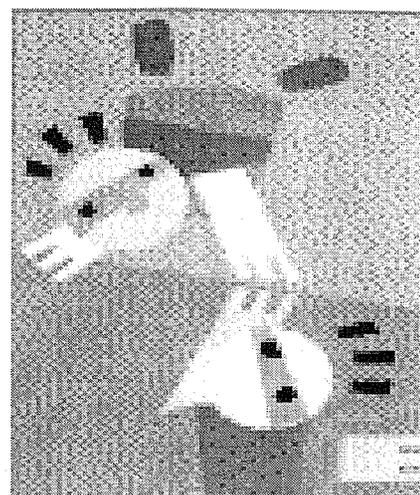


*Maltraitance
en parler c'est déjà prévenir*



Le référent premier maillon d'une démarche concertée

guide pédagogique

Fondation Charlotte Olivier
Fondation OAK
Institut universitaire de
médecine sociale et préventive
Canton du Jura
Fondation Leenaards
Loterie Romande

Auteur	P. Colom
Soutien scientifique	M.-Cl. Hofner
Soutien technique	M. Bükülmez

Lausanne mars 2001 © Fondation Charlotte Olivier

De quelque côté que nous nous tournions,
le sort de l'enfant est en jeu.

Il nous faut définir le sens de nos efforts
pour l'améliorer.

R. Debré - 1978

Avant propos

Ce livret pédagogique est une source d'information volontairement limitée à l'essentiel, et conçu pour être un outil simple à utiliser.

Les textes sont tirés en partie du guide pédagogique « La maltraitance des enfants » du Professeur JP D'Ivernois¹ (Paris) et de l'adaptation Suisse réalisée par C. Manella (Lausanne). Ils ne sont pas exhaustifs et chacun pourra les enrichir suivant les besoins de sa profession.

Ce livret accompagne le séminaire de trois jours de formation des référents.

Il répond à un objectif principal : faire acquérir les **connaissances** et **compétences** de base permettant à chacun d'exercer la **fonction de référent** maltraitance dans son milieu professionnel .

Pour vous aider dans votre lecture, vous trouverez une liste d'objectifs avant chaque chapitre.

¹ Brochure éditée à la demande du Secrétariat d'Etat chargé de la Famille, des personnes âgées et des rapatriés. Coordination : M. Gabel, Dir. de l'Action sociale, France

Table des matières

Introduction	5
Définir la maltraitance	7
Les définitions de la maltraitance	9
Les différents types de maltraitance	9
Les conséquences de la maltraitance sur la santé	11
Reconnaître une situation de maltraitance	13
Facteurs de risque, clignotants d'alerte et signes d'appel	15
Définitions de l'enfant en risque et en danger	17
Quand le professionnel doit-il penser à une situation de maltraitance ?	18
Que faire ?	20
L'évaluation	21
Difficultés, scrupules et blocage chez les intervenants	22
Evaluer la situation	23
A l'issue de l'entretien et de la concertation	25
Agir	27
Bases légales	29
Les moyens d'agir autres que le signalement	38
Suites d'un signalement et prise en charge de l'enfant et de sa famille	41
Le placement	42
Conclusion	43
Le référent maltraitance : rôle et interventions possibles	45
Quel est son rôle ?	46
Comment se faire connaître dans sa profession	48

La prévention en quelques mots	49
La prévention primaire	50
La prévention secondaire	50
La prévention tertiaire	51
Quelques adresses utiles dans le canton du Jura	53
Quelques ouvrages de référence	57
Notes personnelles	59
Annexe I Liste de facteurs de risque	63
Annexe II Listes de signes et symptômes	69
Annexe III Quelques définitions de la maltraitance	79
Annexe IV Entretien avec l'enfant et sa famille : quelques pistes	87

Introduction

La maltraitance envers les enfants est un sujet d'actualité. Si les mauvais traitements ont toujours existé, ce qui a changé depuis deux décennies, c'est la prise de conscience de **l'ampleur du phénomène et de ses conséquences sur la santé**. Pourtant, tous les spécialistes s'accordent pour dire combien il est difficile de quantifier la prévalence de la maltraitance. Les différentes études épidémiologiques ainsi que les statistiques suisses et étrangères ne donnent qu'un éclairage minime et sous-estimé du problème. Il s'agit souvent d'estimations, de projections, d'extrapolations.

