

Hospices cantonaux

Département universitaire de médecine
et de santé communautaires

Lausanne

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive

Unité de prévention

Lausanne

Policlinique médicale universitaire

Lausanne

Service cantonal de recherche et d'informations
statistiques

RECHERCHE SUR LA MALTRAITANCE ENVERS LES ENFANTS DANS LE CANTON DE VAUD

Résumé et recommandations

Marie-Claude Hofner, Yves Ammann, Dorothée Bregnard

Citation suggérée :

Hofner M-C, Ammann Y, Bregnard D. Recherche sur la maltraitance envers les enfants dans le canton de Vaud. Résumé et recommandations. Lausanne : Unité de prévention, Institut de médecine sociale et préventive, Polyclinique médicale universitaire, Service cantonal de recherche et d'informations statistiques 2001 (Raisons de santé, 60).

Etude financée par :

Service de la santé publique et Commission cantonale de prévention (Vaud) - Service de protection de la jeunesse et Commission consultative cantonale pour la prévention des mauvais traitements envers les enfants (Vaud) - Office fédéral des assurances sociales (Berne) - Office fédéral de la santé publique (Berne)

Remerciements :

A tous les professionnels de première ligne qui par leur engagement et leur travail ont permis la réalisation de cette étude.

Bulletin de commande en dernière page

" L'étude de la genèse des conflits qui éclatent entre pays voisins, mais aussi entre ethnies d'un même pays, entre pratiquants d'une même religion, entre amateurs d'un même sport, entre pratiquants d'une même religion, entre membres d'une même famille, mériterait bien qu'on lui consacre autant d'argent qu'à n'importe quelle épidémie.

La plupart des maladies, grâce aux connaissances acquises peu à peu et assez récemment, connaissent des possibilités de prévention et de soins inimaginables il y a seulement quelques dizaines d'années. Pourquoi la violence, cette maladie de la relation, ne pourrait-elle pas suivre le même chemin ?"

Jacqueline Cornet

in "Faut-il battre les enfants ?"

TABLE DES MATIERES

1	La maltraitance envers les enfants, un problème de santé publique ?	7
1.1	Le point de vue sanitaire et social	7
1.2	Les postulats à considérer	8
2	Contexte et plan de la recherche	9
3	Module I Le canton de Vaud et l'Avis du Conseil fédéral 11	
3.1	Matériel et méthode	11
3.2	Résultats	12
4	Module II Le relevé systématique	15
4.1	Methode	15
4.2	Validation des données	16
4.3	Résultats	16
4.4	Informations complémentaires recueillies lors des séances de restitution	21
5	Module III : Les pédiatres « sentinelles »	23
5.1	Matériel et méthode	23
5.2	Résultats	24
6	Recommandations	27
6.1	Valorisation	27
6.2	Mesures de politiques cantonales	27
6.3	Formation	28
6.4	Dépistage et protection des enfants en âge préscolaire	29
6.5	Organisation de la prise en charge	29
6.6	Recherche et développement	30
7	Annexes	31
7.1	Quelques conseils de navigation à l'écran	33
7.2	Fiche vierge	35
7.3	Exemple de fiche de l'Avis du Conseil fédéral : fiche no 211.1 de l'Avis du CF	37
7.4	Fiche de relevé systématique	39
7.5	Liste des sources selon le label retenu	41
7.6	Tableau des résultats complets	43
7.7	Définitions de l'ODAS	45

1 LA MALTRAITANCE ENVERS LES ENFANTS , UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE ?

1.1 LE POINT DE VUE SANITAIRE ET SOCIAL

La maltraitance envers les enfants est un problème de santé publique du fait de la gravité de ses conséquences sur la santé physique, mentale et sociale de l'individu et de la communauté¹ et de sa fréquence estimée dans la population suisse. Par exemple 33,8 % des filles et 10,9 % des garçons dans le canton de Genève ont déclaré avoir subi au moins une expérience sexuelle abusive et 25 % des parents giflent sur le visage leurs enfants de moins de 2,5 ans².

La définition retenue dans le cadre de cette recherche est la suivante : « *L'enfant maltraité est celui qui est victime de violences physiques, d'abus sexuels, de cruauté mentale, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique.* »³.

La maltraitance a des effets sur la santé de l'enfant par mortalité directe et morbidité directe et indirecte : fractures multiples et troubles du développement osseux, troubles de la croissance et de l'alimentation, séquelles de traumatisme cranio-cérébral, troubles du développement psycho-moteur, sensoriel et affectif, difficultés scolaires, difficultés d'insertion, troubles de l'apprentissage et de l'adaptation, etc.

C'est également un facteur de risque pour la santé du jeune adulte et de l'adulte présentant des antécédents de mauvais traitements, par mortalité et morbidité indirectes : propension aux accidents, conduites de prise de risques, tentatives de suicide et suicide, dépression et troubles anxio-dépressifs, dépendances (alcool, médicaments, drogues illégales), maladies physiques (dorsalgies chroniques), troubles du comportement alimentaire (boulimie et anorexie), troubles du sommeil, grossesse précoce, prostitution, délinquance, comportements compulsifs, syndrome post-traumatique, etc.⁴.

Le coût social de ce problème est élevé du fait des conséquences à court et long termes de la maltraitance sur la santé et l'équilibre des enfants maltraités et des membres des familles concernées et du risque de transmission transgénérationnel. Le coût économique induit par l'absentéisme au travail, le recours aux services sanitaires, sociaux, éducatifs et judiciaires, n'a jamais été calculé pour la Suisse, mais doit être très important⁵.

Parmi les mesures de prévention, de dépistage et de soins mises sur pied et évaluées depuis de nombreuses années, au niveau international, un certain nombre d'entre elles ont démontré leur efficacité et leur faisabilité. Citons entre autres les mesures de prévention précoces contextuelles (combinant des interventions à plusieurs niveaux) ; l'éducation générale des enfants à la défense de leurs droits et de leur sécurité, des mesures d'aide et de prévention adaptées aux populations vulnérables, le suivi thérapeutique familial et individuel pluridisciplinaire (interventions médicales,

¹ Finkelhor D, Dziuba-Leatherman J. Children as victims of violence: a national survey. *Pediatrics* 1994; 84(4).
Straus MA, Kaufmann Kantor G. Corporal punishment of adolescents by parents: a risk factor in the epidemiology of depression, suicide, alcohol abuse, child abuse and wife beating. *Adolescence* 1994; 29(115).

² Groupe, Rapport Fédéral sur l'Enfance Maltraitée en Suisse. 1992, Berne Chancellerie Fédérale
Halperin DS, Bouvier P, Jaffe PD, et al: Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: results of a cross sectional survey. *BMJ* 1996; 312: 1326-29.

³ Barrot J. L'observation de l'enfance en danger. Paris, Observatoire national de l'action sociale décentralisée, 1994:46.

⁴ Voir données détaillées in Module III.

⁵ Communiqué OMS/20, 8 avril 1999.

sociales et éducatives), les soins aux victimes par des professionnels spécialisés⁶. De plus, des dispositifs de surveillance épidémiologique et d'évaluation du dépistage et du suivi des cas ont été développés et validés (voir par exemple le système de surveillance développé en France par l'Observatoire de l'enfance en danger).

La prévention de la maltraitance répond pleinement aux critères appliqués pour la détermination de priorités en santé publique : fréquence élevée du problème, conséquences graves sur la santé, impact socio-économique important, efficacité et faisabilité des interventions.

Une bibliographie thématique a été réalisée dans le cadre de cette étude afin de documenter systématiquement certains de ces aspects.

1.2 LES POSTULATS A CONSIDERER

Le postulat moral qui fait de la maltraitance un phénomène inacceptable est largement partagé. Par contre lorsqu'une étude ou une intervention est envisagée par des responsables politiques, il est indispensable de s'assurer qu'un consensus existe sur les points suivants :

- c'est un devoir de l'Etat et de la communauté que de protéger et d'apporter de l'aide et des soins aux enfants et aux familles concernés par la maltraitance
- l'intervention est une obligation légale et un impératif catégorique pour l'ensemble du corps social, il est légitime et nécessaire d'intervenir dans le cadre familial en cas de maltraitance
- si l'on s'accorde sur la nécessité de vérifier la pertinence, l'utilité et la non « nocivité » des interventions, les personnes et institutions impliquées doivent également être prêtes à procéder aux ajustements et réorientations nécessaires
- les enquêtes et la surveillance épidémiologique du phénomène doivent répondre aux exigences suivantes :
 1. *la mobilisation d'un partenariat pluridisciplinaire et pluri-institutionnel consenti et reconnu,*
 2. *la définition de modalités d'information garantissant la confidentialité des personnes et des professionnels concernés,*
 3. *le recours à une méthodologie d'interprétation des données qui associe les professionnels qui les récoltent, leur assure une rétro-information et évite toute manipulation d'ordre institutionnel ou politique,*
 4. *le parti pris de la valorisation des résultats afin d'accroître le degré de responsabilisation des professionnels, de l'administration et des pouvoirs publics⁷.*

⁶ Cohn Donnelly AH. What we have learned about prevention: what we should do about it. Child Abuse & Neglect 1991; 15(I): 99-106.

⁷ Recommandation issue de "L'observation de l'enfance en danger; guide méthodologique. ODAS Editeur. Paris, 1995"

2 CONTEXTE ET PLAN DE LA RECHERCHE

En 1998 le Service de protection de la jeunesse (SPJ) et le Service de la santé publique (SSP) du canton de Vaud ont demandé à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) de mener une enquête afin d'estimer l'ampleur du problème de la maltraitance dans le canton.

Une exploitation de données disponibles a tout d'abord été envisagée. Les systèmes de relevé du SPJ, de la Justice et de la Police, des programmes « Ecole et Santé » et « Jeunesse et santé » des infirmières de l'OMSV et du CanTeam ont été examinés. Ce premier examen a montré que ces sources ne pouvaient être exploitées pour cette mesure du fait de leur caractère hétérogène et lacunaire. La mise sur pied d'une enquête systématique a donc été décidée.

Après une série d'entretiens avec des informateurs-clefs, l'équipe de recherche a proposé une recherche en trois modules qui avaient pour objectifs :

- de faire le point sur l'application par le canton de Vaud des recommandations du Rapport Enfance maltraitée en Suisse, retenues dans l'Avis du Conseil fédéral (CF) de 1995⁸
- de mesurer la maltraitance repérée ou prise en charge par les professionnels
- de récolter des données qualitatives par l'intermédiaire de pédiatres en pratique privée.

Les mandants ont acceptés ce protocole à la fin 1998⁹. Sur sollicitation de l'équipe de recherche, la Centrale pour les questions familiales de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a soutenu financièrement la réalisation du Module I et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) celle du Module III.

Les travaux ont été réalisés d'octobre 1998 à mai 2000 par M.-Cl. Hofner et D. Bregnard de l'Unité de prévention (UP) de l'IUMSP et de la Policlinique médicale Universitaire (PMU) du Département Universitaire de médecine et de santé communautaire (DUMSC Lausanne) et par Y. Ammann du Service cantonal de recherche et d'informations statistiques (SCRIS Lausanne).

Le Module III a été réalisé en collaboration avec les pédiatres suivants :

Prof. André Calame	Lausanne
Dr Olivier Carrel	Vevey
Dr Chantal Catzeflis	Gland
Dr Pierre Dolivo	Yverdon
Dr Nahum Frenck	Lausanne
Dr A.-Lise Gagnebin	Aigle
Dr Yvon Heller	Morges
Dr Mustapha Mazouni	Ecublens
Dr H.-Ulrich Meyer	Pompaples
Dr Gianni Moretti	Pully
Dr P.-André Nicod	Lausanne
Dr J.-Robert Panchaud	Clarens

⁸ Avis du Conseil fédéral du 27 juin 1995 sur le Rapport Enfance maltraitée en Suisse, juin 1992.

⁹ Hofner M-Cl, Bregnard D. Enquête maltraitance des enfants canton de Vaud. Rapport intermédiaire. Unité de prévention PMU/IUMSP, Lausanne 1998.

Dr Emmanuel Pythoud	Payerne
Dr M.-Th. Rossier-Furrer	Epalinges
Dr Jean-Paul Rubin	Lausanne
Dr Marie Sommer	Yverdon
Dr Hervé Vienny	Prilly

Chaque module a fait l'objet d'un rapport distinct remis aux mandants en mars, mai et juin 2000.

