfant en justice, ...). Le *retrait du droit de garde* permet un placement de l'enfant en lieu sûr en cas de compromission grave du développement ; les parents gardent cependant l'autorité parentale et l'obligation d'entretenir l'enfant. La mesure ultime est le *retrait de l'autorité parentale* ; il peut être prononcé par l'Autorité de surveillance (à Genève, c'est la Chambre de la Cour de justice, qui est l'autorité supérieure au Tribunal tutélaire), ainsi que par l'Autorité tutélaire (le Tribunal tutélaire à Genève).

Finalement, il y a le **Code pénal suisse** (CPS), qui régit les actes illégaux ainsi que leurs sanctions. Les maltraitances réprimées par la juridiction suisse sont : les lésions corporelles, les voies de fait (gifle, éraflure, contusions), la mise en danger, l'atteinte à l'intégrité sexuelle d'un mineur, l'encouragement d'un mineur à la prostitution, l'exploitation sexuelle des enfants (pornographie, ...), l'inceste, ainsi que la violation du devoir d'assistance ou d'éducation d'un mineur.

<i>Code pénal suisse</i>	
<i>art. 122, 123 et 125</i>	lésions corporelles
<i>art. 126</i>	voies de fait
<i>art. 127</i>	mise en danger
<i>art. 187, 188, 189 et 190</i>	atteinte à l'intégrité sexuelle d'un mineur
<i>art. 195</i>	encouragement d'un mineur à la prostitution
<i>art. 197</i>	exploitation sexuelle des enfants
<i>art. 213</i>	inceste
<i>art. 219</i>	violation du devoir d'assistance ou d'éducation d'un mineur

Dans la législation suisse, il existe ce qu'on appelle la **clause péril**, qui peut être invoquée en cas d'urgence ou de danger pour la vie de l'enfant ; cette clause permet à la Protection de la Jeunesse de placer l'enfant victime en lieu sûr, dans un foyer provisoire, pour une durée limitée (de l'ordre de quelques jours). Les parents ne sont avertis qu'après le placement de l'enfant. Ensuite, le juge tutélaire peut, si la nécessité est bien réelle, attester cette mesure, et le placement devient officiel et sans limite dans le temps.

Procédure Pénale

La procédure pénale débute au moment où il y a une plainte⁸ qui est déposée. Il existe certaines exceptions (infraction contre la vie, contre l'intégrité corporelle ou contre l'intégrité sexuelle des mineurs) où une simple dénonciation⁹ suffit ; le délit est alors poursuivi d'office. La dénonciation est obligatoire en cas de crime contre l'intégrité sexuelle (délits décrits par les art. 187, 189, 190, 191, 195, 196 CPS), sous réserve du secret professionnel (art. 321 CPS), sauf si la victime est consentante ou si la loi prévoit une obligation de dénoncer (art. 321 al. 2 et 3 CPS). D'ailleurs, lorsque l'intérêt d'un mineur est impliqué, il y a une déliaison du secret prévue par la loi (art. 358 ter CPS). Toutefois, cet article ne rend pas la dénonciation obligatoire. Par contre, les fonctionnaires ont l'obligation de dénoncer, à l'exception des médecins fonctionnaires (le secret médical prime sur le secret de fonction).

Pour informer la justice d'une infraction, la prescription est de trois mois s'il s'agit d'un acte qui n'est pas poursuivi d'office (art. 29 CPS). S'il s'agit d'un délit (peine de trois ans d'emprisonnement ou réclusion), la prescription est de dix ans. Ces délais débutent au jour de l'infraction ou de son dernier acte (art. 70 CPS). Dans le cas de l'inceste, la prescription est de deux ans (art. 213 al. 3 CPS), mais comme il s'agit d'une infraction contre un mineur, les articles 187, 188, 189, 190 ou 191 du Code pénal s'appliquent aussi et c'est alors la prescription la plus longue qui s'applique (dix ans).

Durant la procédure, l'Autorité tutélaire a pour rôle de protéger le mineur impliqué. D'une part, si des mesures de protection de la victime s'imposent, elle pourra prendre les dispositions nécessaires. D'autre part, si les intérêts du mineur et de ses parents (ou de son représentant légal) sont en opposition (p.ex. dans le cas d'abus par un parent), elle nommera un curateur, qui aura pour fonction de représenter l'enfant au cours de la procédure.

⁸ La plainte correspond à une déposition par la victime, par son représentant légal ou par l'Autorité tutélaire.

⁹ La dénonciation correspond à l'information de la justice de l'existence d'une infraction par un tiers ou par la victime, si celle-ci ne désire pas intervenir activement au procès.

LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT

Il existe différents endroits où l'enfant reçoit une prise en charge adéquate en fonction de ses besoins :

- L'hôpital
- Le placement hors de la famille
- Le SMP ou les psychiatres privés

L'HOPITAL

Comme nous l'avons déjà mentionné précédemment, l'hôpital est le lieu d'accueil habituel pour tous les enfants dont les lésions corporelles ou l'état général nécessitent des soins particuliers. Les enfants y reçoivent donc dans un premier temps un traitement physique. Si le médecin soupçonne qu'une maltraitance est à l'origine des lésions corporelles (cf. chapitre « Définitions des Différents Types de Maltraitance »), il discute en général le cas et les démarches à suivre avec son équipe. Le signalement auprès du GPE est aussi possible. Par contre, le médecin n'est pas obligé de dénoncer la maltraitance, sauf en cas d'attouchements ou d'abus sexuels avérés. En outre, il est possible d'hospitaliser des enfants (par une clause péril) dont les lésions somatiques sont peu graves, dans le but de les soustraire provisoirement à un environnement dangereux et de procéder à une observation.^a

L'hôpital joue un rôle indispensable de diagnostic et de traitement, mais il représente également une forme de retrait moins traumatisant pour la famille qu'un placement social imposé. C'est un lieu plus neutre, ayant pour but de protéger et de soigner l'enfant, et qui permet de procéder aux enquêtes nécessaires, de susciter autour du cas une réunion pluridisciplinaire en associant à l'équipe hospitalière (GPE) des intervenants extérieurs connaissant la famille et de mettre en place un plan d'action.^a

LE PLACEMENT HORS DE LA FAMILLE

Le placement est décidé lorsqu'il est nécessaire de protéger l'enfant en l'éloignant de sa famille pour une durée plus ou moins longue. Il ne doit pas être considéré comme une fin en soi, mais comme un élément provisoire d'une démarche thérapeutique globale dans l'intérêt de tout le groupe familial. Le travail familial se poursuit parallèlement à l'éloignement de l'enfant.^a

L'enfant peut être accueilli dans un foyer spécialisé en hébergements à court terme. C'est le cas pour les placements d'urgence. Le placement à long terme est envisagé si les parents ont été privés de leurs droits de garde. L'enfant est ensuite placé dans un foyer ou dans une famille d'accueil formée et observée régulièrement par le SPDJ.

Chaque fois que cela est possible, tout doit être mis en œuvre pour faciliter, au sein même de la séparation, un maintien des liens, sous quelques formes que ce soit, entre parents et enfants.^a

Le retour de l'enfant dans sa famille est envisageable dès le début, mais cela doit se faire de façon prudente et progressive, en utilisant tous les moyens possibles de traitement pour l'enfant, mais aussi et surtout pour la famille non fonctionnelle.^a

LE SMP OU LES PSYCHIATRES PRIVES

Le Service Médico-Pédagogique ou les psychiatres prennent en charge la réparation des dommages psychiques et psychologiques qu'un enfant maltraité a subis. L'enfant maltraité a besoin d'une telle prise en charge pour pouvoir vaincre le traumatisme qu'il a vécu et continuer de vivre une enfance normale. En travaillant avec l'enfant et ses parents, le thérapeute envisage la reconstruction d'une famille « normale ».

Le traitement de ces enfants dépend fortement du type de maltraitance. Un enfant qui a subi des abus sexuels doit être pris en charge différemment qu'un enfant battu.