De nombreux cas de maltraitance continuent à **ne pas être identifiés**, notamment dans la tranche d'âge 0 à 5 ans. On peut avancer plusieurs raisons à cela :

- le silence des enfants maltraités, celui des adultes maltraitants, celui des adultes ou parents complices ;
- la difficulté fréquente de faire la part entre un comportement volontaire et un accident, entre mauvais traitement et « droit » de correction parentale ;
- les réticences psychologiques (appréhension, refus, crainte, blocage, conscients ou inconscients) d'un grand nombre de personnes, y compris de professionnels concernés, à admettre que les troubles que présente un enfant sont consécutifs à des mauvais traitements, ou difficultés à passer d'un constat à la prise en compte d'une situation de maltraitance.

Il est donc dans l'intérêt des enfants et de la communauté de **former les professionnels** en contact avec les enfants : représentants de l'autorité tutélaire, juristes, policiers, médecins, infirmières, sages-femmes, dentistes, psychologues, religieux, enseignants, éducateurs, assistants sociaux, parents d'accueil. Le projet «référénts maltraitance envers les enfants » s'inscrit dans cette démarche.

Définir la maltraitance

Objectifs

- définir la maltraitance
- identifier les différents types de maltraitance
- énumérer les conséquences à court, moyen et long termes de la maltraitance

Les différents types de maltraitance

..... Humiliations, injures, agressions verbales, brimades Comportements sadiques, pervers Manifestations de rejet Abandon affectif Exigences disproportionnées par rapport à l'âge et au développement de l'enfant Punitions excessives Refus de subvenir aux besoins de socialisation
Séviçes psychologiques cruauté mentale

..... Absence de soins Malnutrition Absence d'attention Isolement Inadéquation des soins par rapport à l'âge et au développement de l'enfant Refus de subvenir aux besoins d'éducation et de scolarisation
Négligences graves carences d'apport

maltraitance

Séviçes physiques agressions physiques
Brutalités Fractures Hématomes, ecchymoses Brûlures, morsures, griffures, gifles Lésions viscérales par éclatement, hémorragies

Séviçes sexuels abus sexuels
Attouchements Voyeurisme Exhibitionnisme Viols, inceste Pornographie Prostitution

Les définitions de la maltraitance

La maltraitance est un néologisme créé récemment. Il existe de nombreuses définitions de ce problème de santé, on retiendra ici deux définitions couramment utilisées :

La définition du rapport fédéral Enfance maltraitée en Suisse, 1992 :

- *Effets d'interactions violentes et/ou négligentes entre des personnes (parents, substituts parentaux, tiers), des institutions, des structures sociales, et des mineurs, générant des atteintes à la santé physique et psychique, des arrêts de développement, des invalidités et parfois la mort. Ils recouvrent aussi toutes les formes d'exploitation sexuelle des enfants par des adultes.*

La définition de l'Odas² sur la maltraitance envers les enfants :

- *Perturbations et carences relationnelles entre adultes et enfants qui ont pour effet d'entraver le développement physique et psychologique, affectif et social des enfants. 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.*

Les différents types de maltraitance

On définit 4 catégories de maltraitements :

- *les négligences*
- *les mauvais traitements psychologiques*
- *les mauvais traitements physiques*
- *les abus sexuels*

² Odas : Observatoire national de l'action sociale décentralisée

Les négligences, carences d'apport physique, psychologique, affectif, éducatif

L'enfant subit souvent des formes associées de différents types de mauvais traitements

Il s'agit d'une incapacité des parents à garantir la santé, la sécurité et le bien-être de l'enfant. Ces négligences peuvent se manifester par un défaut de soins ou par une incapacité à protéger l'enfant des dangers physiques et sociaux de l'environnement.

Les mauvais traitements psychologiques

Il s'agit de comportements difficiles à mettre en évidence dans la mesure où ils ne laissent pas de traces physiques: brutalités mieux contrôlées, manifestations de rejet, exigences disproportionnées par rapport à l'âge de l'enfant...

Leur retentissement sur le développement psycho-affectif à long terme de l'enfant peut être aussi sévère que des sévices corporels.

Les agressions physiques

Coups, intoxications, brûlures, immersions, strangulation, étouffement, piqûres, blessures etc...

Les abus sexuels, intra ou extra-familiaux

Ils concernent l'implication d'enfants ou d'adolescents dépendants dans des activités sexuelles dont ils ne comprennent pas entièrement le sens, auxquelles il ne leur est pas possible de donner leur consentement conscient, ou qui transgressent les tabous sociaux concernant les rôles familiaux.