- M I. *Avis du Conseil fédéral du 27 juin 1995 sur le Rapport Enfance maltraitée en Suisse, juin 1992. Monitoring de l'application dans le canton de Vaud en 1999. Rapport final.* D. Bregnard, M.-Cl. Hofner, Unité de Prévention PMU/IUMSP Département universitaire de médecine et santé communautaire, Yves Ammann SCRIS, Lausanne le 24 mars 2000
- M II. *Enfants mineurs maltraités, repérés ou pris en charge par des professionnels, durant trois mois en 1999, dans le canton de Vaud.* Y. Ammann, D. Bregnard, M.-Cl. Hofner. Service cantonal de recherche et d'informations statistiques (SCRIS). Unité de Prévention PMU/IUMSP. Lausanne le 24 mai 2000
- M III. *Etude du réseau de pédiatres « Sentinelles » engagés dans la recherche sur la maltraitance dans le canton de Vaud.* M.-Cl. Hofner, D. Bregnard, Y. Ammann Unité de Prévention PMU/IUMSP Service cantonal de recherche et d'informations statistiques (SCRIS) Lausanne, juin 2000.

Le présent document commandé par la Commission consultative cantonale pour la prévention des mauvais traitements envers les enfants (CCMT) en octobre 2000 résume les principaux résultats des trois rapports et propose quelques recommandations pour l'action.

3 MODULE I LE CANTON DE VAUD ET L'AVIS DU CONSEIL FEDERAL

De 1988 à 1992, un groupe de travail mandaté par le Département fédéral de l'intérieur a réalisé la première enquête d'envergure sur la maltraitance envers les enfants en Suisse¹⁰. En 1995, suite aux recommandations émises dans ce rapport, le Conseil fédéral a rédigé un Avis proposant une série de mesures propres à combler les lacunes mises en évidence par l'enquête.

Le Module I vise à évaluer la situation du canton de Vaud en matière de politique de la maltraitance, en utilisant comme standard de référence l'Avis du Conseil fédéral. Ce travail permet également de documenter le devenir d'un avis fédéral dans la réalité d'un canton suisse. Il a comme objectif :

- d'évaluer le degré d'application de chaque recommandation pour les niveaux fédéral et cantonal vaudois,
- de vérifier la pertinence et l'actualité de chaque recommandation (au sens de l'adéquation des recommandations aux besoins et de la persistance de ces besoins).

3.1 MATERIEL ET METHODE

Les informations concernant le sort de chacune des 92 recommandations contenues dans l'Avis du Conseil fédéral (CF) ont été réunies par entretiens avec quelques 40 informateurs-clefs. Les informations récoltées ont été saisies de la façon la plus factuelle possible. En cas d'informations divergentes, les diverses opinions récoltées ont été présentées simultanément.

La saisie des données a été effectuée sur le logiciel de base de données relationnelles File MakerPro. Le fichier a été développé selon le système "une recommandation = une fiche" (voir Annexe 2 : modèle de fiche). Il contient 92 fiches, subdivisée chacune en 16 rubriques dont les principales sont :

- **Domaine** : Droit international, Droit constitutionnel, Loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions, Code civil, Code pénal, Politique familiale et sociale, Conclusions.
- **Titre** et **N°** correspondant à la nomenclature de l'Avis du CF.
- Le **texte intégral** de la Recommandation et un numéro de fiche interne de 1 à 92.
- La recommandation est-elle **appliquée** ?
- La recommandation est-elle toujours **pertinente, actuelle** ?
- Quelles **initiatives** ont été prises pour l'application de la recommandation.
- Quelles autorités, institutions, associations sont chargées de **vérifier l'application** et/ou engagées dans des actions de soutien pour l'application de la recommandation.
- Description des **sources** d'information.

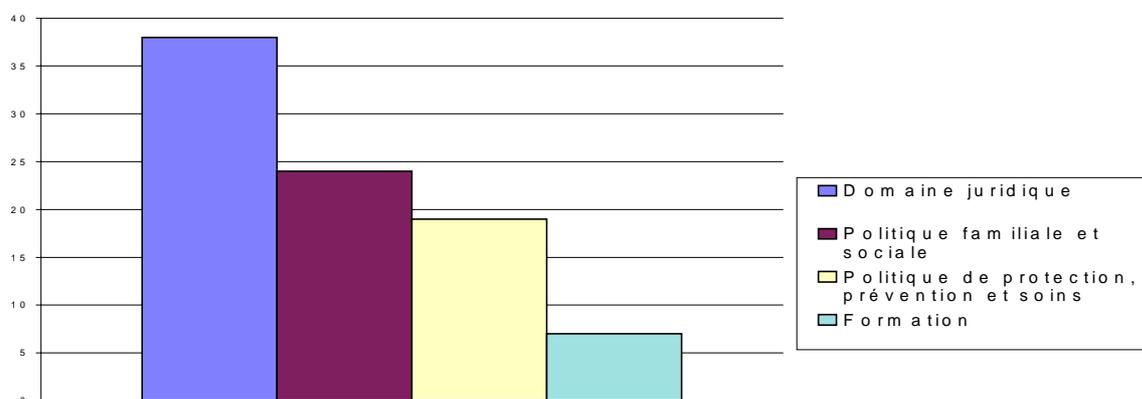
En fin d'étude, la totalité des fiches ont été renvoyées aux "informateurs-sources" pour relecture et validation.

¹⁰ Enfance maltraitée en Suisse. Annexes du Rapport final du Groupe de travail Enfance maltraitée. Groupe de travail Enfance maltraitée. Département fédéral de l'intérieur. Chancellerie fédérale, Berne juin 1992.

3.2 RESULTATS

L'Avis du CF est divisé en chapitres regroupant les principaux niveaux d'intervention possibles des autorités fédérales et cantonales en la matière :

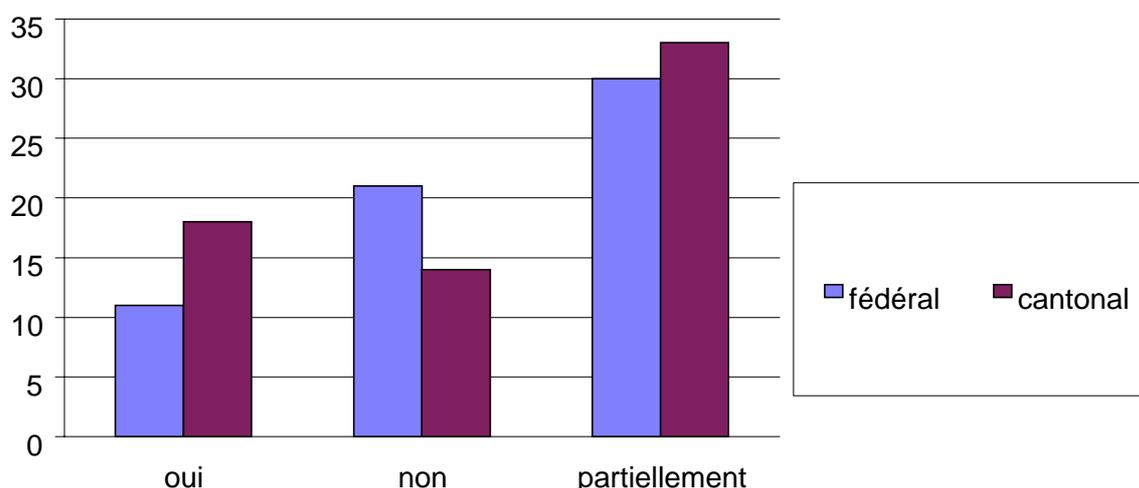
Graphique 3.1 : Poids relatif des recommandations par domaine



Parmi ces recommandations, environ un tiers concernent le niveau fédéral. Pour celles concernant le niveau cantonal, Vaud en a appliqué totalement 20 %, partiellement 36 % et pas du tout 15 %. Du point de vue des initiatives juridiques, administratives et structurelles, le canton a donc totalement ou partiellement appliqué plus de 70 % des recommandations en son pouvoir.

Si l'on compare le sort des recommandations entre le niveau fédéral et cantonal vaudois, pour les recommandations qui relèvent pour tout ou partie de leur autorité, le canton de Vaud se montre plutôt « bon élève ».

Graphique 3.2 : Devenir des recommandations, comparaison fédéral - cantonal (VD)



Globalement les recommandations sont toujours actuelles et pertinentes, tant au niveau fédéral que cantonal, particulièrement pour ce qui concerne la politique familiale et les mesures sociales.

Domaine juridique

Les bases légales pour mener une politique de protection des enfants se sont considérablement améliorées ces dix dernières années, tant au niveau fédéral qu'au niveau cantonal. Les révisions de la Constitution et des droits de tutelle et du divorce vont dans le sens d'un renforcement des droits des

enfants. L'introduction des mesures d'application de la Loi fédérale sur l'aide aux victimes de violences (LAVI) a été systématique. Le centre vaudois LAVI a reçu les moyens nécessaires à une application fonctionnelle et pas uniquement formelle (moyens financiers et personnels formés). La législation cantonale vaudoise donne des bases légales encore plus importantes aux mesures de protection des mineurs que celles décrites dans l'Avis du CF, de même que le projet de loi sur l'aide à la jeunesse qui doit remplacer la loi vaudoise sur la protection de la jeunesse.

Politique de protection, de prévention et de soin

Le canton de Vaud a mis en place une grande partie des structures de prévention recommandées. Il est par exemple le seul canton à avoir créé un poste à plein temps de délégué cantonal à la prévention des mauvais traitements et une Commission cantonale de prévention des mauvais traitements (CCMT). Lausanne est avec Lucerne la seule Ville suisse à avoir un délégué à l'enfance.

Les **Brigades des mineurs-mœurs** cantonale et lausannoise sont depuis plusieurs années sensibilisées à l'importance de bien mener les auditions de victimes mineures pour éviter de leur faire subir des auditions répétées, et ont entrepris un travail de formation systématique des policiers.

Le Service de protection de la jeunesse (**SPJ**) a initié et maintenu une expérience pilote de travail en réseau pluridisciplinaire dans le Nord Vaudois.

Le domaine des soins semble plus étoffé que par le passé dans le secteur ambulatoire. Les services de pédopsychiatrie et l'équipe interdisciplinaire du CHUV (**CanTeam**) sont bien développés et relativement bien dotés. Par contre, les offres en matière de soins précoces aux familles carencées et maltraitantes et les lieux d'accueil mère-enfant ont diminué considérablement ces dernières années.

Formation

Toutes les données détaillées concernant l'état de la formation professionnelle et académique de base, ainsi que des propositions de contenus de formation ont été réunies dans le remarquable travail de Dardel, Eperon, Fankhauser et Guidoux de 1994¹¹ (sur mandat de la CCMT).

Le nombre d'offres de formation continue en Suisse romande est relativement élevé, mais aucun centre didactique spécialisé n'a vu le jour avec comme mission de réunir et diffuser les données, compétences et expertises disponibles.

Une formation interdisciplinaire et interprofessionnelle d'une semaine existe depuis plusieurs années à l'UNIL (collaboration : CCMT, Faculté des SSP et Séminaire cantonal d'enseignement spécialisé). La Société vaudoise de médecine (SVM) a consacré une de ses journées de formation au thème de la violence et en particulier à la violence faite aux enfants.

Politique familiale

Si dans les domaines énumérés plus haut des avancées considérables ont été faites, le domaine de la politique familiale est quant à lui en recul tant au niveau fédéral que cantonal. Par exemple, la nouvelle loi sur le travail, permettant le travail sur appel et le travail de nuit, est en contradiction avec les recommandations concernant l'organisation de la vie de famille et la garde des enfants. Le système d'allocation familiale est demeuré lié au taux d'occupation des parents et les primes d'assurances maladie calculées indépendamment des revenus des familles. Les frais de garde des enfants non déductibles sur le plan fiscal ou l'absence d'assurance maternité sont autant d'exemples d'éléments politiques et économiques défavorables à la protection de l'enfance.

¹¹ Dardel F, Eperon C, Fankhauser M-H, Guidoux L. Membres du Groupe vaudois de l'Association Suisse de la Protection de l'Enfant. L'enfance maltraitée : formation de base des professionnels. Rapport établi à l'intention de la Commission consultative pour la prévention des mauvais traitements. Janvier à juin 1994.

Développements potentiels du Module I

Cette étude a permis de développer un modèle potentiel de surveillance du dispositif juridique et administratif et des structures vaudoises de prévention et de prise en charge de la maltraitance envers les enfants. En effet la recherche par mot-clé est possible dans n'importe quelle rubrique de format texte et un script permet de trouver la ou les fiches apparentées. Ces fonctionnalités permettent par exemple de générer la liste de toutes les recommandations concernant l'ordonnance fédérale réglant le placement d'enfants, etc. Le support informatique offre un système de mise à jour aisée par contact téléphonique avec les informateurs-clefs (liens avec le fichier adresses des informateurs). Le fichier peut être utile à tous les secteurs impliqués, notamment l'administration, les professionnels de terrain, les commissions cantonales et groupes de référence, le monde politique, les associations ou les chercheurs.