Souvent, on ne peut pas décrire une organisation psychopathologique particulière. On a déjà signalé la fréquence des traits dépressifs où dominant le sentiment de culpabilité, la honte, la dévalorisation de soi.^c

Pour démontrer le déroulement possible d'un traitement, le cas d'un enfant abusé sexuellement par un membre de la famille a été choisi.

Les Circonstances et le Cadre de l'Abus Sexuel

Le traumatisme qui découle d'un abus sexuel est important. Les conséquences seront différentes selon les enfants et elles dépendent aussi de la nature de l'abus :

- avec ou sans contact
- avec ou sans violence
- durée dans le temps
- aide trouvée par l'enfant

Un rôle important est aussi joué par la structure psychologique de l'enfant au moment de l'abus et des ressources qu'il pourra y puiser.

Les familles dans lesquelles on trouve des abus sexuel intrafamiliaux présentent très souvent une distorsion dans les relations parents-enfants. Il existe différents degrés de distorsion, le cas extrême étant le passage à l'acte « abus sexuel ».^b

Quand un Enfant Parle

Lorsqu'un enfant parle, il témoigne de son effort pour survivre. Il est très important pour le tiers d'écouter l'enfant et de l'aider à exprimer ce qui est aussi l'amorce d'une élaboration de son sentiment de culpabilité. La personne à qui l'enfant se confie doit le rassurer et le convaincre *qu'il n'est pas fautif, mais que c'est l'adulte qui a mal agit, que ce que l'adulte a fait est contre la loi, et que l'enfant sera protégé*. Il faut alors encourager l'enfant, lui montrer son empathie et le rassurer sur son intégrité physique et mentale, afin de désamorcer sa fixation sur le traumatisme.

La révélation permet également une réparation, un réajustement de l'enfant par rapport à son rôle, son sexe et l'ordre des générations dans sa famille. Il est important pour l'enfant de trouver sa place de victime pour commencer le processus de déculpabilisation.^b

Le Secret

Le moment de la révélation est un grand traumatisme ; il y a perte d'un équilibre antérieur que l'enfant s'était construit pour survivre. Le secret fonctionne comme un verrouillage de protection, car l'enfant se trouve entre la perception de la transgression de l'adulte et la souffrance qui se trouve en son for intérieur. En effet, livrer le secret signifie pour l'enfant une véritable

dépossession, une atteinte narcissique, car c'est une mise à nu. Les adultes ne comprennent en général pas le comportement de l'enfant à ce moment-là, qui est à l'opposé de leur attente, c'est-à-dire la projection de leurs propres réactions (refus, protestations, défense), et c'est pourquoi ils doutent de la parole de l'enfant, même quand elle parvient enfin à émerger.^b

Les Conséquences Psychologiques de l'Abus Sexuel sur l'Enfant

1. A court terme

- Psychosomatiques
 - Douleurs abdominales
 - Manifestations régressives (langage et moteur)
 - Désordres alimentaires
 - Troubles de sommeil
 - Troubles de développement
 - Troubles émotionnels - état dépressif - tristesse - agitation
- Comportementales
 - Isolement
 - Manque de confiance envers l'adulte
 - Provocations érotiques
 - Activité auto-érotique compulsive
 - Comportement sexuel précoce
 - Comportement phobique

2. A long terme

- Comportement autodestructeur lié à la perte de l'estime de soi de type :
 - suicide
 - prostitution
- Confusion des rôles qui induit des évolutions psychopathologiques ou des troubles de la sexualité adulte et de l'identification des rôles parentaux.

Les Thérapies

Il existe plusieurs outils thérapeutiques utilisés dans la pratique de la psychothérapie de l'enfant traumatisé : la psychanalyse, la thérapie individuelle par le jeu, la reviviscence des éléments traumatiques. Les objectifs suivants sont considérés pendant une psychothérapie :

1. Le recours à la loi

Il est indispensable et préalable à la thérapie. Il est impossible d'engager une thérapie si l'abus continue. La loi impose à la famille une limite symbolique que celle-ci avait perdue. Elle permet de remettre chacun à sa place dans une structure familiale, où les places sont confuses ou inversées. La thérapie n'est pas une alternative à l'intervention judiciaire, mais sa suite logique.^b

2. Désigner qui est la victime

En reconnaissant l'enfant comme victime, on lui enlève une part de culpabilité et on le remet à sa place d'enfant par rapport au parent. Cette reconnaissance est une question d'identité et

une réparation symbolique pour l'enfant, car les abus sexuels produisent des blessures profondes au niveau de l'identité.^b

3. Créer des frontières entre les générations, apprendre les différentes façons d'aimer, catégoriser l'affectivité

La famille incestueuse se caractérise par un manque de frontières et de limites entre ses membres. Poser des frontières, c'est rétablir des limites territoriales du corps et de l'espace psychique, vitales pour l'enfant.^b

4. Etayer la mère dans sa fonction protectrice

5. Apprendre à dire non

Les règles d'auto-protection des campagnes de prévention sont inefficaces en cas d'inceste, car l'enfant ne peut pas dire non à une personne connue et aimée. Dans le contexte familial, il ne peut pas s'opposer à l'autorité de l'adulte. Apprendre à dire non, c'est ramener l'enfant dans la certitude qu'il peut se fier à ses propres perceptions.^b

6. Prévenir les nouvelles agressions

L'objection de la thérapie est de rétablir une relation mère-enfant suffisamment bonne pour que l'enfant cesse de rechercher la tendresse des adultes sur n'importe quel mode et qu'il soit à nouveau victime d'une réponse sexuelle.

Par ailleurs, il peut arriver que l'enfant abusé s'adresse à d'autres enfants de son âge sous forme d'agression sexuelle. La thérapie envisage donc de lui fixer un interdit qu'il n'a pas pu intégrer, ayant lui-même vécu la transgression.

En cas d'abus répétés, sans ou avec peu de violence, l'enfant se retrouve avec une excitation sexuelle. Le travail thérapeutique vise alors à canaliser cette excitation au niveau auto-érotique.^b

7. Le droit à la haine

Les chocs traumatiques subis par l'enfant laissent souvent l'alternative entre la dépression et la haine, parfois une alternative fluctuante.

L'opinion publique, et souvent également celle des professionnels, est d'arriver progressivement à interdire à la victime, de façon plus ou moins implicite, à éprouver une haine légitime envers son agresseur quand celui-ci est son père ou sa mère. De plus, on exige de la victime de se rétracter et de pardonner à son agresseur. Par contre, quand les victimes reçoivent pour ultime réponse une induction à pardonner, elles n'ont pas d'autre issue que le refoulement et la reproduction de la violence sur la génération suivante, ou, la dépression, qui peut aller jusqu'au suicide.

Un des axes majeurs de la thérapie est alors d'autoriser l'enfant à éprouver une haine légitime envers son agresseur. L'émergence de cette haine n'est qu'une première étape de la thérapie, un passage vers la symbolisation, un processus de meurtre symbolique et de deuil.^b

Si l'enfant n'a pas immédiatement cherché de l'aide et n'a pas été protégé, la seule option pour lui sera d'accepter la situation et d'y trouver le moyen de survivre. Il sera alors engagé dans un processus morbide. C'est le cas de nombreux enfants qui restent murés dans le silence.

Un abus sexuel chez l'enfant non traité entraîne des troubles de la personnalité. Ces troubles peuvent se manifester par des comportements sexuels pervers, par une maltraitance exercée sur ses propres enfants ou par d'autres troubles sociaux.

Pour a, b, c, d, e, f, se référer à la bibliographie.

LA PREVENTION

FACTEURS DE RISQUE A L'ORIGINE DE LA MALTRAITANCE DES ENFANTS DANS LA FAMILLE

Les premières explications de l'origine de la maltraitance désignaient les milieux défavorisés avec un corollaire plus ou moins avancé de problèmes économiques et d'alcool. Actuellement, on tient compte de la dégradation des conditions de vie, de l'isolement social, de la personnalité des parents et de leur histoire.

Il faut savoir qu'un cumul des facteurs de risque mène à une situation favorable au rejet ou à la violence, et donc à la maltraitance.