Les abus sexuels se manifestent à différents stades :

- l'excitation (appels téléphoniques, exhibitionnisme public ou privé, images pornographiques);
- la stimulation (attouchements, caresses érotiques, masturbation)
- la réalisation (viol, inceste, pédophilie, prostitution infantile, exploitation pornographique des enfants).

Les conséquences de la maltraitance sur la santé

Conséquences à court et moyen terme

- risque de mort (nombreuses morts de nourrissons étiquetées accidentelles) et risque de séquelles physiques graves.
- risque de séquelles psychologiques graves (pauvreté des affects, froideur, indifférence, confusion entre le rôle du parent et le rôle de l'enfant qui devient protecteur), retard du développement physique et psycho-moteur.
- dans le cas d'abus sexuel : agressions sur d'autres enfants ou provocations érotiques à l'égard d'adultes, angoisses diverses exprimées sous forme de phobies, activités auto-érotiques compulsives, troubles du sommeil (cauchemars), anorexie mentale, fugues, tentatives de suicide, désir de se dégrader de se détruire d'où la fuite dans la délinquance, la prostitution ou la toxicomanie.

On n'oubliera pas de se préoccuper des conséquences de la **maltraitance dite fœtale** (violence au moment de la grossesse pouvant entraîner un accouchement prématuré), du syndrome de l'alcoolisme fœto-maternel (caractérisé par un retard de croissance intra-utérin, des malformations, etc.) et des nouveaux-nés de mères toxicomanes.

Conséquences à long terme

Les mauvais traitements influencent de manière directe l'incidence tant des pathologies physiques et mentales que des difficultés sociales à l'âge adulte : dépression, dorsalgies, troubles de l'alimentation, phobies, cauchemars, difficultés sexuelles, fugues et tentatives de suicide, désir de fuite et de se dégrader, fuite dans la délinquance la prostitution, ou la drogue, mort violente.

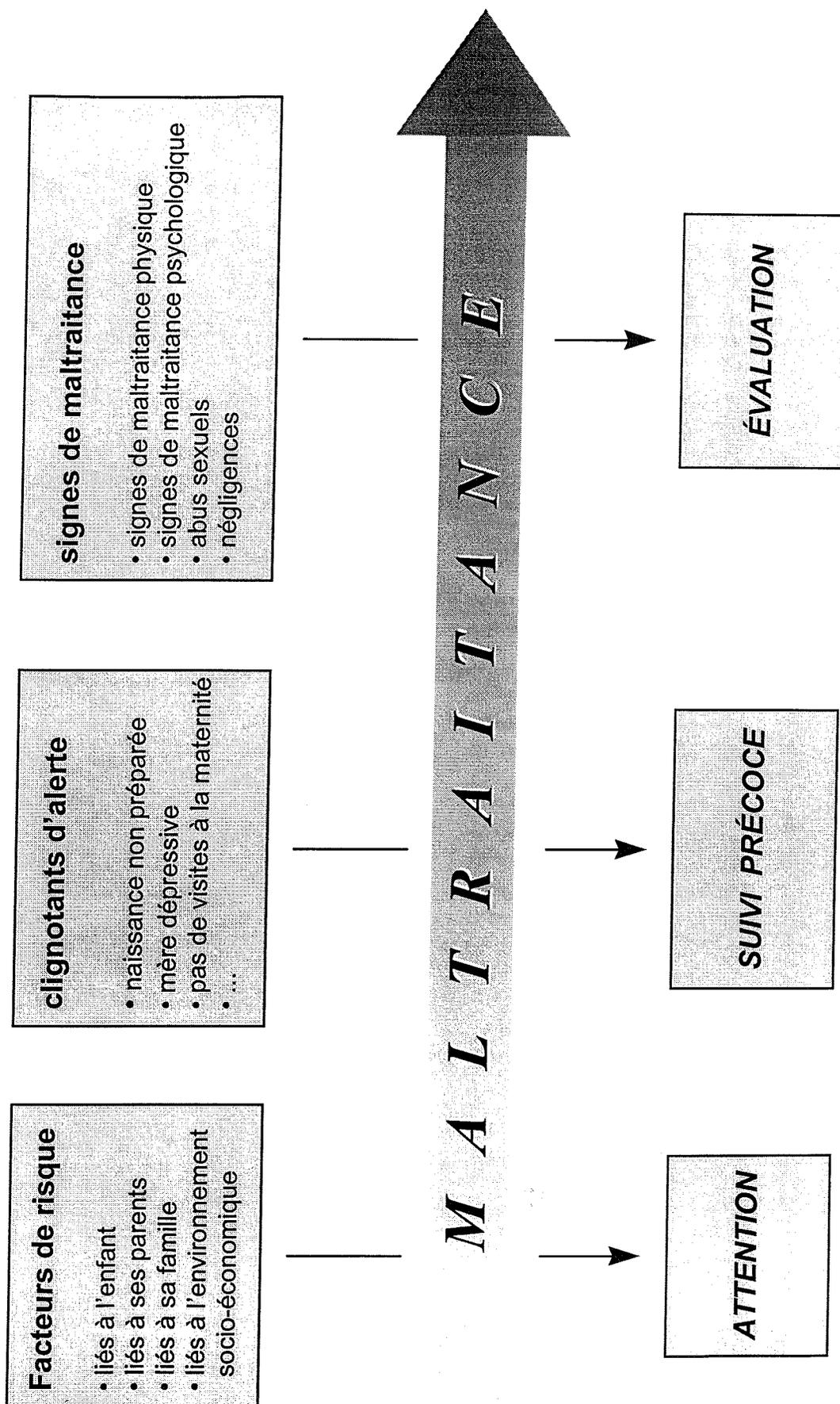
Les **conséquences** sont **propres à chaque individu** maltraité en fonction de sa capacité à réagir. L'important pour les professionnels, c'est d'aider les familles et les enfants à devenir **résilients** c'est à dire les aider à prendre conscience de leurs compétences, les soutenir dans la mobilisation de leurs ressources et de leurs capacités.