D'autre part ce travail permet de mettre à disposition d'autres cantons un modèle et un outil informatique de monitoring cantonal de leur propre dispositif. Un fichier ne contenant que les éléments de base et les informations d'ordre fédéral ou intercantonal peut être créé rapidement et mis à disposition des cantons intéressés. Une traduction pourrait être envisagée afin d'en faire bénéficier les autres régions linguistiques de Suisse.

La disquette contenant le fichier des recommandations et le fichier des informateurs-clefs ainsi qu'un bref mode d'emploi sont disponibles auprès de l'auteur ¹².

¹² Marie-Claude Hofner, UP/IUMSP Lausanne, Tel 021/314 49 49, E-mail : Marie-Claude.Hofner@hospvd.ch.

4 MODULE II LE RELEVÉ SYSTEMATIQUE

Une estimation de l'ampleur du phénomène de la maltraitance dans le canton de Vaud se heurte aux difficultés largement connues et discutées dans la littérature¹³. En effet, tant pour des raisons de définition (ce diagnostic n'est par exemple pas présent dans la classification des maladies de l'OMS) que de sous-déclaration (inexistence sociale des enfants en âge préscolaire, par exemple) ou de méthode d'enquête (être questionné à ce sujet n'est évident ni pour les victimes, ni pour les agresseurs, ni pour les professionnels), ce problème de santé se prête mal à un dénombrement épidémiologique classique. S'il est relativement simple de calculer le nombre de personnes victimes d'un accident de la route sur le territoire vaudois en une année, on comprend aisément qu'il est bien plus délicat de calculer le nombre d'enfants exposés, en général au sein de leur famille, à des mauvais traitements.

Le choix s'est donc porté sur un relevé des cas arrivant à la connaissance des professionnels concernés durant un temps limité. L'objectif de l'enquête a donc été d'évaluer le nombre d'enfants mineurs maltraités repérés ou pris en charge en 1999 par divers types de professionnels, durant 3 mois, dans le canton de Vaud, et de décrire le profil de ces mineurs. Ce relevé ne prétend donc pas évaluer l'ensemble des enfants maltraités dans le canton de Vaud.

4.1 METHODE

De nombreux contacts avec des représentants des divers milieux professionnels pressentis pour participer à cette enquête ont permis, dans les mois qui ont précédé les relevés, de présenter la démarche et d'en évaluer la « faisabilité », d'affiner la liste des professionnels à contacter, de vérifier qu'ils disposaient tous des informations demandées et, d'une manière plus générale, d'obtenir l'adhésion des professionnels à ce travail d'enquête.

La définition retenue (voir p.7) distingue quatre types de maltraitance et met l'accent sur les conséquences de ces actes sur le développement de l'enfant. De plus, les professionnels qui signalaient les cas pouvaient distinguer entre maltraitance présumée ou avérée.

La fiche de relevé se voulait simple et rapide à remplir. Elle a été conçue afin de permettre de rendre compte de situations rencontrées par des professionnels très divers, tant par leurs formations, leurs statuts ou rôles par rapport à l'enfant, que par leurs pratiques professionnelles. Elle a fait l'objet d'un pré-test auprès d'un échantillon de fournisseurs d'informations afin de vérifier qu'elles étaient aisément disponibles et que les questions posées étaient comprises sans ambiguïté et de la même manière par chacun.

Si la période d'observation est courte (trois mois), le collectif des professionnels contactés pour participer à cette enquête est large et diversifié, il recouvre les secteurs judiciaire, policier, médical, médico-social, social, socio-judiciaire, scolaire et formation, accueil de la petite enfance, éducatif et socioculturel.

Le recueil de l'information a été réalisé au moyen de la fiche de relevé (voir Annexe 4), remplie par des professionnels, actifs sur le terrain, en suivant les consignes suivantes :

- l'enfant signalé devait être mineur, soit âgé de 0 à 18 ans ;
- le professionnel devait avoir eu un contact direct, en face à face, avec l'enfant durant la période de l'enquête ;

¹³ Manciaux M, Gabel M et al. *Enfances en danger*. Fleurus Editeur, Paris 1997;(3).

- la rencontre entre l'enfant et le professionnel s'était déroulée entre le 29 mars et le 27 juin 1999 ; chaque enfant ne devait être signalé qu'une seule fois par un professionnel ;
- les actes de « maltraitance » concernant les enfants signalés ne devaient pas être antérieurs au 1er janvier 1999.

En tout 5 000 fiches ont été distribuées dans plus de 1 600 lieux potentiels de dépistage ou de prises en charge de mineurs maltraités. Les lieux ont été regroupés en 11 différents « labels » pré-imprimés sur les fiches qui leur étaient destinées, ceci afin de préserver l'anonymat du professionnel (voir Annexe 5).

4.2 VALIDATION DES DONNEES

Deux mois environ après la fin de la période de récolte de l'information, les données étant saisies sur un support informatique, une première série de résultats était disponible. Une phase de restitution et de discussion de ces résultats avec les divers groupes professionnels concernés a alors été mise sur pied. Les trois personnes chargées de cette recherche ont ainsi participé à une douzaine de rencontres, de deux à trois heures chacune, avec des représentants du terrain de chaque milieu ayant rempli des fiches. A chaque fois, la même information a été présentée, principalement sous forme de graphiques, et commentée. L'avis des professionnels était sollicité pour recueillir les interprétations que leur suggéraient les résultats concernant leur secteur d'activité ou ceux avec lesquels ils collaborent dans le cadre de la prise en charge des enfants maltraités. D'une manière générale, les professionnels du terrain ont bien retrouvé le reflet de leurs pratiques dans les résultats présentés.

Ces échanges, passionnants, ont permis de mieux comprendre le fonctionnement et les interactions du réseau des intervenants et de découvrir des biais ou des particularités intervenus dans le recueil des informations et susceptibles d'en modifier ou d'en relativiser l'interprétation.

Le récit des difficultés que les professionnels rencontrent dans le cadre des prises en charge, l'évocation, lucide et chaleureuse, des sentiments qu'ils éprouvent pour les enfants qu'ils côtoient, la pertinence avec laquelle ils décrivent et décryptent les contextes dans lesquels vivent les enfants maltraités montrent clairement que la majorité des professionnels actifs dans la prise en charge des enfants maltraités dans ce canton sont sensibles, informés, formés et compétents.

4.3 RESULTATS

En trois mois de relevé, 804 fiches sont parvenues au Service cantonal de recherche et d'information statistiques (SCRIS). Après élimination de quelques fiches mentionnant des contacts hors délais, regroupement des fiches en provenance de la même source pour un même enfant et couplage des fiches concernant un même enfant, ces 804 fiches permettent de décrire la situation de 709 mineurs. Le couplage des fiches concernant un même enfant a été grandement simplifié par le fait que 651 enfants (92 %) n'ont été signalés que par une seule source. Pour les 42 mineurs signalés par deux sources, les 13 par trois sources et les 3 par quatre sources, les informations en provenance de chaque source ont été synthétisées dans une seule fiche-enfant.

Portée de ce résultat

Compte tenu de tout ce qui précède, on peut donc dire que, dans le canton de Vaud, 709 mineurs ont eu un contact direct, lié à une situation présente de « maltraitance » présumée ou avérée, avec au moins un des professionnels représentant nos sources d'information, entre le 29 mars et le 27 juin 1999.

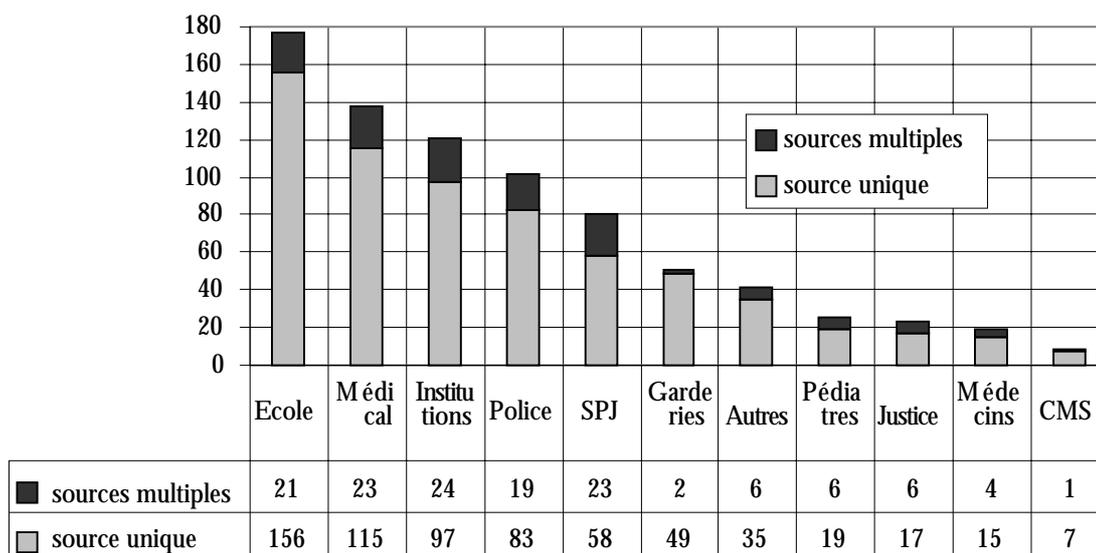
Ces 709 mineurs représentent une partie seulement des enfants « actuellement » maltraités dans le canton de Vaud et nous n'avons pas les moyens d'estimer la taille de cette proportion. On se bornera

donc à affirmer que repérer 709 situations de « maltraitance », présumée ou avérée, en trois mois seulement dans le canton montre clairement que le phénomène n'est quantitativement pas marginal. Pour mémoire, l'étude prospective de 1989-1990 avait identifié 1155 cas d'enfant maltraités pris en charge par les services sociaux et médicaux en 12 mois dans toute la Suisse¹⁴.

Cas signalés selon la source

La grande majorité des enfants ont été signalés par un seul type d'intervenant. La durée de l'observation, trois mois, et les conditions strictes imposées pour ce relevé – contact en face à face et actualité de la maltraitance – expliquent en partie ce résultat. De plus, la notion de source d'information utilisée ici correspond parfois à des entités qui disposent de plusieurs professionnels aux spécialités différentes. Ainsi, par exemple, l'Ecole peut mobiliser à l'intérieur de sa structure des infirmières, des psychologues, des médiateurs scolaires, des logopédistes et des médecins. Ce résultat laisse aussi penser qu'il faut souvent plus de trois mois pour qu'une éventuelle prise en charge multidisciplinaire se mette activement en place et que certains professionnels tendent à prendre seuls en charge les situations ou, du moins, commencent par une prise en charge solitaire ou à l'intérieur de leur seule institution.

Graphique 4.1 Nombre de signalements selon la source



Quatre sources – Ecole, Médical, Institutions et Police – ont chacune signalé plus de cent cas. Le label « Médical » regroupe les services hospitaliers et ambulatoires publics et privés du canton.

Les professionnels des centres médico-sociaux (CMS) ont signalé très peu de cas, les fiches ne leur étant parvenues que dans les derniers jours de l'enquête suite à un « oubli » de leurs directions. Ce déficit est d'autant plus regrettable que les infirmières puéricultrices des CMS visitent à domicile plus de 80 % des nouveau-nés du canton.

Les professionnels de la **Justice** rencontrent rarement les victimes de maltraitance en face à face, ce qui explique le peu de cas signalés, qui n'est donc pas représentatif des cas connus de la Justice. De plus, les fiches de relevé n'ont pas été correctement transmises aux Juges de Paix.

¹⁴ Prospektivstudie Kindesmisshandlung. Eine Studie zur administrativen/behandelten Inzidenz von Kindesmisshandlung in der Schweiz in Enfant maltraité en Suisse. Conf. note 10.

Les « **Médecins** » et les « **Pédiatres** », identifiés comme source spécifique, semblent peu confrontés à la maltraitance dans leur activité de cabinet. Ils n'ont signalé qu'une vingtaine de cas chacun, pour 670 généralistes, gynécologues ou pédopsychiatres installés et plus de 90 pédiatres. Il est vrai que la relation particulière entre le médecin en cabinet et un patient mineur permet facilement aux parents de changer de médecin dès qu'ils perçoivent des soupçons au travers des questions du médecin.

Une situation du même type existe dans les **Garderies** où les parents sont, à de rares exceptions près, des clients qui payent pour la garde de leur enfant. Des enfants souffrant de négligence, liée par exemple à une situation de précarité, ont donc peu de chance de figurer parmi la clientèle des garderies.