Enfants à Risque

L'enfant peut occuper une place particulière qui le rend sujet à la maltraitance : il peut être le fruit d'une union adultérine ou antérieure, être handicapé, être l'enfant qui remplace un frère ou une sœur décédé.

Il peut aussi s'avérer être un enfant réellement difficile pour ses parents, ceci en raison de son vécu : enfant prématuré, malade, séparé longtemps ou à plusieurs reprises de sa famille.

Parents à Risque

On remarque une récurrence d'immaturité affective chez les adultes maltraitants. Par ailleurs, on note souvent une mauvaise image de soi et une intolérance à la frustration. Tous ces problèmes peuvent être dus à un vécu difficile. Ceci rend les parents moins compétents dans leur rôle, tant au niveau de la gestion du stress que du modèle éducatif, qu'il leur est difficile de mettre en place. Dans ces cas-là, il faudrait remettre en cause l'éducation reçue pour en proposer une nouvelle.

On trouve aussi des parents déprimés qui cherchent refuge et assistance auprès de leurs propres enfants, les chargeant de responsabilités trop lourdes et ingérables pour leur âge, générant ainsi de nombreuses angoisses.

Parmi les adultes susceptibles de débordement, on notera encore ceux qui sont malades, de façon chronique ou non, ceux qui sont exposés au stress de manière continue et les parents mineurs ou en conflit avec leur famille d'origine.

Certains adultes maltraitants souffrent de maladies mentales ou de toxicomanie. Ils présentent parfois des personnalités caractérielles, obsessionnelles ou phobiques.

On notera surtout que ces adultes sont parfois très bien adaptés socialement et que leur normalité apparente peut rendre leur identification très difficile.

Familles à Risque

On citera certaines structures familiales, qui, en soit, représentent des facteurs de risque de stress et, par là, de maltraitance possible : les familles monoparentales ou recomposées, par exemple. L'augmentation du temps de travail des parents qui ont la charge des enfants est un autre facteur de stress et donc de risque de maltraitance.

On remarque évidemment un terrain favorable dans les familles sans sécurité matérielle et affective et dans lesquelles se combinent des facteurs de risque du type : alcoolisme, toxicomanie, couples

instables, concubinages successifs, enfants de plusieurs lits, mères fréquemment seules avec des enfants qui deviennent un trop lourd fardeau. Mais il faut savoir que l'apparente prépondérance de ces familles est aussi le résultat d'une plus grande attention que leur portent les services médico-sociaux.

A l'opposé se trouvent des familles apparemment normales, dont le statut économique et social est satisfaisant. Dans ces familles, il est pourtant possible d'observer des troubles du comportement parental du type rigidité psychoaffective, perversité, obsession de l'ordre et de la propreté, exigences excessives vis-à-vis de l'enfant (par exemple au niveau des performances scolaires) qui entraînent des carences affectives, des punitions, des brimades ou des humiliations.

Remarquons encore que la responsabilité des deux parents est engagée lors de maltraitance dans la cellule familiale : en effet, le désintérêt, le silence ou les provocations de celui qui s'abstient induisent ou aggravent les mauvais traitements infligés par le conjoint.

Périodes à Risque

Certaines situations de crises intrafamiliales accidentelles amènent des tensions émotives et une vulnérabilité qui peuvent constituer des facteurs de risque de maltraitance : les deuils, les accidents, les maladies, la perte d'un emploi ou d'un logement.

On notera aussi que les étapes de la vie familiale sont aussi parfois des sources de stress non négligeables du fait qu'elles exigent la réorganisation des relations des membres du groupe, et cela sur plusieurs générations. Ce sont par exemple l'officialisation de la relation de couple, les difficultés conjugales, le divorce durant lequel les enfants sont souvent tiraillés entre les deux parents, voire utilisés dans le cadre de la procédure, la naissance d'un autre enfant, l'entrée à l'école, l'adolescence.

LA PREVENTION DE LA MALTRAITANCE ET DES ABUS SEXUELS

On trouve trois axes de prévention : primaire, secondaire et tertiaire.

La Prévention Primaire

Elle regroupe toutes les stratégies qui sont utilisées pour éviter la survenue de la maltraitance et des abus sexuels.

On citera les cours d'éducation sexuelle reçus à l'école, qui sont censés préparer les enfants à reconnaître l'agresseur et ses mauvaises intentions et à pouvoir lui dire non. Il semble que l'efficacité préventive de ces cours ne soit pas celle attendue et qu'elle puisse même avoir des effets négatifs dans le cas où l'enfant serait tout de même victime d'une agression, l'enfant se sentant alors encore plus coupable de n'avoir pas su éviter le piège. On signalera tout de même que ces cours permettent à certains enfants de venir parler à l'enseignant de leur expérience, ce qui constitue parfois la première étape du dévoilement d'un abus sexuel dont ils n'avaient pas conscience.

Des brochures sont aussi distribuées aux enfants et à leurs enseignants et éducateurs. Il semble que les auteurs de ces brochures rechignent souvent à expliquer que les parents de l'enfant puissent eux aussi être les abuseurs potentiels. Ceci peut rendre ces documents inutiles, voire sources de confusion dans la tête des enfants abusés, puisque la plupart des abus sexuels sont perpétrés dans la famille ou par un ami de la famille...

Actuellement, on tend plutôt à développer la résilience des enfants, en stimulant leurs compétences sociales et leur confiance en eux-mêmes. Ceci devrait leur permettre de mieux pouvoir éconduire

leur agresseur et d'avoir de meilleures réactions face à une agression potentielle par l'acquisition d'une plus grande conscience de leur valeur propre.

Au vu des facteurs de risque précités, la prévention primaire passe essentiellement par une optimisation des conditions de vie des familles. Il nous semble qu'une bonne information sur la contraception ainsi que le droit à l'avortement en sont une des premières étapes. Elles garantissent qu'une famille ne se fondera pas si les futurs parents ne s'estiment pas eux-mêmes prêts à assumer cette situation.

Quand la famille est là, certaines choses peuvent faciliter son développement : il peut s'agir de congés maternité adaptés à la situation des parents, de revenus corrects, d'allocations familiales adéquates, d'un logement correct pour la famille, d'une bonne intégration dans un tissu social épanouissant, d'un accueil de jour facilité si les parents travaillent (crèche, garderie), ou s'ils ressentent parfois le besoin de « souffler » quelques heures sans leurs bambins (jardins d'enfants). Ces lieux sont par ailleurs des occasions de rencontre entre parents, qui ont ainsi l'opportunité de créer petit à petit des réseaux qui peuvent leur permettre de se soutenir mutuellement en cas de besoin.

Toutes ces propositions sont idéales, et certaines d'entre elles encore loin d'être acquises. On prendra pour exemple le récent débat sur le congé maternité. On notera par ailleurs qu'une mère doit inscrire son enfant à la crèche avant même la naissance de celui-ci, et qu'aucune des propositions précitées n'est une évidence pour des gens dont les conditions économiques et sociales sont précaires, ce qui peut encore grandement augmenter leur isolement, leur stress, et donc les facteurs de risque de maltraitance.

Par ailleurs, on essaie actuellement de développer une action de promotion de la formation des parents. C'est dans ce but qu'ont été réalisés par exemple la vidéo « Ne secouez jamais un bébé », ou l'exposition itinérante en Suisse « Nos chers petits : joies et exaspérations », deux projets soutenus par le budget « Enfance maltraitée » de l'OFAS (Office Fédéral des Assurances Sociales). Nous remarquons que la prévention primaire qui s'adresse aux enfants aborde avec beaucoup de peine le sujet de la famille, tant au niveau des mauvais traitements physiques et psychiques que des abus sexuels qui pourraient être le fait des parents eux-mêmes.

D'un autre côté, au niveau des parents, la prévention n'aborde pas non plus le domaine des abus sexuels perpétrés par les parents... Comme ces abus intrafamiliaux sont les plus communs, il semble qu'il y ait là matière à travailler...

La Prévention Secondaire

Elle consiste en une détection et une prise en charge précoces des cas, en vue de la diminution de la prévalence de la maltraitance et des abus, et en une reconnaissance des familles à risque, ceci sur la base des facteurs cités plus haut, pour les accompagner, de manière à limiter le taux de maltraitance.