*Ces situations
doivent évoquer
un passé de
maltraitance*

Reconnaître une situation de maltraitance

Objectifs

- identifier les facteurs de risque
- identifier les clignotants d'alerte dans sa profession
- repérer les signes d'appel d'une situation de maltraitance
- définir l'enfant maltraité
- identifier les circonstances de découverte dans sa profession



Facteurs de risque, clignotants d'alerte et signes d'appel

L'explication des causes à l'origine des mauvais traitements ne cesse d'évoluer. Les premières causes avancées désignaient les milieux défavorisés où se retrouvaient à des degrés divers pauvreté et alcoolisme, et mettaient l'accent sur les facteurs socio-économiques. Rapidement cependant, ont été mis en évidence des facteurs tenant à la personnalité des parents, à leur histoire, à celle de leur couple, aux événements ayant jalonné l'histoire familiale : c'est l'approche psychologique. Actuellement, on prend également en compte la dégradation de l'environnement de vie et l'isolement social.

Parallèlement, pour améliorer le dépistage et adapter la prise en charge des situations à risque, les professionnels ont été amenés à décrire la maltraitance comme un processus.

Dans ce processus, les étapes ne sont pas forcément toutes présentes, elles ne s'enchaînent pas automatiquement les unes aux les autres mais chaque étape exige un niveau d'intervention spécifique de la part du professionnel. Ces étapes peuvent se résumer de la manière suivante :

- *La présence de facteurs de risque doit éveiller l'attention.*
- *La présence de clignotants d'alerte doit initier un suivi précoce.*
- *La présence de signes de maltraitance doit déclencher une évaluation qui, selon les cas, débouchera sur une prise en charge.*

Les facteurs de risque : il s'agit d'indicateurs de situations « à risque ». Un seul facteur de risque ne produit pas forcément une situation à risque, mais la conjugaison de plusieurs facteurs crée une situation favorable à l'apparition d'une maltraitance. C'est donc le cumul qui peut aboutir à une situation de rejet ou de violence. On définit des facteurs de risque liés à l'enfant (par exemple enfant handicapé, enfant ayant vécu une séparation longue etc.), liés aux parents (parents immatures, avec principes éducatifs rigides etc.), à la dynamique familiale (interactions dysharmonieuses mère-enfant, violence inter-parentale etc.), au contexte socio-économique (conditions de vie précaires etc.) et socio-culturel (isolement familial, pauvreté culturelle etc.) et des périodes à risque (chômage, deuil etc.).

Les clignotants d'alerte : ce sont des signes de dysfonctionnement et de difficultés au sein de contextes à risque, pouvant engendrer de la maltraitance. Il peut s'agir par exemple, de grossesses non suivies, de déclarations tardives de grossesse, d'accouchements à domicile pouvant

être un déni de la grossesse, de l'absence de projets pour le domicile, d'une demande d'IVG non réalisée, d'une absence de visite à la maternité, d'une demande de secours ; d'une mère déprimée et délaissée depuis la naissance, de présence d'antécédents psychiatriques, de troubles de la relation précoce, de conflits entre les parents et maman de jour ou éducatrices.