Le nombre relativement faible de cas signalés par le **SPJ** uniquement (58) ou par le SPJ et d'autres sources (23) est étonnant. Ainsi, le SPJ n'a signalé que 11 % des mineurs repérés par l'enquête. Bien entendu, toutes les situations de maltraitance ne doivent pas fatalement aboutir au SPJ. Ainsi les enfants victimes d'un exhibitionniste, de violences physiques ponctuelles commises par des pairs ou d'une agression unique, par exemple, ne sont a priori pas des « clients » potentiels du SPJ. Toutefois, le peu de cas signalés par le SPJ nous a suffisamment intrigué pour que, en collaboration avec la direction de ce service, nous réalisions un complément à notre enquête. Nous avons ainsi pu comparer notre collectif d'enfants avec celui des enfants connus durant la même année du SPJ. Les résultats de cette comparaison montrent que parmi les 628 enfants de notre collectif qui n'ont pas été signalés par le SPJ, soit plus de 88 %, 194 (31 %) figurent certainement dans les dossiers du SPJ, 49 (8 %) y figurent éventuellement¹⁵ et 385 (61 %) n'ont pas été retrouvés dans les dossiers existants du SPJ au 31.12.1999.

On peut donc dire que le **SPJ** n'a été la **source** que de **11 %** des enfants repérés mais que **39 %** des autres enfants signalés figurent dans les dossiers actifs du SPJ en 1999 et que, globalement, **46 %** des enfants signalés étaient **connus du SPJ en fin d'année, mais pas forcément tous pour maltraitance**. Ces résultats indiquent qu'il était judicieux d'élargir le spectre de nos sources d'information pour obtenir une vision plus réaliste de l'ampleur de la maltraitance dans le canton. L'analyse des seuls dossiers du SPJ – méthode qui a été envisagée au début de ce travail – n'offrirait qu'une image tronquée de la maltraitance détectée dans le canton.

Profil des cas signalés

Deux tiers des cas signalés correspondent, selon les professionnels, à des situations de **maltraitance avérée**, un tiers seulement à des situations jugées présumées. Dans près de 60 % des situations présumées, le degré de présomption est élevé. On peut donc estimer que le nombre de situations repérées n'est pas dû à une sur-détection de simples situations à risques.

D'une manière générale, les **professionnels de premier niveau**¹⁶ signalent une forte proportion de cas présumés : Ecole et Garderie environ 40 %, Pédiatres et CMS plus de 60 %. Les professionnels de deuxième niveau, par contre, signalent de fortes proportions de cas de maltraitance avérée avec une fréquence régulière : Institutions (45 %), Médical (42 %).

La maltraitance de **type psychologique** (ou cruauté mentale) représente près du tiers des situations repérées, celles de type physique ou sexuel environ un quart chacune et la négligence 18 %.

Que la maltraitance soit avérée ou présumée, elle est le plus souvent **régulière** (43 %). La fréquence régulière domine pour les cas de maltraitance psychologique ou de négligence. Par contre, si la maltraitance est sexuelle, les cas uniques priment ; en cas de maltraitance physique la fréquence occasionnelle domine.

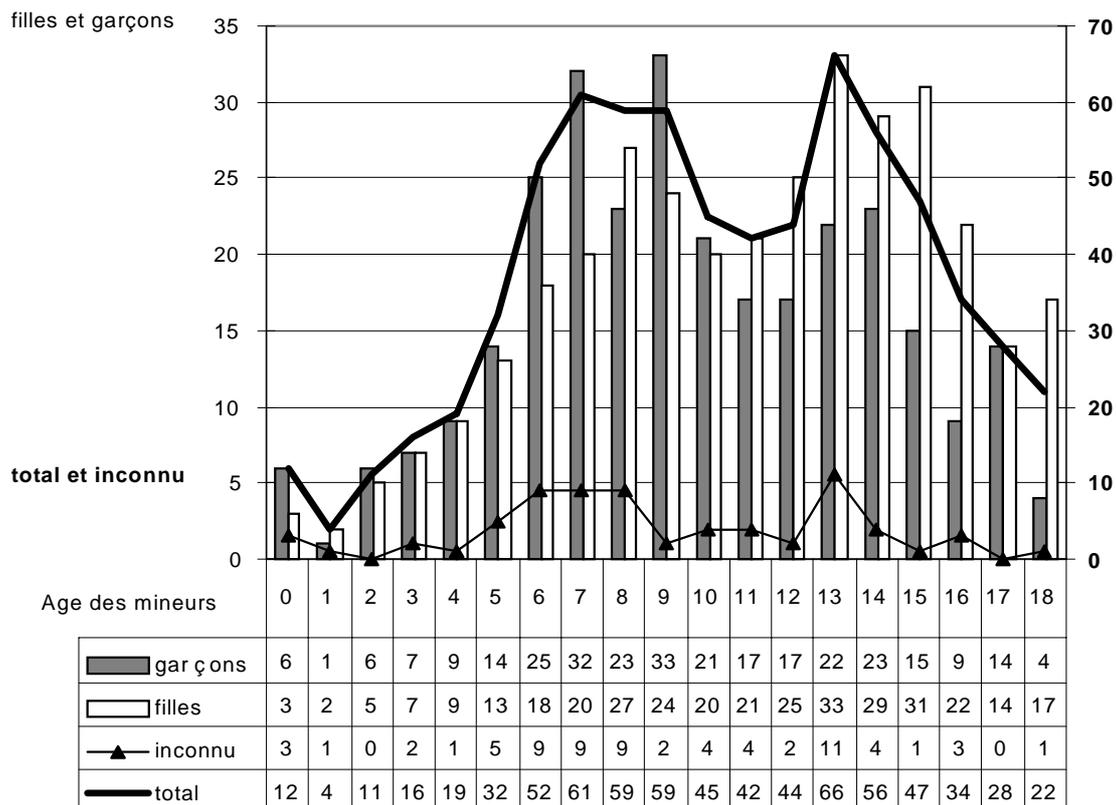
¹⁵ Un des éléments de la clef d'identification diverge.

¹⁶ Les professionnels de premier niveau sont en contact avec l'ensemble des enfants, les professionnels de deuxième niveau sont en contact avec les enfants référés pour maltraitance présumée ou avérée.

Si, globalement, les **filles** sont plus souvent l'objet de maltraitance que les **garçons**, c'est uniquement lié à leur forte sur-représentation dans la catégorie de la maltraitance sexuelle (116 filles contre 29 garçons). Pour tous les autres types de maltraitance, les garçons sont légèrement plus nombreux.

La proportion de cas de maltraitance présumée varie sensiblement selon l'**âge** des victimes. Entre 0 et 3 ans, âge où l'enfant ne peut pas encore s'exprimer très clairement, elle est de 55 %. Elle est inférieure à 20 % dès 15 ans, âge où l'adolescent peut dénoncer des auteurs, parfois des pairs.

Graphique 4.2 Age des mineurs signalés selon le sexe



L'évolution du poids relatif des divers **types** de maltraitance **selon l'âge** des victimes montre que la maltraitance de type physique augmente avec l'âge alors que la négligence suit une logique inverse ; la maltraitance de type sexuel reste proportionnellement assez stable, avec une pointe entre 10 et 14 ans, et la maltraitance de type psychologique domine dans chaque groupe d'âge en représentant le tiers des cas.

La distribution des victimes selon l'âge est caractérisée par deux bosses, combinaison de deux profils très différents pour chaque sexe ; la distribution des filles étant symétrique à celle des garçons. Nous avons interrogé les professionnels pour trouver une explication au creux que l'on observe aux alentours de 11 ans. Deux types d'arguments ont été avancés ; l'un se réfère aux stades de développement de l'enfant, l'autre à la structure scolaire. Selon la théorie psychologique, l'enfant vit, vers 10 - 12 ans, une période dite de « latence » durant laquelle son comportement, plutôt docile et agréable, ne ferait pas peser de tensions supplémentaires sur un équilibre familial fragile. Dix ans est aussi l'âge auquel la majorité des petits Vaudois arrivent à la fin du cycle d'enseignement primaire assuré par un maître généraliste unique, le plus souvent une femme. Suit un cycle de transition et d'orientation assuré par des maîtres multiples, plus focalisés sur l'enseignement de leur discipline que

sur l'éducation et le développement global de l'enfant. Nous ne disposons pas d'éléments suffisants pour trancher définitivement entre ces deux explications qui peuvent d'ailleurs parfaitement se combiner. Mais étant donné que l'Ecole est la source qui a signalé le plus grand nombre de situations et que la courbe des âges de ces enfants influence fortement l'allure générale de la courbe des âges, le **caractère bi-modal** est donc certainement avant tout dû à une **baisse de la détection** pour les enfants âgés de 10 à 12 ans, notamment par la source **Ecole**.

La distribution selon l'âge, le sexe et le type de maltraitance montre que les filles, principales victimes de la maltraitance sexuelle, sont souvent repérées alors qu'elles ont plus de dix ans. Ceci ne signifie pas que ce type de maltraitance est moins fréquent à l'égard des filles plus jeunes (comme l'indique la littérature), mais que ce n'est qu'à partir de cet âge qu'elles peuvent explicitement s'en plaindre.

L'auteur de la maltraitance est le père ou la mère dans 65 % des cas signalés et une autre personne connue de l'enfant dans 20 % des cas. Les parents directs sont les auteurs dans 81 % des cas de maltraitance psychologique avérée et dans 92 % des cas de négligence avérée. Par contre, cette proportion tombe à 35 % pour les cas présumés de type sexuel. Si la maltraitance sexuelle est avérée, ce sont les tiers connus ou inconnus de l'enfant qui représentent chacun environ un tiers des auteurs. Les hommes représentent 56 % des auteurs, les femmes 27 % et les deux sexes simultanément 17 %. Les hommes sont les auteurs les plus fréquents pour les cas de maltraitance physique et sexuelle.

La maltraitance de type psychologique est le plus souvent exercée régulièrement par des parents âgés de plus de 35 ans. C'est le type le plus repéré dans chaque groupe d'âge des victimes et par toutes les sources importantes, sauf la Police.

Dans 28 cas (4 %), des professionnels (dont 16 fois la Police et 8 fois l'Ecole) ont précisé qu'ils signalaient un cas particulier **d'agression en bande**. Les cas d'agression en bande signalés par les professionnels touchent principalement des garçons âgés de 13 et 14 ans, agressés physiquement à une seule occasion, par d'autres mineurs du même sexe que souvent ils connaissent.

Disparités régionales et structurelles

Des enfants maltraités ont été signalés **dans tous les districts** du canton de Vaud.

On constate, dans les districts d'Yverdon, Orbe et Grandson, une nette dissymétrie entre le poids des cas signalés dans l'enquête et les données démographiques d'ensemble. Le poids relatif des mineurs signalés dans ces districts est nettement plus élevé que celui des mineurs résidants. Chaque fois que nous avons présenté ce résultat, l'explication a été la même. Le Nord Vaudois pratique de longue date une prise en charge multidisciplinaire organisée en réseau. Les membres de ce réseau ont appris à travailler ensemble ; ils ont mis en place des règles de fonctionnement et, surtout, ils se connaissent. Ce serait donc la **qualité de l'observation** et de la prise en charge qui expliqueraient le nombre relativement élevé de situations signalées à Yverdon lors de l'enquête. On peut donc penser que si des structures aussi performantes existaient ailleurs dans le canton, le nombre de cas détectés **serait encore plus élevé**.

Le poids d'une source peut aussi être très différent d'un district à l'autre. Ainsi l'Ecole signale, durant l'enquête, 13 cas dans le district de Lausanne et 26 dans celui de Nyon. Pourtant, l'école obligatoire scolarise 23 800 élèves dans le premier district contre 8 400 dans le second. Le nombre d'enfants repérés dans notre enquête est donc certainement aussi influencé par la disparité des structures de prise en charge dans les diverses régions du canton et par le degré de pénétration de notre enquête dans ces structures. A cela peut évidemment s'ajouter des disparités spatiales des facteurs de risque. De plus, on ne peut pas exclure, par exemple, une inversion du nombre de situations détectées à Lausanne ou à Nyon durant un autre trimestre.

Si on isole les situations présumées et que l'on distingue, parmi les situations avérées, celles dont la fréquence est régulière, on peut répartir l'ensemble des cas en trois catégories :

- maltraitance présumée (33,1 %) ;
- maltraitance avérée avec une fréquence occasionnelle, unique ou inconnue (36,4 %) ;

- maltraitance avérée avec une fréquence régulière (30,5 %).

Ce tri ne signifie pas que 30 % seulement des cas repérés « méritent » une vraie prise en charge. La définition de la maltraitance que nous avons retenue met l'accent sur les conséquences des actes dont l'enfant est victime, et nous ne disposons pas d'éléments pour estimer les conséquences d'actes qui ont été sommairement classés selon quatre types de maltraitance. De plus, en terme de conséquences, rien ne permet d'affirmer qu'une agression sexuelle unique est moins grave que des mauvais traitements physiques réguliers. En revanche, ce tri distingue à coup sûr les situations présumées, et on peut rappeler à cet égard que dans près de 60 % des cas la présomption était forte et que plus du tiers des cas présumés ont été retrouvés dans les dossiers du SPJ.