Il faut pour cela détecter une première fois ces mauvais traitements. C'est le travail du GPE (anciennement CAN TEAM), des médecins en ville à qui on amène ces enfants, des éducateurs, des enseignants, du SSJ et du SPDJ, ces deux derniers ayant entre autres pour mission de tenter de ramener les parents à leurs obligations avant de recourir à la police.

Notons encore la mise en place d'un numéro à trois chiffres identique dans toute la Suisse, le 147, fruit du partenariat de Pro-Juventute et de Help-O-Phone (qui regroupe une trentaine d'associations) qui est accessible 24 heures sur 24 pour 20 centimes. Les enfants et adolescents y sont entendus par des spécialistes-répondants, dont la formation continue est soutenue par l'OFAS. Le SPDJ apporte par ailleurs une évaluation sociale de toutes les familles qui divorcent et s'avère à même de repérer certaines familles à risque durant cette période difficile, puis de proposer une orientation vers des

organismes susceptibles de leur apporter de l'aide. Le SPDJ est également chargé d'évaluer les lieux dans lesquels les enfants sont placés (familles d'accueil, crèches, garderies, foyers). Le SPDJ est aussi mandaté pour apporter un appui éducatif à court, moyen et long terme, ce qui pourrait aussi être une façon d'aider les familles en difficulté à ne pas dérapier vers la violence.

La Prévention Tertiaire

Elle consiste à éviter les récurrences de maltraitance. Dans ce but, on peut faire appel à la justice et mettre les auteurs en prison si le cas est grave. Cependant, si la situation est moins dramatique, et s'il n'est pas trop tard, on peut tenter de restaurer un lien familial. Dans ce but, il faut soutenir parents et enfants. En effet, la thérapie peut aider le parent batteur à se remettre en question, à comprendre ce qui lui est arrivé, et peut-être à trouver de nouvelles solutions, débloquer des situations et à tenter d'engager de nouveaux rapports avec son enfant. Dans le cas des abuseurs sexuels, ce genre d'espoir semble franchement déplacé vis-à-vis de la victime. Par ailleurs, il faut soutenir les enfants qui sont victimes des mauvais traitements non seulement parce qu'ils souffrent, mais aussi parce qu'ils risquent plus tard de développer des pathologies qui les mèneront peut-être (environ 30% d'entre eux), à leur tour, à devenir des adultes maltraitants !

Prévention aux Trois Niveaux Confondus

L'OFAS soutient actuellement une recherche sur l'évaluation dans le canton de Vaud de la mise en œuvre du Rapport « Enfance Maltraitée en Suisse » de 1992 et de ses nombreuses recommandations visant à mieux protéger les enfants des mauvais traitements. Aucun canton n'a pour l'instant procédé à une telle évaluation. Cette étude permettra de se rendre compte dans quelles mesures ses recommandations sont encore pertinentes, d'adapter une nouvelle politique en cas de besoin et pourra servir de protocole d'évaluation dans les autres cantons.

L'OFAS soutient aussi la formation continue des professionnels concernés par la maltraitance infantile et les abus sexuels (juristes, policiers, médecins, personnel soignant, autorités tutélaires, assistants sociaux, psychologues, enseignants, etc.).

Ces deux démarches s'inscrivent à notre avis dans toutes les étapes de la prévention.

Une recherche théorique a été mandatée, toujours par l'OFAS, pour élaborer un concept global de prévention des maltraitances et des abus sexuels. Elle s'adresse à la Confédération, aux cantons, aux communes ainsi qu'aux associations. Ce concept doit être utilisable concrètement pour coordonner des recherches et mettre sur pied des actions préventives aux différents niveaux. Il détermine les facteurs de risque et, à partir de là, quels sont les partenaires actifs et les mesures préventives possibles. Les différentes méthodes d'action (lobbying, médiatisation, travail de réseau) y ont aussi été répertoriées. De nombreux exemples de bonnes pratiques à imiter sont aussi présentés dans ce concept de prévention, qui se trouve actuellement à la phase finale de son élaboration. Une version courte, de forme graphique attractive et traduite dans les trois langues nationales, sera diffusée à large échelle.

Notons encore la mise à jour 1998 du répertoire « Protection de l'enfance » des services d'aide et de consultation existant en Suisse en matière de maltraitance infantile. Ce répertoire est aussi soutenu par l'OFAS et peut aussi être un outil de prévention aux trois niveaux que nous venons de décrire.

POLITIQUE DE SANTE ET BUDGETS

Nous avons essayé de savoir quels étaient les moyens à disposition pour lutter contre le fléau de la maltraitance. Nous nous sommes rendus à Berne pour interroger à l'OFAS, centre des questions familiales, le responsable du budget « maltraitance » mis à disposition par la Confédération.

Il s'avère que le budget alloué se monte pour l'année 2000 à 313 000 francs. Ce petit budget est dispatché sur une douzaine de projets nationaux concernant la prévention de la maltraitance. Certains d'entre eux ont été présentés précédemment.

L'existence de ce budget fait suite au rapport « Enfance Maltraitée en Suisse » de 1992. On peut dire que ce budget est en augmentation puisqu'il était initialement de 150'000 francs pour l'année 1996. Il semble qu'une croissance économique favorable de la Suisse serait à relier avec le fait que la société puisse se permettre de penser au problème de la maltraitance infantile. Cependant, celle-ci semble concerner la population de façon moins urgente que l'assurance maladie ou l'AVS. On peut aussi remarquer qu'elle semble encore actuellement considérée par certains citoyens comme un problème familial pour lequel les autorités ne devraient pas avoir voix au chapitre (on châtie son enfant comme bon nous semble... et que dire des abus sexuels et autres incestes ???). Cependant, au niveau fédéral, on essaie de se diriger vers des cieux plus positifs.

Au niveau cantonal, par contre, nous avons eu bien de la peine à obtenir des renseignements précis. Nous avons parlé plus haut dans le texte de ce qui est fait au niveau des divers services et associations privées dont nous avons eu connaissance.

Nous avons remarqué combien le stress économique et social était un facteur de risque important pour la maltraitance.

Il nous semble intéressant de souligner que pour une femme qui va mettre au monde un enfant, le congé maternité peut plafonner à 8 semaines en fonction de son employeur, et que le pourcentage du salaire versé avoisine souvent 80%. Ces chiffres ne représentent pas une aide tellement efficace, surtout si l'on considère que la femme est sûrement assez mise à mal par sa nouvelle situation et qu'elle doit d'un seul coup faire face à de nouveaux frais, puisqu'il y a une personne de plus à la maison... De ce côté-là, il nous semble que la prévention de la maltraitance est assez peu prise en compte !!! Cette nouvelle mère n'est apparemment pas visitée à Genève par une puéricultrice itinérante chez elle ; cela se fait dans le canton de Vaud, afin de prévenir les problèmes qui pourraient aboutir à une maltraitance.

De plus, la naissance de l'enfant donne droit à une prime de 1000 francs et à une allocation familiale de 170 francs par mois jusqu'à l'âge de douze ans, un peu plus par la suite, et jusqu'à 25 ans si l'enfant est en formation. Ces aides financières ne sont pas calculées en fonction du revenu de la famille et sont sans rapport avec ce que coûte réellement un enfant (surtout pour une famille monoparentale...).

Comme la mère devra reprendre son travail dans les 8 semaines si ses conditions de travail l'y obligent, elle devra mettre son enfant à la crèche... mais elle aurait dû prévoir l'inscription de son enfant depuis plusieurs mois, même avant la naissance... voilà qui facilite la situation de notre nouvelle maman !!!!

Les chiffres indiquent que le plus grand nombre d'enfants maltraités se trouve chez les petits enfants de moins de deux ans...

Si on accepte l'idée que la maltraitance infantile fait le lit de la psychiatrie adulte, il est temps de considérer vraiment ce problème comme une priorité de santé publique. Certaines améliorations budgétaires, notamment en matière de politique familiale, pourraient grandement améliorer le sort de certains enfants, futurs adultes. Les économies d'aujourd'hui seront les dettes de demain...