Les **signes de maltraitance** : ce sont des manifestations observables d'une situation de maltraitance. Il peut s'agir par exemple de troubles du comportement, d'un retard de langage, de présence d'hématomes, d'un état de dénutrition, de troubles du sommeil, d'un état dépressif avec tentative de suicide, etc.

Des listes exhaustives existent mais pour qu'elles deviennent opératoires, chaque professionnel peut et doit les **consulter**, identifier ce qui est pertinent dans son contexte de travail et **générer** des items **supplémentaires** correspondant à la réalité de la population à laquelle il est confronté et à son champ d'activité professionnelle (voir Annexes I et II).

La connaissance des facteurs de risque comme des clignotants d'alerte permet à tous les professionnels de faire une prévention très précoce. A ce stade, **l'intervention** d'un professionnel doit **aider la personne** à risque à **développer ses compétences** pour sortir de ce risque. Il s'agit en outre de faciliter la mise en relation de la personne avec des services compétents.

Ces **interventions** peuvent être aussi **variées** que trouver un logement avec l'aide d'une assistante sociale, mettre la famille en relation avec d'autres professionnels : intervention d'une travailleuse familiale, prise en charge d'un enfant dans une garderie pour soulager une maman en difficulté, permettre à un enfant handicapé de trouver sa place dans la famille, intervention du service SEI³, suivi psychologique, aide pour développer son réseau social, etc. D'où l'importance de connaître le **réseau local** et les partenaires.

*Importance de
connaître le
réseau local et
les partenaires*

³ SEI : service éducatif itinérant

Définitions de l'enfant en risque et en danger

La définition de l'enfant exposé à ces différentes situations est elle aussi dynamique, l'ODAS⁴ en propose trois :

L'enfant en souffrance

- *« L'enfant en souffrance, c'est un enfant qui souffre de conditions d'existence qui fragilisent ou menacent son développement et son épanouissement. Il s'agit d'un enfant dont on ne respecte ni les rythmes ni les besoins, que ce soit en fonction des désirs parentaux ou de sa vie familiale (séparation, divorce, recombinaison familiale conflictuelle) ou des difficultés de la vie moderne. Il s'agit par exemple d'enfants trop précocément autonomisés ou livrés à eux-même (enfant à la clé). C'est un enfant pourtant aimé soigné. »*

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 maltraité

- *"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."*

*L'enfant
en risque
et l'enfant
maltraité
doivent être
protégés*

⁴ Barrot Jacques. L'observation de l'enfance en danger. Observatoire national de l'action sociale décentralisée, Paris, mars 1994, p.46.

Quand le professionnel doit-il penser à une situation de maltraitance ?

*Un signe isolé
ne constitue pas
une preuve*

L'important est de repérer un faisceau d'indices plutôt qu'un signe isolé qui ne constitue pas une preuve. La présence de ces signes nécessite une évaluation approfondie et la concertation avec d'autres partenaires. C'est en connaissant les **circonstances de découverte** d'une maltraitance dans sa profession que l'on est amené à y penser.

A la crèche, à la halte garderie, à l'école enfantine

Savoir y penser devant des troubles du comportement, repli sur soi, tristesse, visage fermé, regard dit fixe, absence de réaction lors de séparation de l'enfant et de ses parents, agitation, retard de développement psychomoteur, manque d'hygiène et de soins, mauvais état général, et parfois devant la constatation de lésions.

A l'école primaire

Ce sont les troubles du comportement, soit repli sur soi, isolement, tristesse, enfant trop sage ou trop distrait, ou bien agitation, instabilité, provocation. Violence envers les autres ou envers soi-même aboutissant à des accidents répétés. Refus de se déshabiller pour aller à la piscine et au sport. Refus de rentrer à la maison, enfant oublié ou déposé toute la journée alors que la maman ne travaille pas. Manque d'hygiène, saleté.

Conflits entre parents et école, refus des parents d'entrer en contact avec l'enseignant.

A l'école secondaire

Echec scolaire, absentéisme, refus de faire du sport, troubles du comportement, grande inhibition ou instabilité, violence et agitation : attention aux réactions de l'école qui réagit souvent en reproduisant la même violence que celle qu'il subit à la maison.