On regroupe aussi, parmi les cas de maltraitance avérée avec une fréquence irrégulière, les agressions physiques uniques, souvent vécues entre mineurs, les agressions sexuelles uniques, notamment celles provoquées par la confrontation avec un exhibitionniste, mais également, peut-être, des viols.

Ces trois genres de situations ne caractérisent pas ce que peuvent vivre les mineurs maltraités, mais permettent d'illustrer quelques aspects de la « clientèle » détectée ou prise en charge par les professionnels ayant participé à l'enquête.

Le poids relatif de chaque genre de situation varie en fonction de la source qui a signalé le cas. La Police, par exemple, connaît peu de situations où la maltraitance est présumée (16 %) ou, à la fois, avérée et régulière (7 %). Par contre, les autres cas avérés représentent plus des trois quarts de ses interventions, presque toujours des agressions uniques.

Remarque : La plupart des chiffres cités ci-dessus figurent dans l'Annexe 6 sous forme d'un tableau qui croise chaque variable avec le type de maltraitance, en distinguant les cas avérés et présumés. Des tableaux plus détaillés sont aussi disponibles auprès de l'auteur¹⁷.

4 . 4 INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES RECUEILLIES LORS DES SEANCES DE RESTITUTION

Les contacts avec les nombreux professionnels rencontrés lors des séances de restitution des premiers résultats ont permis de recueillir des informations importantes qui dépassent ce qui peut être illustré par les résultats quantitatifs de l'enquête. Deux aspects au moins méritent d'être soulignés : les problèmes de communication entre les professionnels et le passage du dépistage à la prise en charge.

Les problèmes de communication

Les professionnels de premier niveau regrettent souvent de ne pas être tenus au courant des décisions prises et des actions entreprises par d'autres professionnels, en principe de 2e niveau, auxquels ils réfèrent des situations de maltraitance. Ces doléances ont été exprimées aussi bien par des pédiatres que par des responsables de garderies. Non seulement, il n'y a pas de retours spontanés sur l'évaluation faite par des professionnels de 2e niveau ou sur les actions entreprises, mais il semble très difficile, pour les professionnels de 1er niveau, d'obtenir des informations quand ils les demandent.

La communication d'informations peut certes se heurter à des problèmes de secret professionnel ou de respect de la sphère privée des victimes ou des auteurs. Toutefois, informer celui qui a signalé une situation du suivi qui lui est donné serait courtois et contribuerait à atténuer l'impression que certains sont des partenaires moins importants que d'autres, ou même, que certains signalent et que d'autres tergiversent plus qu'ils n'agissent.

De plus, le professionnel qui a signalé une situation reste en contact avec le mineur maltraité et il pourrait donc fournir des observations sur l'évolution de la situation. Des cas présumés pourraient

¹⁷ Yves Ammann, SCRIS, Lausanne, Tel. 021/316.29.75 – E-mail : YVES.AMMANN@SCRIS.vd.ch.

ainsi se révéler plus rapidement avérés et les mesures utiles prises sans attendre. Les professionnels de premier niveau qui sont parfois en contact quotidiennement avec un enfant maltraité, tels les spécialistes de la petite enfance des garderies, vivent très mal des situations où « plus haut, rien ne bouge » alors qu'elles prennent tous les jours dans leur bras un enfant qui souffre.

Certaines pratiques engendrent aussi des coupures volontaires dans la transmission d'informations. Ainsi, les infirmières scolaires se heurtent parfois au silence lorsqu'elles cherchent à obtenir des informations auprès d'une homologue active dans un autre canton d'où un enfant vient de déménager. Les infirmières vaudoises actives dans le programme « école et santé » (pour les enfants âgés de 6 à 16 ans) ne transmettent pas d'informations, sans l'accord du mineur, à celles actives dans le programme « jeunesse et santé » (pour les mineurs âgés de plus de 16 ans). On peut se demander si, parfois, cette volonté de ne pas stigmatiser un mineur ne protège pas plus l'auteur que la victime.

Des oublis de transmission d'informations peuvent aussi avoir des conséquences plus dramatiques. Ainsi, les Juges de Paix nous ont signalé des cas de dysfonctionnement en contradiction avec le respect de la procédure. L'exemple porte sur la situation où un auteur, parent direct de la victime, est remis en liberté après instruction de l'affaire par la justice pénale sans que le Juge de Paix n'en soit averti. Ainsi, victime et auteur se retrouvent face à face en famille sans que le Juge de Paix n'ait eu la possibilité d'éviter cette confrontation, par exemple en plaçant temporairement l'enfant. On imagine sans peine les risques liés à ces retrouvailles et l'incompréhension du mineur devant des pratiques judiciaires censées le protéger.

Le risque majeur lié à ces difficultés de communication entre les professionnels actifs dans le signalement ou la prise en charge d'un mineur victime de maltraitance serait une baisse de confiance entre professionnels qui déboucherait soit sur une lassitude à signaler des situations, soit sur une propension encore plus élevée à tenter d'assumer seul une prise en charge.

D'une manière générale, les droits et devoirs de signaler ou d'informer qui de quoi semblent assez flous pour la majorité des professionnels ; les propos sont même parfois contradictoires. On trouve des pratiques sectorielles, mais pas trace d'une doctrine opérationnelle interprofessionnelle.

Du dépistage à la prise en charge

Nombreux sont les professionnels qui ont affirmé que, maintenant, ils étaient suffisamment formés pour repérer les cas de maltraitance, mais que la prise en charge des situations se heurte à des manques de moyens et de structures adéquats.

La situation a été qualifiée de « schizophrénique » compte tenu de l'accroissement de la capacité de dépistage dont témoigne l'augmentation du nombre de dossiers et de la baisse de la capacité d'intervention liée, par exemple, à la diminution des places d'accueil. On nous a notamment cité : un déséquilibre dans la répartition spatiale des institutions pour mineurs ; le manque de places vacantes pour la prise en charge des très jeunes enfants ; le besoin de disposer de médiateurs culturels et de traducteurs dans tout le canton ; la nécessité de créer une unité mère-enfant pouvant accueillir des mères rencontrant des problèmes psychiatriques ; la déception de professionnels qui se sont adressés au groupe de référence de la CCMT ; le peu de places disponibles pour accueillir des requérants d'asile mineurs non accompagnés.

L'accroissement du nombre des situations détectées et les limites que rencontre la prise en charge, faute de moyens, posent un problème délicat. On sait que la prévention et la prise en charge précoce peuvent se montrer particulièrement efficaces dans le domaine de la maltraitance des mineurs et aussi que l'on trouve de nombreux enfants maltraités parmi les adultes toxicomanes, alcooliques ou actifs dans la prostitution. La prise en charge de ces adultes, pour rester dans un cynique raisonnement économique, coûte cher sans grand succès. On peut donc envisager les dépenses consenties pour lutter contre la maltraitance comme une forme d'investissement rentable.

5 MODULE III : LES PÉDIATRES « SENTINELLES »

En 1986, un système de déclaration nommé "Sentinella" a été introduit en Suisse. Il s'agit d'un réseau de cabinets médicaux qui communiquent à un service central, à intervalles réguliers et sur une base volontaire, des données sur les maladies rencontrées en consultation. Le système Sentinella¹⁸ constitue en Suisse l'unique source permettant d'avoir une vue d'ensemble des maladies affectant la population non hospitalisée. Le Module III de la présente étude avait comme objectif de **tester la faisabilité et l'intérêt de récolter systématiquement, via un réseau de pédiatres « Sentinelles », des données concernant la maltraitance envers les enfants.**

Le choix de pédiatres libéraux semble a priori pertinent, car on peut penser qu'en Suisse la majorité des enfants consultent un pédiatre privé, en particulier les enfants en âge préscolaire, pour le suivi et les vaccinations de routine. De plus, la pratique pédiatrique permet de documenter les éléments du contexte familial et le fonctionnement du réseau médico-social.

5.1 MATÉRIEL ET MÉTHODE

Début 1999, un groupe de 17 pédiatres volontaires est recruté par l'intermédiaire du Groupement des Pédiatres Vaudois (GPV) qui réunit les 92 pédiatres du canton. Leur pratique est répartie sur l'ensemble du territoire cantonal, cinq d'entre eux ont suivi une brève formation continue dans le domaine et sont membres de groupes de référence. La majorité des 17 pédiatres ont également une activité de médecin scolaire, de médecin hospitalier ou de référant pour une institution. Le « **questionnaire-patient** », qui servira de base à la récolte d'informations, est élaboré en collaboration étroite entre chercheurs et pédiatres lors d'une séance de travail. Un va-et-vient postal des différentes versions de ce questionnaire permet d'obtenir une version consensuelle définitive. Les éléments figurant dans le « questionnaire-patient » sont inspirés de la littérature, des items de la fiche de l'enquête systématique et des commentaires récoltés auprès des professionnels à cette occasion (voir chapitre 4), du questionnaire de l'enquête nationale menée de 1989-1990¹⁹ et de la pratique pédiatrique. Il documente les domaines suivants :

- conditions d'ouverture du dossier et **données de routine** concernant l'enfant
- **contexte** familial, données socio-démographiques, constellation familiale
- **contexte** de vie de l'enfant
- **facteurs de risque** et **signes d'alerte**
- **type** et lieu de la maltraitance, profil de **l'auteur** de la maltraitance
- **contacts** du pédiatre avec d'autres professionnels/services et difficultés rencontrées
- **mesures** prises et difficultés rencontrées
- état de la situation en **fin d'étude**.

¹⁸ Mis à part les dispositifs spécifiques tels que les registres de tumeurs et les maladies à déclaration obligatoire.

¹⁹ Groupe de travail Enfance maltraitée. Enfance maltraitée en Suisse, Annexes du Rapport final du Groupe de travail Enfance maltraitée. Office central fédéral des imprimés et du matériel. Berne 1992.

5.2 RESULTATS

Durant les 6 mois de l'enquête (juillet à décembre 1999), 30 dossiers correspondant à **30 enfants** et à 31 situations de maltraitance²⁰ ont été récoltés. Le minimum de dossiers par pédiatre était de 1 et le maximum de 8. Cinq des 17 pédiatres n'ont rencontré aucun cas correspondant aux critères d'inclusion²¹. Le nombre de cas est ici relativement plus élevé que dans le cadre de l'enquête systématique (Module II)²² durant laquelle plus de 90 pédiatres ont signalé 19 enfants, durant trois mois. Cette disproportion s'explique en partie par un biais de sélection. Les pédiatres « Sentinelles » étaient volontaires et très motivés par la problématique. Elle peut également s'expliquer par une vigilance accrue au problème, induite par la sensibilisation préalable et l'association en partenariat au sein d'une recherche.

Les situations décrites concernent 12 filles et 18 garçons avec une moyenne d'âge de 6,5 ans (min. 9 mois, max. 15 ans), dont 12 cas entre 0 et 5 ans. Une plus forte proportion d'enfants en âge préscolaire était attendue. Cette attente fondait, entre autres, l'idée que les pédiatres en cabinet étaient les mieux placés pour dépister la population difficile à joindre des enfants en âge préscolaire. Ces résultats ne semblent pas confirmer cette hypothèse. Il est toutefois délicat de tirer des conclusions à partir de ces données. En effet, l'absence de données sur la prévalence de la maltraitance, sur la proportion des enfants en âge préscolaire qui fréquentent un pédiatre et régulièrement le même pédiatre, et sur le taux général de fréquentation des cabinets interdit de dire quel pourcentage des enfants en risque sont repérés par les pédiatres. Ce qui ressort, par contre, c'est que des médecins de premier recours peuvent fonctionner comme « Sentinelles » pour un problème de santé publique.

En effet une proportion importante des pédiatres installés du canton (près de 20 %) ont fourni un travail considérable de récolte de données (un dossier-patient contenant plus de 70 questions) et ceci avec une grande constance sur une longue période (6 mois). Ils ont été à même de récolter des données précises dans des domaines sensibles (données sur le niveau d'éducation des parents, la situation économique, les relations avec le réseau primaire de la famille, les antécédents et les facteurs de risque, etc.). Leur champ d'observation et d'investigation a permis d'obtenir des données nombreuses et détaillées non disponibles par ailleurs.

Si l'intégration de ces questions dans les relevés du système suisse « Sentinella » de l'OFSP ne se justifie pas (« l'échappement » possible des enfants du réseau des praticiens, particulièrement des enfants en âge préscolaire, ne permettant pas une surveillance suffisamment systématique du phénomène), la **faisabilité** de réseaux Sentinelles de médecins de premier recours, pour la surveillance de problèmes de santé publique, **se confirme pleinement**. Une formation préalable brève, une élaboration commune du questionnaire d'enquête, une association précoce au projet et un soutien régulier par l'équipe de recherche sont des conditions importantes de l'adhésion des praticiens ainsi que de la qualité et de la précision des données récoltées.