CONCLUSION

Tout au long de ce travail, nous avons pris conscience de l'importance du réseau genevois impliqué dans la résolution de problèmes liés à la maltraitance des enfants.

Bien que la coordination entre les différentes institutions soit relativement efficace, il reste cependant quelques points à améliorer. La SPDJ par exemple, fait office de goulet d'étranglement au sein du réseau. Quelle que soit leur entrée, tous les cas aboutissent à la SPDJ. Celle-ci, faute de personnel, n'assure pas une prise en charge rapide des dossiers lui parvenant. De plus, la lenteur administrative (que ce soit au niveau des institutions sociales ou des procédures judiciaires) et le choix des priorités politiques ralentissent le développement du réseau.

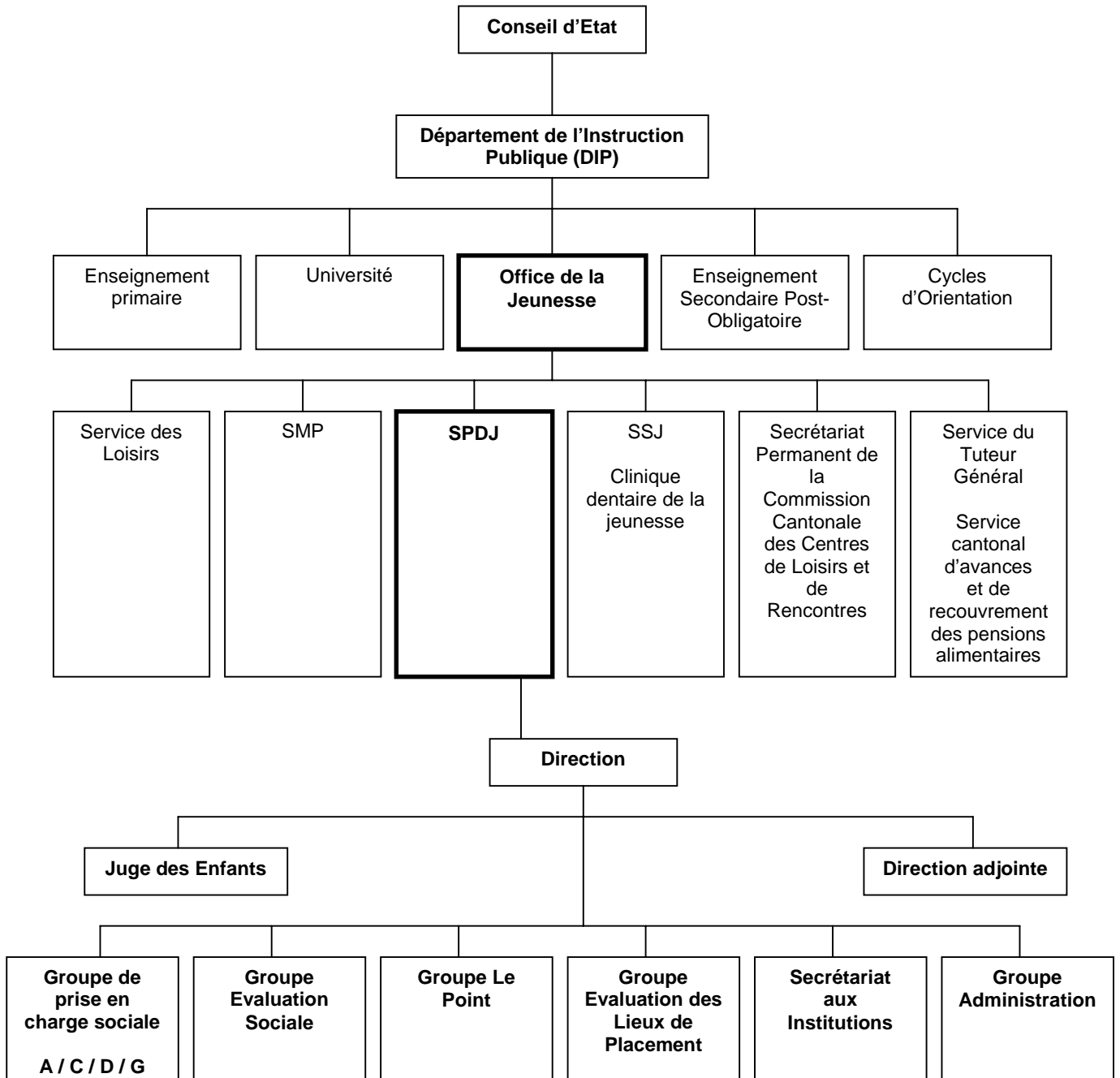
De façon plus générale, nous avons imaginé les améliorations suivantes pour limiter les cas de maltraitance et les conséquences y relatives :

1. Selon l'exemple du Canada, il serait plus judicieux d'éloigner le parent maltraitant de sa famille plutôt que de déplacer l'enfant ; ceci pour éviter à l'enfant le sentiment d'être puni.
2. L'éducation d'un enfant étant un travail comme un autre, il serait important de prévoir un salaire adéquat pour le parent éducateur ; ce projet a déjà été réalisé au Canada et semble fonctionner.
3. Les thérapies de groupe pour agressés et pour agresseurs devraient se généraliser.
4. Par un effet de mode bien connu, l'affaire « Dutroux » a remué les esprits pendant un temps, mais les coups d'éclat sont insuffisants. Il faut mettre en place des structures efficaces à long terme et sensibiliser les populations sans relâche.

Au terme de ce travail, nous espérons avoir ouvert les yeux de nos lecteurs sur un sujet qui nous paraît être une cause digne de combats incessants afin de rendre justice à tous ces enfants. Nous espérons également avoir contribué par notre modeste engagement à la chute de ce mur du silence. De plus, ce travail nous a permis de rencontrer un nombre appréciable d'acteurs clés du réseau genevois de la maltraitance, ce qui a été très enrichissant pour nous. En effet, le cursus classique d'un étudiant en médecine ne lui permet pas de s'immerger ainsi dans la communauté. Enfin, nous tenons à remercier en particulier Mme Piret pour son témoignage qui a marqué de façon indélébile nos esprits.

ANNEXES

I. ORGANIGRAMME DU SPDJ



II. ARTICLE 12 DE LA LOI SUR L'OFFICE DE LA JEUNESSE

Le service de protection de la jeunesse assiste la famille dans sa tâche éducative, veille aux intérêts des mineurs et, s'il y a lieu, intervient pour assurer leur sauvegarde. Il assume la surveillance des mineurs placés hors du domicile de leurs parents.

De plus, lorsqu'il y a lieu de statuer sur le sort des enfants ou de modifier une décision antérieure, le service est saisi de toute procédure tendant à des mesures protectrices de l'union conjugale, à la séparation de corps et au divorce.

Le directeur du service ou son suppléant assure, en cas de péril, le déplacement immédiat du mineur ou s'oppose à son enlèvement. Il demande alors au plus tôt à l'autorité tutélaire la ratification des dispositions prises.

Le directeur du service ou l'un de ses adjoints exerce les compétences qui lui sont confiées par la loi sur les juridictions pour enfants et adolescents, du 21 septembre 1973.

Le Tribunal de la jeunesse peut lui confier des patronages.

III. LES MISSIONS DU SPDJ

La **mission principale du service** est d'aider les mineurs et leur famille dans leur relation personnelle et de veiller, ce faisant, au bon développement des mineurs.

En dehors de cela et en vertu de sa mission de prévention secondaire le service doit également aider les mineurs dans leur insertion sociale au sens large dans la mesure où d'autres organismes ne s'en occupent pas déjà ou en collaboration avec ceux-ci.

La **famille** est au centre de leur intervention. Le dysfonctionnement d'un mineur, sa problématique, doivent être analysés et placés dans le contexte de sa famille. Les familles suivies au service de protection de la jeunesse sont la plupart du temps confrontées à des problèmes importants multiples, elles sont souvent fragiles. Dans la problématique de la migration, cette fragilité s'amplifie. Venir en aide aux familles migrantes signifie :

- prendre en compte les difficultés issues du phénomène migratoire,
- décrypter le langage de souffrance en référence au cadre culturel de la personne,
- considérer que la majeure partie des migrants vit un période « de cassure entre l'avant et l'après » résultant du changement de cadre culturel suite au départ de son pays d'origine.

IV. PROFILS DE L'ABUSEUR SEXUEL

Type 1 – La carence passive-dépendante

Eléments étiologiques – Manque flagrant de stabilité dans le contact avec une figure maternante en bas âge (par exemple : enfants de crèche ; enfants « ballottés » dans les deux premières années de leur vie). Histoire d'un « subir passivement » sans mobilisation d'agressivité. Reste donc « bouche-ouverte-non-dentée ».

Caractéristiques de la relation et du discours – Grande avidité orale ; collant ; vide émotif ; relations en feu de paille ; instabilité ; aucune mentalisation ; embrouillé quant aux dimensions temporelles et spatiales ; manque d'inhibition dans le contact.

Eléments contretransférentiels – Ambivalence de la part du clinicien : désir de réparer ou de l'« adopter » vs désir de le rejeter ou désintérêt. Malaise devant le comportement « incorporatif ».

Nature de l'abus sexuel – Extra et/ou intrafamilial ; homo et/ou hétérosexuel ; extrafamilial : frottage, masturbation, fellation - style « touch & run ». Choisit l'enfant parce que : plus facile, conforme à sa propre sexualité infantile, peur de la femme mature. Intrafamilial : inceste endogame et/ou inceste impérial, « maternage » primitif mutuel.

Sens de l'abus sexuel – Incorporation (faire le plein pour faire taire sensation récurrente du vide), « sucer » naïvement un peu de contact affectif. La sexualisation des contacts est vue et apprise comme seule manière de se donner « affection ».

Autres formes d'agir illicite – Vol, vol à l'étalage, chèques sans provision, toxicomanies (surtout alcool), « homme de main » (dans gang).

Facteurs déclencheurs de l'abus – Tout carencé est abuseur potentiel. Abusé comme enfant, il abusera. Début souvent après « frustration » : grossesse de la compagne, séparation, perte d'emploi.

Type 2 – La carence agressive-dévorante

Eléments étiologiques – Manque flagrant de stabilité dans le contact avec une figure maternante en bas âge (par exemple: enfants de crèche; enfants « ballottés » dans les deux premières années de leur vie). Mobilise son agressivité et développe « rage orale » à double but : se gratifier mais aussi punir. Devient donc « bouche-ou-verte-qui-mord ».

Caractéristiques de la relation et du discours – Grande avidité dévorante. Revendication constante. Se gave, mais en se gavant, « brise » pour punir. Manque total d'inhibition ; intrusif ; usurpe l'espace physique et psychique de l'autre, souvent de façon ostentative.

Eléments contretransférentiels – L'avidité pantagruélique fait peur et, même, repousse. Disparition rapide, chez le clinicien, de sympathie réparatrice et d'empathie.

Nature de l'abus sexuel – Extra et/ou intrafamilial ; homo et/ou hétérosexuel. Attitude de : « je prends ce qui me tente ». Gestes violents et scabreux. Dans l'abus intrafamilial : inceste impérial, impose sa loi. Abus sexuel souvent accompagné de sévices physiques importants.

Sens de l'abus sexuel – Double sens : incorporation (faire le plein pour endiguer sensation du vide), mais aussi attaquer et punir le « sein frustrant ».

Autres formes d'agir illicite – Vol, vol à l'étalage, exploitation agressive. Fraude, toxicomanie et alcoolisme.

Facteurs déclencheurs de l'abus – Idem que carence passive-dépendante.

Type 3 – La psychose, la prépsychose, l'état « borderline »

Eléments étiologiques – Causes de natures diverses : neuro-bio-chimique ; toxique, psychologique (par exemple : symbiose mère-enfant, désir mortifère parental, etc.). Ces causes déterminent sensation (et angoisse) de morcellement, endiguée par divers mécanismes restitutionnels.

Caractéristiques de la relation et du discours – Angoisse existentielle et de morcellement. Faible contact avec la réalité (temps, espace, causalité) ; émotions incohérentes ou impertinentes ; sensations ou perceptions hypocondriaques et autres distorsions corporelles ; grande difficulté d'engagement et d'attachement ; contact « faux », étrange, non objectal. Eléments restitutionnels multiples : idéation délusionnelle ou délirante ; discours élaboré et recherché ; hypertrophie du langage et des « mots » ; intérêts « pseudo-identifiants » ; relation fusionnelle ou symbiotique.

Eléments contretransférentiels – Sentiment de non-investissement et d'aliénation. Pourtant ce patient fascine ; il parle de et à « l'inconscient ». Le clinicien est attiré par le désir fusionnel, mais tente aussi de l'éviter par une mise à distance.

Nature de l'abus sexuel – « Intrusion psychotique » aussi, inceste endogame (sexualisation des liens intrafamiliaux). Egalement abus sexuel idéologique (rites à saveur pseudo-religieuses et fusionnelles). Agressions « insensées » (bizarres).

Sens de l'abus sexuel – Absence de frontière entre soi et l'autre : l'autre devient donc excroissance de son propre désir. Le sens en est toujours d'ordre restitutionnel, c'est-à-dire pour endiguer sensation de morcellement.

Autres formes d'agir illicite – Rares : délits ou crimes bizarres, insensés (non inspirés par l'appât du gain ou de la jouissance, c'est-à-dire non-répondant à une causalité objectale).

Facteurs déclencheurs de l'abus – Avoir été victime d'abus. Avoir adopté la sexualité comme activité resitutionnelle.

Type 4 – La structure perverse (1^{er} sous-type de la pathologie narcissique)

Éléments étiologiques – Lien dyadique avec la figure maternelle laissant l'enfant dans l'illusion spéculaire de sa propre toute-puissance. Sexualisation précoce et perversion des liens affectifs comme gages de son intégrité narcissique.

Caractéristiques de la relation et du discours – Fonctionne sur un plan unitaire : libre d'angoisse de morcellement, causalité objectale. Charmeur, séducteur, désir de perfection. Sentiments de complétude et d'invulnérabilité. Créateur et rivé sur l'esthétique. Se présente pourtant de façon soumise et « honnête » mais ne défend pas moins son territoire pervers.

Éléments contretransférentiels – Ambivalence. L'érotisation des liens crée chez le clinicien une certaine mise à distance, tandis que « l'esthétisme » peut le fasciner et le séduire.

Nature de l'abus sexuel – Pédophilie homosexuelle. Pédophilie hétérosexuelle (comme évitement de la dimension homosexuelle). Subtile, prudente et patiente séduction de l'enfant (« gentil monsieur »). Aussi pédérastie : projection dans le garçon beau et pur de son propre désir de perfection narcissique. Perversion polymorphe.

Sens de l'abus sexuel – La création d'un scénario pervers afin de maintenir un « high » narcissique, lui-même gage de maintien de l'illusion de la complétude.

Autres formes d'agir illicite – Toxicomanies dans le but d'un maintien du même « high ».

Facteurs déclencheurs de l'abus – L'abus étant égosyntonique, l'opportunité déterminera son occurrence. Le pervers peut inhiber ses élans à cause de considérations esthétiques, humanitaires ou morales.

Type 5 – La psychopathie (2^e sous-type de la pathologie narcissique)

Éléments étiologiques – Lien dyadique avec la figure maternelle laissant l'enfant dans l'illusion spéculaire de sa propre toute-puissance. Alternance toutefois, de la part de la figure maternelle, de rejet et de « récupération », ce qui pousse l'enfant à s'accrocher avec acharnement à son illusion de toute-puissance.

Caractéristiques de la relation et du discours – Fonctionnement unitaire. Libre d'angoisse et de culpabilité, charme, séduction, manipulation. Se présente comme une exception ; se voit invulnérable, grandiose ; loi du « tout ou rien » ; ses troubles sont attribués à l'autre, celui-ci est traité comme outil.