Profils des cas décrits

17 situations de maltraitance sont présumées et 14 avérées dès la première consultation. La maltraitance physique est plus évidente à constater d'emblée que les formes psychologiques et sexuelles. La **négligence est rarement évoquée**. En cas de présomption, les pédiatres évoquent fréquemment des types multiples et combinés.

²⁰ Un enfant ayant été l'objet de deux situations très distinctes.

²¹ Critères d'inclusion: mineur entre 0 et 18 ans vu au cabinet entre le 1er juillet et le 31 décembre 1999, faisant selon le pédiatre l'objet de maltraitance présumée ou avérée depuis le 1er janvier 1999 ou mineur entre 0 et 18 ans vu au cabinet entre le 1er juillet et le 31 décembre 1999, que le pédiatre traite au moins depuis le 1er janvier suite à des actes de maltraitance. Les enfants vus dans le cadre d'une activité de médecin scolaire, à l'hôpital ou comme référant d'une institution n'entrent pas dans l'étude.

²² Voir chapitre 4.

La majorité des cas présumés en début d'étude sont avérés en fin d'étude. Seuls deux cas présumés en début d'étude se sont révélés être de « faux positifs » en fin d'étude. Aucun cas avéré en début d'étude n'a été démenti en fin d'étude. Les pédiatres **évaluent bien les situations qu'ils repèrent**, ils obtiennent les informations leur permettant d'affiner leur jugement et parviennent en majorité à suivre les cas, directement ou indirectement, sur 6 mois.

Les **parents** sont les **auteurs** dans la majorité des cas. Toutefois un père violent envers son bébé et une mère avouant maltraiter son enfant lorsqu'elle est épuisée, consultent spontanément afin d'obtenir de l'aide. Dans 4 cas seulement, l'auteur est totalement extérieur à la famille et il s'agit de pairs de la victime.

La majorité des situations concernent des enfants dont les parents sont séparés ou divorcés dans des contextes de **conflits intrafamiliaux majeurs** (entre autres violence conjugale).

Le niveau de formation et la profession des parents balayent **tout le champ des catégories socio-économiques**, de l'universitaire au travailleur manuel non qualifié. Il est intéressant de souligner que pour 28 des 30 dossiers, les principales informations relatives au contexte socio-économique (profession, formation et activité salariée des parents) ont pu être recueillies, alors que, lors de l'élaboration du dossier, les pédiatres pensaient ne pas être en mesure d'obtenir ces informations.

La **garde des enfants** en âge préscolaire est en majorité assurée par le réseau primaire des familles et les mamans de jour. Une toute petite minorité fréquente les garderies et centres d'accueil pour écoliers. En général, aucun système de garde n'est prévu en cas de maladie de la mère ou de l'enfant.

Plus de la moitié des familles connaissent des **problèmes économiques importants**, sont très isolées, démunies, vivant dans une instabilité et une précarité générale. Pour rappel, les pédiatres, interrogés préalablement sur les facteurs de risque les plus fréquents dans la pratique, avaient en priorité évoqué la toxicomanie des parents et les antécédents de maltraitance. Or ces facteurs de risque sont bien plus rarement présents que les difficultés économiques. Ceci met bien en évidence la **force des représentations** dans la pratique médicale et l'importance de les confronter aux données épidémiologiques, afin de rendre le dépistage plus sensible et plus spécifique.

Quand il s'agit d'établir le diagnostic et de prendre des mesures en pratique privée, les pédiatres disent se trouver dans une situation de tension et d'isolement. D'une part les situations sont en général complexes et enchevêtrées, ce qui rend l'évaluation psychosociale longue et difficile, et le pédiatre dans un premier temps est seul face à la situation. D'autre part, si l'enfant est bien le patient, le parent lui est le "client libre" du praticien. Ainsi des parents maltraitants ou en crise peuvent changer de pédiatre et de centre de consultation (« **tourisme pédiatrique** ») afin de ne pas être confronté à des questions embarrassantes. Malgré tout, dans la majorité des cas, les pédiatres dépistent les enfants "en risque" et parviennent à prendre des mesures tout en conservant une relation avec les parents.

Dans plus du tiers des cas, la situation est **référée** pour évaluation et soins ou signalée à un autre service. Si les informations sur le suivi parviennent spontanément au pédiatre de la part du milieu médical (confrère installé, CanTeam, pédopsychiatrie) et de la Brigade des mineurs-mœurs (BMM), elles ne parviennent des autres services qu'après des demandes répétées (particulièrement de l'ordre judiciaire et du SPJ). Paradoxalement les pédiatres sont en majorité toujours en contact avec l'enfant et la famille à la fin de l'enquête, mais sont peu et mal renseignés sur les mesures prises par les autres professionnels et institutions.

Les **difficultés** évoquées dans la **collaboration** au sein du réseau sont : multiplicité des intervenants sans technique de travail en réseau, vocabulaire et culture professionnels très différents et peu explicités, confusion et fausses croyances au sujet du secret professionnel, opinions divergentes sans possibilité de les confronter, difficultés et lenteurs pour obtenir des informations de la part des services compétents et des professionnels, mauvaise coordination entre les instances, et grande difficulté à établir des contacts fonctionnels principalement avec le SPJ et le système judiciaire.

L'ensemble des documents élaborés est disponible auprès de l'auteur

6 RECOMMANDATIONS

Les recommandations ci-dessous sont exclusivement issues des résultats de la présente recherche. Elles ne sont ni opérationnalisées ni hiérarchisées. En effet, elles devraient servir de base de discussion aux ateliers qui se tiendront lors des Etats Généraux de la Maltraitance en mars 2001 à Lausanne. A cette occasion, les responsables administratifs et politiques et les professionnels de terrain seront appelés à discuter ces recommandations et à proposer des solutions concrètes pour celles qui auront été jugées les plus importantes et les plus urgentes à mettre en œuvre.

6.1 VALORISATION

- Les résultats détaillés de la présente recherche devraient être disponibles pour l'ensemble des professionnels intéressés et du public. Le résumé et les recommandations devraient être activement diffusés à l'ensemble des professionnels ayant participé à la recherche.
- L'Avis du CF constitue un "signal politique" fort. Il peut donner une légitimité et renforcer des initiatives dans le domaine de la protection de l'enfance. Cet Avis devrait être largement diffusé dans les milieux professionnels, politiques et dans la société civile.
- La mise à jour du suivi vaudois des recommandations retenues dans l'Avis du CF devrait être confiée à une structure permanente. La mise à jour devrait être validée au moins annuellement par les informateurs.
- La base de données contenant le suivi vaudois de ces recommandations devrait être mise à disposition en mode consultation sur les sites Internet de l'IUMSP, de l'Administration cantonale vaudoise et de l'OFAS.
- La valorisation de l'outil auprès des autres cantons devrait être menée rapidement par la Centrale pour les questions familiales de l'OFAS, entre autres par le biais de son site Internet et de son bulletin « Questions familiales ».

6.2 MESURES DE POLITIQUES CANTONALES

- Les autorités cantonales devraient s'interroger sur la pertinence et l'efficacité de laisser au sein d'un même service (SPJ) coexister l'aide aux familles et l'exécution de mandats civils. Les expériences étrangères de distinction de ces missions devraient être étudiées et discutées.
- Les autorités cantonales devraient réaliser périodiquement des enquêtes afin d'assurer un suivi de la politique de prévention et de prise en charge, déterminer des indicateurs (quantitatifs et qualitatifs) et mettre en place des outils d'évaluation afin de mesurer l'impact des mesures prises et de les réorienter régulièrement.
- Le document « Proposition pour l'organisation judiciaire du canton de Vaud » de R. Bersier et F. Jomini, rapport déposé le 28 septembre 1995 auprès du Chef du Département de la Justice, de la Police et des Affaires militaires, contient des recommandations très pertinentes de réformes en matière de Justice de Paix (paragraphes 114, 115 et suivants). Le Département de la formation et de la jeunesse devrait suivre de près le devenir de ce rapport et appuyer sa prise en compte par l'ordre judiciaire.

- L'augmentation du nombre des lieux d'accueil mère-enfant (10 places au total pour tout le canton)²³ ainsi qu'un meilleur accès aux aides économiques et sociales des familles vulnérables et isolées, devraient être des priorités de la politique cantonale de la petite enfance.
- La localisation des institutions éducatives devrait être réexaminée afin qu'elles soient à terme mieux réparties sur l'ensemble du canton et non plus concentrées sur l'arc lémanique.
- Les services d'aide sociale, cantonaux et communaux, devraient être sensibilisés aux répercussions des difficultés économiques des familles sur la santé des enfants. D'une manière générale, les différents Départements devraient être tenus informés des répercussions, sur la santé des enfants, de leurs décisions en matière d'économie, d'éducation, d'urbanisme, de culture, etc.
- L'ODES devrait mettre sur pied, en complément aux cours d'éducation sexuelle, des cours d'éducation à la fonction parentale, afin de prévenir les risques liés à l'absence de connaissances et de compétences éducatives à l'âge adulte.
- Le DFJ devrait développer des mesures de prévention de la violence à l'école (informations, sensibilisation, formations).
- Tant la CCMT que le délégué cantonal devraient faire connaître largement leurs missions, leurs fonctions et leurs activités afin d'améliorer l'utilisation de leurs services par les professionnels de terrain. La CCMT devrait ajuster son fonctionnement aux besoins des professionnels et privilégier au sein de ses activités la mise à disposition de prestations directement utiles²⁴.
- Les courriers administratifs, brochures, papillons etc. destinés aux parents devraient être disponibles dans les principales langues parlées dans le canton.

6.3 FORMATION

- L'étude de Dardel, Eperon, Fankhauser et Guidoux de 1994 (mandat CCMT) concernant la formation devrait être valorisée. Une stratégie d'implantation des recommandations émises par les auteurs dans les filières de formation vaudoises devrait être mise sur pied, faute de quoi les ressources engagées par la CCMT dans cette recherche initiale l'auront été en pure perte.
- Le Groupement des pédiatres vaudois (GPV)²⁵ devrait tout mettre en œuvre afin d'augmenter la part de l'enseignement prégradué en pédiatrie sociale. Des pédiatres installés devraient être invités à participer à ces enseignements, et les étudiants qui le souhaitent devraient pouvoir effectuer des stages reconnus auprès de pédiatres installés.
- Le GPV²⁶ devrait veiller à l'offre de formation continue dans le domaine de la maltraitance et de la pédiatrie sociale. Ces formations devraient en particulier insister sur les techniques de l'évaluation psychosociale et le poids des représentations²⁷ dans le diagnostic du praticien, sur la connaissance des ressources locales et le travail en réseau.

²³ Voir données exhaustives fiche n° 73 in « Recommandation-Enfance_maltraitée.fp3 ». Disquette disponible avec le rapport final du Module I.

²⁴ Le groupe de référence cantonal est de moins en moins sollicité par les intervenants, pour mémoire : nombre de cas traités par le groupe de référence de la CCMT par année de fonctionnement : 1996 : 29 cas, 1997 : 14 cas, 1998 : 9 cas, 1999 : 8 cas.

²⁵ En collaboration avec la Société vaudoise de médecine (SVM), l'Unité de médecine et de santé des adolescents et le Service de pédiatrie du CHUV.

²⁶ En collaboration avec la SVM et la Société Suisse de Pédiatrie.

²⁷ Voir à ce sujet : Wissow LS, Wilson MEH. Use of epidemiological data in the diagnosis of physical child abuse : variations in response to hypothetical cases. Child Abuse & Neglect. Vol 16, pp 45-55. 1992.

- Les membres de l'ordre judiciaire (Juges de Paix et Juges d'instruction) devraient suivre une formation dans le domaine de la maltraitance afin d'améliorer leur procédure de travail dans les cas qu'ils instruisent.
- La formation des enseignants du cycle secondaire au dépistage des enfants en risque de maltraitance devrait être améliorée et intensifiée dans le cadre du séminaire pédagogique et de la formation continue des enseignants actuels.
- Afin de renforcer les alliances entre les champs d'intervention médicaux, sociaux et éducatifs, des formations interprofessionnelles sur la maltraitance et le travail en réseau devraient être organisées. Celles-ci devraient s'adapter aux disponibilités de toutes les catégories professionnelles, être décentralisées, modulaires, réparties sur l'année et se dérouler aussi en soirée.