Éléments contretransférentiels – Ambivalence : fascination à cause de la projection de la grandiosité (le clinicien se sent donc narcissiquement investi) créant un certain élan complice ; d'autre part, l'attitude défensive contre le leurre est à peine déguisé.

Nature de l'abus sexuel – « Tout va », selon les opportunités. Abus hétérosexuel surtout ; homosexuel si l'autre sexe n'est pas disponible.

Sens de l'abus sexuel – Se procurer un « high » narcissique ; exploitation ; affirmation de son pouvoir ; recherche de jouissance immédiate ou de profit.

Autres formes d'agir illicite – L'abus sexuel est ici une forme d'agir parmi beaucoup d'autres. Ces agirs se situent dans tous les domaines et ont pour but le gain, le pouvoir, le sexe, le « thrill ».

Facteurs déclencheurs de l'abus – L'abus étant égosyntonique, l'opportunité seule, déterminera son occurrence.

Type 6 – La paranoïa (3^e sous-type de la pathologie narcissique)

Éléments étiologiques – Lien dyadique avec la figure maternelle laissant l'enfant dans l'illusion de sa propre toute-puissance (d'où sensations de grandeur). Toutefois, un milieu (un père ?) relativement restrictif et conformiste, « interdit » la dimension homosexuelle du narcissisme (d'où délires de persécution).

Caractéristiques de la relation et du discours – Beaucoup de projection ; délusion de grandeur et de persécution ; méfiance ; argumentations sans fin ; indignations, questions, moralisations et constructions idéationnelles. Sentiment aigu de justice.

Éléments contretransférentiels – Le clinicien est ballotté entre la fascination (devant les constructions idéationnelles et les « preuves ») et le malaise devant l'élan persécutoire et devant l'absolutisme de cet homme qui finit par être perçu comme dangereux.

Nature de l'abus sexuel – Surtout intrafamilial. Inceste impérial et inceste endogame. Élément pédophile pouvant être homo ou hétérosexuel.

Sens de l'abus sexuel

Éviter élans homosexuels non acceptés (l'enfant étant le « compromis »). Punir ou exciser le mal projeté dans l'enfant. Impérialisme sexuel (manifestation de la grandeur).

Autres formes d'agir illicite – Délits (rares) obéissant à une mission ; délits idéologiques ; délits dirigés contre le

présupposé persécuteur.

Facteurs déclencheurs de l'abus – L'occurrence de l'abus est immensément plus rare que dans les deux autres sous-types narcissiques. S'il survient, il sera souvent dicté par une panique homosexuelle (situationnelle).

Type 7 – Le registre névrotique

Éléments étiologiques – Développement caractérisé par l'acquisition de la relation objectale. De par une différenciation du « monde maternel », l'autre est perçu comme « autre » et non plus comme une excroissance de ses propres désirs ou besoins.

Caractéristiques de la relation et du discours – Émois relationnels (culpabilité, doute, insécurité, anxiété relationnelle). Ces émois ont à faire avec les relatives réussites ou échecs à s'assurer la disponibilité de l'objet d'amour. Comme abuseur, le névrotique se sent coupable, est préoccupé de sa victime, il veut changer. Son discours est cohérent, causal et objectal.

Éléments contretransférentiels – Étant sollicité sur le plan relationnel, le clinicien « répond » sur le même plan. Point de difficulté à investir ce patient ni à ressentir de l'empathie.

Nature de l'abus sexuel – Contact sexuel fortuit ; jeux ambigus, habitudes familiales naïves, éducation sexuelle trop « audio-visuelle ». Formes plus graves et destructrices dans le cas du caractère oral-dépressif.

Sens de l'abus sexuel – Agirs contraphobiques, réactionnels, compulsifs. Accident de parcours (souvent reliés à l'abus d'alcool). Dans le cas du caractère oral-dépressif, l'abus peut correspondre à un équivalent suicidaire.

Autres formes d'agir illicite – À l'instar de l'abus sexuel, une délinquance récurrente est relativement rare.

Facteurs déclencheurs de l'abus – Un événement ou une situation ébranle l'équilibre créant l'agir-symptôme de l'abus, surtout dans les cas abusés dans leur propre enfance.

Type 8 – Les troubles organiques et la déficience mentale

Éléments étiologiques – Causes organiques (neurologiques) et congénitales. Détérioration mentale due à : produits toxiques (drogues, alcool, etc.), sénilité, artériosclérose, traumatismes cérébraux. Conditions pathologiques les plus fréquentes : épilepsie temporale, troubles de la latéralisation cérébrale, déficience mentale (avec causes organiques variées).

Caractéristiques de la relation et du discours – Très variées selon le trouble spécifique. Attitude d'impuissance. Avenu, mais déni de « responsabilité ».

Éléments contretransférentiels – Attitude « médicalisante » plutôt que psychologisante. Le clinicien se pose devant l'abus comme devant un « corps étranger » dépourvu de sens psychologique et se désintéresse facilement, soit du symptôme, soit de l'être derrière le symptôme.

Nature de l'abus sexuel – Là encore, très variée selon le trouble spécifique. Indices mentionnés dans la littérature : exhibitionnisme et masturbation devant l'enfant. La possibilité existe toujours que l'abus sexuel soit accompagné de violence physique.

Sens de l'abus sexuel – Absence d'apprentissage social ou moral. Désinhibition des contrôles corticaux. Tentative d'abréaction d'une tension par voie sexuelle.

Autres formes d'agir illicite – Autres gestes impulsifs et violents répondant au même mécanisme abréactionnel.

Facteurs déclencheurs de l'abus – Tout ce qui stimule le système nerveux central (émotion forte, drogue, alcool, ...).

Tiré de : Van Gijsegheem Hubert, **La Personnalité de l'Abuseur Sexuel**, éd. du Méridien, 1998

V. TEXTE DE « MACHO BLUES »

Le morceau de musique « Macho Blues » a été utilisé lors de la présentation. Il a été enregistré par le groupe Lofofora sur leur album « Peuh ! » (1996). En voici les paroles :

Ecoute papa petite fille quand papa te dit sois gentille
Tu es le sang de mon sang, la chair de ma chair
Tu es à moi je suis ton père
Tu es à moi à chaque fois que se mettent à claquer mes doigts
Dans l'élastique de ta culotte allons ne crie pas petite sotte
Je te donne la vie le gîte le couvert, quand j'ai envie, laisse toi faire
Je suis le seul à te comprendre, qui d'autre que moi saurait te prendre
Je ne veux pas que tu donnes ton corps au premier inconnu,
Les hommes sont des porcs
Ca ne sortira pas de la famille, ma petite fille reste docile

Ecoute moi petite garce, tu es la dinde et moi la farce
Ne dis pas que mes caresses te glacent ta peau est si chaude
Reste à ta place ! On est si bien sur ma banquette arrière
Ne m'oblige pas à me mettre en colère
Regarde un peu dans quel état tu me mets, ce que tu fais de moi
Je t'offrirai les robes dont tu rêves de la lingerie fine
Assortie à tes lèvres des nuits de plaisir, indescriptibles
Je suis un gars tellement sensible

**Regarde dans les yeux celui qui te souille
Fais un vœux et coupe lui les couilles**

Ecoute moi pauvre conne au lieu de répéter que tu n'es pas
Ma bonne. J'ai versé ton sang, pillé ta chair
De tes enfants je suis le père
Tu es à moi à chaque fois que se mettent à claquer mes doigts
Dans l'élastique de ta culotte, assez de critiques, ta gueule salope !
Je gagne ta vie, le gîte, le couvert. Quand j'ai envie laisse toi faire
Je suis le seul à te comprendre qui d'autre que moi aurait voulu
Te prendre. Approche ici me donner ton corps je te ferai le cri du porc
Tu fais partie de la famille je t'ai à l'œil femme docile.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui nous ont aimablement reçu et qui nous ont permis de mener ce travail à terme :

Dr Durieux, notre tutrice, des HUG
 Me Sambeth Glasner, avocate
 M. Giacomini, de la LAVI
 Mme Piret, de l'Association Le Kiosque
 Dr Gervais, des Urgences Pédiatriques des HUG
 Dr Mounoud, du SSJ
 Dr Melo, du SMP
 Dr Caflisch, du GPE aux HUG
 Mme de Montmollin, de SOS Enfants
 Mme Papp, de la Brigade des Mineurs de la Police de Genève
 Dr Halpérin, de la Consultation Interdisciplinaire de Médecine
 et Prévention de la Violence (CIMPV) des HUG
 Mme George, du CTAS
 Mme Tahon, de la SPDJ
 Dr Pralong, psychiatre pour adolescents et enfants
 M. Henriod, de la Maison de Pierre-Grise
 Mme Mauti, assistante sociale du GPE aux HUG
 Dr Duperrex, du SSJ
 Dr Robert, de la DGS
 M. Bouverat, de l'OFAS
 Mme de Haller, députée à Genève

Nous remercions également toutes les personnes qui nous ont aidé de près ou de loin dans la réalisation de ce projet et dont nous aurions oublié de citer les noms ci-dessus.