6.4 DEPISTAGE ET PROTECTION DES ENFANTS EN AGE PRESCOLAIRE

- Le dépistage des situations à risque durant la période pré et postnatale par les sages-femmes conseils, les assistantes sociales des plannings et les infirmières des CMS devrait être garanti dans toutes les zones sanitaires. Un effort particulier devrait être fait afin d'atteindre aussi les populations marginalisées.
- Des notions de base d'éducation parentale ainsi qu'une présentation des différentes aides existantes pour les familles devraient être intégrées à tous les cours de préparation à l'accouchement organisés dans le canton.
- Les infirmières puéricultrices des Centres médico-sociaux (CMS) voient 80% des enfants à leur retour de la maternité, cette opportunité de surveillance devrait être maintenue pour toutes les familles et intensifiées pour les contextes à risque.
- La formation des mamans de jour au dépistage des enfants en risque devrait être intensifiée. Un système d'orientation vers une « maman de jour de référence » devrait être instauré afin de garantir que le dépistage débouche sur une aide précoce et adaptée.
- La vigilance des pédiatres installés devrait être maintenue, entre autres, en les associant aux initiatives de recherche et de développement des structures universitaires.

6.5 ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

- Les services sociaux, sanitaires et psychiatriques, appuyés par les autorités cantonales, devraient s'associer afin de développer des équipes de professionnels spécialisés dans la prise en charge et les soins des enfants maltraités et de leur famille. Ces unités devraient être capables d'intervenir de manière à la fois spécifique et coordonnée à différents niveaux (mesures sociales, éducatives, juridiques et thérapeutiques). Ces unités multidisciplinaires devraient offrir des prises en charge diversifiées quant aux modèles d'intervention et à l'orientation thérapeutique, afin de s'adapter à la diversité des besoins et des ressources des familles concernées²⁸.
- Une information régulière et extensive sur l'existence de ces unités devrait être assurée par le SPJ. Cette information devrait contenir une description du type de service offert et des moyens d'y accéder (porte d'entrée au niveau social, juridique, médical, éducatif, etc.).
- La prise en charge multidisciplinaire en réseau devrait être encouragée. Pour ce faire, les autorités devraient prendre des mesures politiques, structurelles et financières, entre autres : mise en place de réseaux dans les diverses régions du canton et formation régulière des professionnels aux techniques de travail en réseau. Ces mesures sont à même de lutter contre le morcellement des

²⁸ Voir « Recommandation-Enfance_maltraitée.fp3 » fiche no 232. Disquette disponible avec le rapport final du Module I.

interventions, le nombre souvent trop élevé d'intervenants sur la même situation et la dispersion de leurs efforts.

- Une culture de la communication entre les professionnels devrait être développée. Elle devrait en priorité assurer que le professionnel qui a signalé ou référé une situation soit averti rapidement et régulièrement du suivi qui lui est donné. Les professionnels, avec l'aide de spécialistes, devraient définir clairement ce qui peut et devrait être communiqué entre les intervenants qui participent à la prise en charge d'un enfant ou qui restent en contact avec lui. Une information minimale sur le type de mesures prises (activités professionnelles) n'enfreint pas le secret professionnel et n'est pas en contradiction avec le respect des droits de l'enfant et de sa famille.
- Les responsables des services devraient vérifier que les procédures permettant de référer les situations dépistées sont connues de chaque professionnel au sein de leurs équipes et qu'elles débouchent sur une prise en charge à plusieurs niveaux dans les meilleurs délais. Les responsables des services de référence devraient vérifier qu'une information minimale sur le suivi est bien parvenue aux membres de l'équipe directement concernés.
- Les lieux d'accueil de la petite enfance, centres de loisirs, Clubs sportifs, associations de jeunesse, etc. devraient établir des liens plus étroits avec leur pédiatre de référence. Ceux-ci sont garants du secret professionnel, capables d'orienter l'évaluation des situations délicates et ne sont pas perçus comme une instance de contrôle ou de sanction. Ils sont potentiellement des interlocuteurs privilégiés pour les équipes de professionnels et de bénévoles.
- Le recours aux traducteurs/médiateurs culturels devrait être possible dans tous les services et pour toutes les situations qui l'exigent. Des solutions pour assurer le remboursement de leurs prestations devraient être trouvées pour chaque service et institution.

6.6 RECHERCHE ET DEVELOPPEMENT

- Une surveillance épidémiologique du phénomène qui se limiterait à l'exploitation statistique des données du SPJ, de la police et des tribunaux aboutirait à une vision tronquée de l'importance et de l'évolution de la maltraitance dans le canton. D'autres sources de données devraient être exploitées en priorité, en particulier l'Ecole, les CMS et le secteur Médical (pour le détail des sources potentielles voir Annexe 5).
- La distinction classique entre "présence de facteurs de risque et de signes d'alerte" et "présomption de maltraitance" est souvent peu opérationnelle. Les typologies proposées par l'Observatoire de l'enfance en danger (voir Annexe 7), partiellement reprises dans le concept de décembre 1999 de la CCMT²⁹, devraient être mises en discussion et si possible adoptées dans les années à venir.
- Lors de récolte de données dans ce domaine sensible, des représentants des praticiens de terrain devraient être associés précocement et pleinement à l'élaboration des protocoles et des questionnaires. Les résultats et les hypothèses générées par l'équipe de recherche devraient être discutés avec ces représentants avant d'établir des analyses définitives. Cette étape est indispensable à la vérification des conditions dans lesquelles la récolte a été effectuée (inconnues de l'équipe de recherche) et des éventuels biais induits par ces conditions³⁰.

²⁹ Concept de prise en charge et de prévention des mauvais traitements envers les enfants et les adolescents, Rapport de la CCMT, décembre 1999

³⁰ Voir à ce sujet chapitre 4, p. 20 « cas des CMS », p.22 « distribution bi-modale de la courbe des âges ».

7 ANNEXES

7.1 QUELQUES CONSEILS DE NAVIGATION A L'ECRAN

choisir ici le mode «utilisation» ou «recherche»

FileMaker Pro
Fichier Edition Mode Sélection Format Script Fenêtre Aide

fiche6 [Copie].fp3

fiche
Rapport "Enfance maltraitée en Suisse" - Avis du Conseil fédéral du 27 juin 1995 *fiche n° 23.0*

chapitre
N° titre

recommandation
trouver fiches apparentées retour fiche (CtrlV)

Synthèse des informations

1. La recommandation est-elle appliquée?

application au niveau fédéral oui non partiellement pas d'informations pas pertinent

application au niveau cantonal oui non partiellement pas d'informations pas pertinent

application commentaires

2. La recommandation est-elle toujours pertinente, actuelle ?

3. Initiatives pour l'application de la recommandation - processus, résistances, succès

initiatives au niveau fédéral

100 Utilisation

cliquer ici et saisir n° fiche apparentée

cliquer ici et descendre pour continuer de consulter la fiche

la recherche est possible dans toutes les rubriques par n° de réf. modalités et mots-clef

7.2 FICHE VIERGE

Rapport "Enfance maltraitée en Suisse" - Avis du Conseil fédéral du 27 juin 1995	
chapitre	
N°	titre
recommandation	
Synthèse des informations de la fiche n° ?	
	trouver fiches apparentées
	n°
	retour fiche (CtrlV)
1. La recommandation est-elle appliquée?	
application au niveau fédéral	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> partiellement <input type="checkbox"/> pas d'informations <input type="checkbox"/> pas pertinent
	x
application au niveau cantonal	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> partiellement <input type="checkbox"/> pas d'informations <input type="checkbox"/> pas pertinent
	x
application commentaires	
	x
2. La recommandation est-elle toujours pertinente, actuelle ?	
	x
3. Initiatives pour l'application de la recommandation - processus, résistances, succès	
initiatives au niveau fédéral	
	x
initiatives au niveau cantonal	
	x
initiatives commentaires	
	x
4. Autorités, institutions, associations, chargées de vérifier l'application et/ou engagées dans des actions de soutien pour l'application de la recommandation	
	x
5. Sources	
informatrices informateurs	
	x
littérature	
	x
autres sources	
	x

7.3 EXEMPLE DE FICHE DE L'AVIS DU CONSEIL FEDERAL : FICHE NO 211.1 DE L'AVIS DU CF

Rapport "Enfance maltraitée en Suisse" - Avis du Conseil fédéral du 27 juin 1995 *fiche n° 1*

Droit international

N° 211.1 titre Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant du 20 novembre 1989

recommandation trouver fiches apparentées n° retour fiche (CtrlV)

Dans la lutte contre la maltraitance, l'article 19 de la Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant est primordial puisqu'il astreint les Etats parties à protéger l'enfant contre toutes formes de mauvais traitements et à établir des programmes de prévention et de soins dans ce domaine. Le Groupe de travail recommande la ratification sans réserves, par la Suisse, de la Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant.

Synthèse des informations

1. La recommandation est-elle appliquée?

application au niveau fédéral oui non partiellement pas d'informations pas pertinent

La convention relative aux droits de l'enfant conclue à New York le 20 novembre 1989 a été approuvée par l'Assemblée fédérale le 13 décembre 1996 et est entrée en vigueur le 26 mars 1997. La ratification de la Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant implique diverses tâches de coordination et d'information, et notamment la remise régulière de rapports, au Comité de l'ONU des droits de l'enfant, sur les mesures adoptées par la Suisse pour donner effet aux droits reconnus dans la Convention. Le premier rapport, qui est en cours de réalisation, sera suivi d'autres rapports tous les cinq ans. Leur rédaction incombe au Département fédéral des affaires étrangères. Le Département fédéral de l'Intérieur veillera quant à lui à la mise en œuvre d'une politique coordonnée concernant l'enfance au niveau fédéral.

application au niveau cantonal oui non partiellement pas d'informations pas pertinent

application commentaires

*La Suisse a émis plusieurs réserves portant notamment sur le regroupement familial, l'emprisonnement de mineurs à partir de 15 ans, la loi sur les mesures de contrainte, etc....
Voir: Convention relative aux droits de l'enfant, p 47.*

L'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'asile en octobre 99, entraîne de fait le non respect d'une série de droits de l'enfant, particulièrement en ce qui concerne les requérants d'asile mineurs non accompagnés (voir : désignation d'un tuteur et détermination de l'âge du mineur par examen de l'âge osseux).

2. La recommandation est-elle toujours pertinente, actuelle ?

Oui, dans la mesure où la Suisse émet des réserves et dans le cas particulier des enfants requérants d'asile Il serait souhaitable d'en appeler à l'article 19 lors de demandes de soutien pour les programmes de prévention, dans la mesure où la Suisse a ratifié la convention et n'a émis aucune réserve pour cet article.

3. Initiatives pour l'application de la recommandation - processus, résistances, succès

initiatives au niveau fédéral

Essentiellement le fait d'ONG

initiatives au niveau cantonal

Site Internet sur les droits de l'enfant du canton de Genève: www.gael.ch/coordonfant
Site Internet CIAO : www.CIAO.ch

initiatives commentaires

1923 Save the children 1ère déclaration, dite de Genève: protection de l'enfant

1924 Reprise par la SDN

1959 Déclaration des droits de l'enfant: intérêt supérieur de l'enfant

1989 Convention internationale relative aux droits de l'enfant: aspect contraignant pour les Etats qui adhèrent.

4. Autorités, institutions, associations, chargées de vérifier l'application et/ou engagées dans des actions de soutien pour l'application de la recommandation

Département fédéral des affaires étrangères
Département fédéral de l'Intérieur
Différentes ONG
Service social international, Genève
Pro Juventute
Défense des enfants international
Coordination suisse "Droits des enfants"

5. Sources

informatrices informateurs

Jean-Marie Bouverat, Centrale pour les questions familiales, OFAS
Isabelle Uehlinger, Service social international, Genève

littérature

Dix ans de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, Le Courrier du 20 novembre 1999

autres sources

Convention relative aux droits de l'enfant

7.4 FICHE DE RELEVÉ SYSTEMATIQUE

REPERAGE DES CAS	RECHERCHE SUR LA MALTRAITANCE ENVERS LES ENFANTS DANS LE CANTON DE VAUD
-----------------------------	--

Cas pris en compte « Mineur actuellement (ou dès le 1^{er} janvier 1999) dans une situation de maltraitance présumée ou avérée, avec lequel vous avez au moins un contact direct entre le 29 mars et le 27 juin 1999 »

Date du contact avec le mineur entre le 29 mars et le 27 juin __ __ / __ __ / 1999

Source Police

Sexe de la personne remplissant la fiche féminin masculin

Profil de la victime

date de naissance complète (jour/mois/année) __ __ / __ __ / 19 __ __

sexe féminin masculin

nationalité du mineur

Suisse Italie Espagne Portugal Grande Bretagne
 France Ex Yougoslavie Allemagne Turquie Autre

commune vaudoise du domicile légal..... si autre que Vaud

N B : les informations récoltées dans les parties grisées ne seront utilisées que pour le codage, elles ne seront pas exploitées à des fins statistiques

Nature du cas Selon vous, il s'agit d'un cas de maltraitance

présumé alors donnez votre appréciation sur l'échelle ci-dessous
 1 2 3 4
 (présence de signes d'alerte) (forte présomption)

avéré alors justifiez votre choix (plusieurs réponses possibles)
 constat médical aveux du/des auteur(s)
 votre observation directe témoignage de la victime
 décision de justice résultat d'une enquête autre

Type dominant Selon vous, la forme principale est de type (une seule réponse s.v.p.)

physique sexuel psychologique (cruauté mentale) négligence grave

Fréquence Selon vous la fréquence de la maltraitance est

régulière occasionnelle cas unique je ne sais pas

Profil de l'auteur

père/mère autre personne vivant en ménage commun avec le mineur
 tiers connu du mineur tiers inconnu du mineur je ne sais pas
sexe de l'auteur masculin féminin
âge de l'auteur - de 18 ans 18-24 ans 25-34 ans 35-64 ans 65 ans et +
cas particulier agression en bande

Merci beaucoup de votre précieuse collaboration.