Tiré de : Piret Geneviève, Rios Belen, **Parole d'Or, pour Sortir d'une Histoire de Plomb**, éd. Terre des Enfants – Tous Respectés, 1999

CONTACTS

- Centre de Consultation Thérapeutique pour les Victimes d'Abus Sexuels (CTAS)
94, rue des Eaux-Vives, c/o Cabinet de psychothérapie
dès septembre 2000 : 8, rue du Vieux-Billard
079/302.73.18
george.jjj@span.ch
- Direction Générale de la Santé (DGS)
24, avenue Beau-Séjour
839.98.30
- Hôpital Universitaire de Genève – Groupe de Protection de l'Enfance (GPE)
6, rue Willy-Donzé
382.45.55
- LAVI
40, rue du Stand
320.01.02
- Le Kiosque
35, boulevard des Tranchées
789.13.15
- Maison de Pierre-Grise
15, chemin des Chênes (Genthod)
774.10.24
- Police – Brigade des Mineurs et Mœurs
17-19, boulevard Carl-Vogt
427.81.11
- Questions familiales
Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS)
Effingerstrasse 20
3003 Berne
031.322.90.11
- Service de Protection de la Jeunesse (SPDJ)
8, rue Adrien-Lachenal
700.75.75
- Service de Santé de la Jeunesse (SSJ)
11, rue des Glacis-de-Rive
787.61.50
- Service Médico-Pédagogique (SMP)
16-18, boulevard Saint-Georges
327.43.91
- SOS Enfants
5, place de la Taconnerie
147 ou 312.11.12
sos-enfants@mail-box.ch
www.sos-enfants.ch

BIBLIOGRAPHIE

- Barjon Sylvie, Association Interprofessionnelle Spécialisée dans la Prévention des Abus Sexuels, **Approche Psychologique des Abus Sexuels à l'Égard des Enfants** [b]
- **Code Civil Suisse**
- **Code Pénal Suisse**
- Coll., AFIREM (Association Française d'Information et de Recherche sur l'Enfance Maltraitée), **La Prise en Charge de la Maltraitance : Jeux et Enjeux**, éd. Karthala, Paris, 1999 [e]
- Coll., Association Suisse de la Protection de l'Enfant, brochure, Berne
- Coll., Bureau Central d'Aide Sociale, **Rapport d'Activité 1997-1998**, Genève
- Coll., Centre de Consultation LAVI, **Rapport d'Activité 1999**, Genève
- Coll., Conseil Fédéral, **Rapport « Enfance Maltraitée en Suisse »**, 1995
- Coll., Groupe Association Suisse de la Protection de l'Enfant Vaud (ASPE), **Dossier : Mauvais Traitements Envers les Enfants**, décembre 1993 [a]
- Coll., **Tout Savoir sur le Syndrome de Münchhausen par Procuration**, Science et Avenir, n°634, décembre 1999
- Coll., World Health Organisation, **Report of the Consultation on Child Abuse Prevention**, Genève, 29-31 mars 1999
- **Constitution Fédérale Suisse**
- **Convention des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant**
- Damiani Carole et al., **Enfants Victimes de Violences Sexuelles : Quel Devenir ?**, éd. Hommes et Perspectives, 1999 [d]
- De Saint Phalle Niki, **Mon Secret**, éd. de la Différence, Paris, 1994
- Gosset D. et al., **Maltraitance à Enfants**, éd. Masson
- Halpérin Daniel et al., **A Contre Cœur, à Contre Corps**, éd. M&H, 1997
- Hobbs Christopher, Wynne Jane, **Physical Signs of Child Abuse**, W.B. Saunders compagny LTD
- Huser-Studer J., Leuzinger R., **La Violence Sexuelle Envers les Enfants et les Jeunes, Connaissances de Base et Prévention : un Fil Rouge à l'Intention des Enseignant(e)s de Tous les Degrés et des Personnes Educatives**, Limites, Zürich, 1993
- Lissauer Tom, Clayden Graham, **Pédiatrie**, éd. de Boeck
- Lopez Gérard, **Les Violences Sexuelles sur les Enfants**, Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 1997
- Manciaux M., **L'Enfant et la Résilience : Surmonter Maladie, Traumatismes, Stress**, Bulletin des Médecins Suisses, 2000, 81 : Nr. 24, pp. 1319-1322
- Manciaux Michel et al., **L'Enfant Maltraité**, éd. Fleurus Psychopédagogie, 1993
- Marcelli Daniel, **Psychopathologie de l'enfant**, 4^e éd. Masson, 1993 [c]
- Mounoud R.-L., Bouvier P., **La Difficile Prévention des Abus Sexuels d'Enfants : un Défi pour notre Société, à Contre-Cœur, à Contre-Corps : Regards Pluriels sur les Abus Sexuels d'Enfants, une Enquête Epidémiologique auprès d'Adolescents**, sous la dir. de Daniel S. Halpérin, Paul Bouvier et Hélène Rey Wicky, Genève, Médecine et Hygiène, 1997, pp. 153-166
- Naville Laurence, Sambeth Glasner Birgit, **Maltraitements et Droits de l'Enfant : Aspects Théoriques et Mise en Œuvre Pratique**, polycopié, à paraître
- Piret Geneviève, Rios Belen, **Parole d'Or, pour Sortir d'une Histoire de Plomb**, éd. Terre des Enfants – Tous Respectés, 1999 (disponible auprès de l'association Le Kiosque ; se référer à la section Contacts)

- Pourtois Jean-Pierre, **Blessure d'Enfant : la Maltraitance ; Théorie, Pratique et Intervention**, DeBoeck Université, 1995 [f]
- Robert C.-F., **Victimes de Violences à Genève : Etat de la Question**, Cahiers Médico-Sociaux, 1997, vol 41, Nr. 3-4, pp. 349-351
- Rubiliani-Lenne S., **Le Rôle des Institutions Familiales face à la Maltraitance, de la Compétence Partagée à l'Action Concertée**, Certificat de Sciences Criminelles, Université de Droit et de Sciences Politiques, Nantes (voir adresse web ci-dessous)
- Van Gijseghem Hubert, **La Personnalité de l'Abuseur Sexuel**, éd. du Méridien, 1988
- Vanistendael S., **La Résilience ou le Réalisme de l'Espérance : Blessé, mais pas Vaincu**, Les Cahiers du BICE, 1996
- Vivet Pascal, **Les Enfants Maltraités**, éd. Milan, « Les Essentiels », 1998
- Woringer V. et al., **Séminaire d'Introduction à la Prévention des Mauvais Traitements Envers les Enfants**, destiné aux Directrices(teurs) des Centres de Vie Infantile ainsi qu'au Personnel Professionnel, Lausanne, 1995

SITES WEB

- www.147.ch
- www.admin.ch
- www.ciao.ch
- www.disno.ch
- www.parlament.ch
- www.prevention.ch
- www.sos-enfants.ch
- www.webpan.com/enfance (Mémoire : le rôle des institutions familiales face à la maltraitance)