**Fiche à renvoyer en fin de mois, au moyen de l'enveloppe réponse au
 SCRIS, Rue de la Paix 6, 1014 Lausanne**

MARCHE A SUIVRE	RECHERCHE SUR LA MALTRAITANCE ENVERS LES ENFANTS DANS LE CANTON DE VAUD
----------------------------	--

Organisme ayant rempli cette fiche

Compte tenu du caractère particulièrement délicat de ce relevé, toutes les précautions utiles sont prises pour **garantir l'anonymat tant des enfants signalés que des professionnel-le-s** qui remplissent la fiche. Vous ne pouvez pas être identifié-e individuellement. La seule information préimprimée sur la fiche vous concernant, est le type d'organisme ou le groupe professionnel auquel vous êtes rattaché-e (par ex. : Brigade des mœurs, Infirmière de l'OMSV, Crèche-garderie, Ecole, Médecin pédiatre installé, etc.).

Date du relevé

Veillez indiquer la date exacte du premier contact entre le 29 mars et le 27 juin avec l'enfant concerné. Ne remplissez qu'une seule fiche par enfant, même si vous voyez l'enfant plusieurs fois durant cette période. Par contre indiquez si vous avez déjà vu l'enfant avant le 29 mars pour un problème de maltraitance, ou si c'est une première rencontre.

Profil de la victime de maltraitance

Les cas seront identifiés par un code numérique (formé à partir de la date de naissance, du sexe, d'un code correspondant à la nationalité et d'un N° correspondant à la commune de domicile de l'enfant). De plus le centre de traitement des données (SCRIS) sera seul autorisé à accéder à ces données. **L'anonymat de l'enfant est ainsi garanti.** Mais il est d'une extrême importance que toutes les cases soient entièrement et soigneusement remplies pour permettre de **distinguer l'enfant en contact avec plusieurs professionnel-le-s** durant la période de l'enquête et de ne pas le comptabiliser deux fois.

Nature du cas

Veillez nous indiquer si **à votre avis** il s'agit d'un cas présumé ou d'un cas avéré. Cochez ensuite une case dans la colonne choisie.

Type dominant de maltraitance présumée ou avérée

Veillez **ne cocher qu'une seule case** même si cela vous paraît difficile ou inadéquat. Il est évident par exemple, que toute agression sexuelle est aussi un traumatisme physique et une forme de cruauté mentale. Toutefois, toutes les agressions physiques n'ont pas forcément une connotation sexuelle. Pour les besoins de l'enquête nous vous prions donc d'exprimer spontanément ce qui **qualifie**, à vos yeux, **le mieux le cas**.

Auteur-e de la maltraitance présumée ou avérée

Si vous vous trouvez devant un cas de maltraitance impliquant plusieurs auteur-e-s, veuillez ne considérer que l'auteur-e principal-e.

Fréquence de la maltraitance

« répétée » : implique un **caractère régulier**, par ex. toutes les semaines (ou jours) ou chaque fois que...

« occasionnelle » : sous-entend une **fréquence irrégulière**, de « temps en temps »

Chargé-e-s de recherche à contacter pour toute question concernant cette enquête

A l'UP, Institut universitaire de médecine sociale et préventive - Policlinique médicale universitaire

- Marie-Claude Hofner, tél. : 021 314 49 49, e-mail : Marie-Claude.Hofner@hospvd.ch
- Dorothee Bregnard, tél. : 021 314 49 46, fax : 021 314 72 44 e-mail : Dorothe.Bregnard@inst.hospvd.ch

Au Service cantonal de recherche et d'information statistiques

- Yves Ammann, tél. : 021 316 29 75, fax : 021 316 29 50, e-mail : Yves.Ammann@scris.vd.ch

UNITE DE PREVENTION	DEPARTEMENT DE MEDECINE ET SANTE COMMUNAUTAIRES Institut universitaire de médecine sociale et préventive Policlinique médicale universitaire
------------------------	--

7.5 LISTE DES SOURCES SELON LE LABEL RETENU

Les sources distinguées avaient le label, le contenu et la taille suivants :

Institutions pour mineurs (112)

Lieux d'accueil de jour de la petite enfance (264)

Service de protection de la jeunesse (55 assistants sociaux)

Centres médico-sociaux CMS (10 directions de zone, 53 CMS)

Pédiatres (93)

Médecins (673) généralistes, gynécologues, pédopsychiatres

Ecole et formation

Infirmières scolaires (86 infirmières)

Service de santé des écoles de Lausanne (35 personnes)

Directions d'établissements et commissions scolaires (136)

Directions des gymnases (10)

Directions des écoles professionnelles (14)

Justice

Juges d'instructions

Juges de Paix

Tribunal des mineurs

Office du tuteur général

Police

Brigade cantonale des mineurs-mœurs

Brigade municipale des mœurs de Lausanne

Médical hospitalier et ambulatoire

Maternités dans les cliniques (6)

Maternités des hôpitaux (7)

Services de pédiatrie des hôpitaux (7)

Services des urgences des hôpitaux (11)

Permanences (11)

Autres services des hôpitaux où sont affectés les enfants (3)

Services de pédopsychiatrie (4), dont à Lausanne le SUPEA (Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent)

CAN Team (Child abuse and neglect)

UMSA (Unité multidisciplinaire de santé des adolescents)

Autres organismes

Pro Familia (6 centres de consultations)

Centres de loisirs (36)

Psychothérapeutes pour enfants (52)

Jet Service (service pour les adolescents du Centre social protestant)

Centre de consultation LAVI (Loi sur l'aide aux victimes d'infractions)

Association Familles solidaires

Croix-Rouge (6 centres/ 140 personnes)

Centre de puériculture de Lausanne (9 personnes)

Action éducation en milieu ouvert AEMO (4 services)

7.6 TABLEAU DES RESULTATS COMPLETS

Cas de maltraitance avérée ou présumée selon le type de maltraitance

(A = cas avérés, P = cas présumés, Si = sans indication)

	physique			sexuel			psychologique			négligence			Si	total		
	A	P	total	A	P	total	A	P	total	A	P	total	A	P	total	
Total par type	138	52	190	105	56	161	148	83	231	81	44	125	2	474	235	709
fréquence de la maltraitance																
régulière	46	8	54	13	9	22	94	45	139	63	26	89		216	88	304
occasionnelle	55	24	79	27	10	37	42	27	69	12	13	25	1	137	74	211
cas unique	29	5	34	61	8	69	7	1	8	2	3	5		99	17	116
ne sait pas	8	15	23	4	29	33	5	10	15	4	2	6	1	22	56	78
auteur de la maltraitance																
père/mère	90	32	122	9	20	29	120	69	189	75	41	116	2	296	162	458
père/mère et autres	3	1	4	2	4	6	4	3	7	2	1	3		11	9	16
personne ménage commun	11	8	19	12	3	15	11	3	14	2		2		36	14	50
tiers connu de l'enfant	17	2	19	39	10	49	4	2	6	2		2		62	14	76
tiers inconnu de l'enfant	13	3	16	39	4	43	7	1	8			0		59	8	67
ne sait pas	4	6	10	4	15	19	2	5	7		2	2		10	28	38
sexe de l'auteur																
féminin	29	8	37	3	1	4	47	26	73	21	13	34	2	102	48	150
masculin	77	31	108	81	35	116	59	14	73	15	6	21		232	86	318
masculin et féminin	11	3	14	3	3	6	22	23	45	21	9	30		57	38	95
sans indication	21	10	31	18	17	35	20	20	40	24	16	40		83	63	146
sexe de la victime						0										
filles	61	20	81	80	36	116	59	34	93	30	19	49	1	231	109	340
garçon	69	27	96	17	12	29	73	37	110	43	19	62	1	203	95	298
inconnu	8	5	13	8	8	16	16	12	28	8	6	14		40	31	71
âge de l'auteur																
< 18 ans	23	2	25	20	5	25	12	2	14	0	0	0		55	9	64
18 - 24 ans	5	1	6	14	2	16	1	1	2	1	2	3		21	6	27
25 - 34 ans	32	22	54	24	8	32	44	21	65	19	15	34	2	121	66	187
35 - 64 ans	69	20	89	35	22	57	84	50	134	52	19	71		240	111	351
65 et plus	1		1	5	1	6	2	1	3	1		1		9	2	11
Sans indication	8	7	15	7	18	25	5	8	13	8	8	16		28	41	69
âge de la victime																
0	4	2	6	0	0	0	2		2	2	2	4		8	4	12
1		1	1		1	1	1		1	1	1	2		2	3	5
2	1	1	2	1	2	3	1	5	6	2	3	5		5	11	16
3	1	1	2	4	2	6	6	1	7	4	4	8		15	8	23
4	3		3	4	4	8	5	6	11	2	1	3		14	11	25
5	5	1	6	3	6	9	9	8	17	6	1	7		23	16	39
6	7	6	13	5	4	9	12	12	24	12	1	13		36	23	59
7	7	5	12	9	6	15	9	10	19	9	6	15	1	35	27	62
8	12	5	17	9	4	13	9	6	15	7	1	8		37	16	53
9	15	6	21	6	5	11	8	6	14	7	3	10		36	20	56
10	6	6	12	7	3	10	11	5	16	4	4	8		28	18	46
11	6	4	10	8	3	11	8	5	13	2	4	6		24	16	40
12	11	1	12	11	5	16	12	7	19	4	4	8		38	17	55
13	16	5	21	10	4	14	13	5	18	7	3	10		46	17	63
14	13	3	16	11	4	15	14	2	16	4	4	8		42	13	55
15	12		12	3	2	5	17		17	3		3	1	36	2	38
16	5	2	7	6	1	7	7	3	10	3	2	5		21	8	29
17	8	2	10	8		8	3	2	5	1		1		20	4	24
18	6	1	7			0	1		1	1		1		8	1	9
agression en bande	13	1	14	3	1	4	0	0	0	0	0	0	0	16	2	18
source de la fiche																
Ecole	28	13	41	19	15	34	21	20	41	22	17	39	1	91	65	156
Médical (H+ A)	20	7	27	7	4	11	30	21	51	16	10	26		73	42	115
Institution	22	4	26	3	4	7	27	13	40	17	7	24		69	28	97
Police	20	5	25	41	7	48	9	1	10			0		70	13	83
SPJ	9	2	11	4	1	5	21	7	28	14		14		48	10	58
Garderie	9	1	10	3	6	9	13	9	22	4	4	8		29	20	49
Autre organisme	4	1	5	10	1	11	11	6	17	1	1	2		26	9	35
Pédiatre	2	6	8	2	4	6	2	2	4		1	1		6	13	19
Justice	1	5	6		2	2	2	2	4	3	2	5		6	11	17
Médecin cabinet	1		1	4	4	8	2	1	3	1	2	3		8	7	15
CMS	2	1	3	0	1	1	1	1	2			0	1	4	3	7
Sources multiples	20	7	27	12	7	19	9	0	9	3	0	3		44	14	58

7.7 DEFINITIONS DE L'ODAS

CLASSIFICATION DES ENFANTS A PROTEGER

L'ENFANT MALTRAITE

« L'enfant maltraité est celui qui est victime de violences physiques, d'abus sexuels, de cruauté mentale, de négligences lourdes ayant des conséquences sur son développement physique et psychologique »

L'ENFANT EN RISQUE

« L'enfant en risque est celui qui connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité »

L'enfant en souffrance

« L'enfant en souffrance est un enfant aimé et soigné mais qui souffre de conditions d'existences qui fragilisent ou menacent son développement et son épanouissement personnel »

« L'observation de l'enfance en danger ; guide méthodologique »

ODAS Editeur, Paris, 1995