Passages répétés à l'infirmerie pour motifs suivants : maux de tête, maux de ventre, malaise, tentative de suicide.

Passage à l'infirmerie pour faire constater des coups, ou dire sa souffrance psychologique.

L'enfant peut aussi révéler des mauvais traitements à une personne de confiance, l'infirmière, un professeur, un médiateur.

Au niveau des centres de loisirs

Soit il s'agit d'une révélation, ou comme dans le cadre de l'école de troubles du comportement ou de symptômes physiques évocateurs.

- *La rencontre avec un des deux parents. Elle peut apporter des informations importantes. Elle doit être discutée avec le référent et / ou l'équipe en fonction de chaque situation (rencontre à éviter, notamment en cas de situation incestueuse pouvant gêner l'enquête).*

Au cabinet

Il peut s'agir de la révélation d'un passage à l'acte, avec des auteurs et/ou de la victime.

Savoir y penser : devant des révélations plus ou moins claires, devant des lésions suspectes ou douteuses, devant une mauvaise interaction entre les parents et l'enfant, une froideur affective, devant des propos humiliants ou dévalorisants pour l'enfant.

A l'hôpital

Savoir y penser devant des lésions chez des enfants de moins de 3 ans. Les enfants hospitalisés pour des cas de mauvais traitements ont dans la majorité des cas moins de 3 ans, sinon ils sont adressés pour bilan par une pédiatrice ou viennent en urgence à la demande des parents. Attention quand les parents demandent une hospitalisation même pour des lésions bénignes.

Savoir y penser devant des fugues et tentatives de suicide.

Cas particulier de l'abus sexuel : le dévoilement, les signes cliniques

Il est a priori plus facile de se confier à quelqu'un de la famille, sauf lorsque l'abus est survenu dans un contexte de désobéissance familiale. L'enfant est souvent tenu au secret par l'abuseur. Il se sent coupable de n'avoir pu s'opposer à ce qu'il a subi. C'est souvent au moment de l'adolescence que se fait la révélation. Les filles dénoncent plus souvent l'inceste que les garçons parce qu'ils ont plus de honte. Il est fréquent que des soeurs ou des amies s'unissent pour protéger un autre enfant.

*Savoir y penser
devant des
fugues et
tentatives de
suicide*

L'enfant se confie à un parent, à un un adulte en qui il a confiance, à un ami de son âge, mais ce peut être n'importe quel adulte attentif, voisin, enseignant, travailleur social.

En cas de violence physique faite à l'enfant ou l'adolescent, le dévoilement est une circonstance fréquente de révélation.

Les **symptômes** cliniques sont **divers et peu spécifiques**. Par exemple, désinvestissement scolaire, fugue, tentatives de suicide, douleurs abdominales etc.). Les lésions des organes génitaux sont peu fréquentes par rapport à la quantité d'enfants ou d'adolescents abusés, et il n'est pas question de compter sur leur existence pour penser à en évoquer la réalité.

Que faire ?

Avant tout, il est important de **croire ce que dit l'enfant**.

Il est du devoir des professionnels de se mobiliser pour contacter d'autres partenaires (ORME notamment) et de se concerter pour déterminer la marche à suivre.

L'évaluation

Objectifs

- identifier ses propres difficultés, ses blocages et les résistances qui entravent la reconnaissance d'une situation de maltraitance
- identifier les conditions préalables à une évaluation
- rassembler les éléments utiles à l'évaluation concernant l'enfant, sa famille, son environnement
- évaluer le niveau de danger et d'urgence de la situation

Le fait de penser à l'éventualité d'une maltraitance doit conduire le professionnel à faire une première évaluation avec un collègue, notamment son référent.

En partageant son angoisse et ses doutes, il est possible de lever ses blocages et ses scrupules.

Difficultés, scrupules et blocage chez les intervenants

Les mauvais traitements ne sont pas sans provoquer des réactions chez les intervenants. La difficulté de pouvoir s'identifier à la fois à la victime et à son agresseur provoque deux attitudes : **le doute ou l'intervention hâtive dans l'urgence**. Malgré les lésions caractéristiques, médecins, personnel paramédical, travailleurs sociaux, instituteurs sont souvent réticents à reconnaître la violence, en particulier des parents. Devant un enfant maltraité, il est plus facile de croire à un accident ou de le soigner sans se poser de questions sur les suites, que d'envisager ce symptôme comme une maladie du groupe familial qu'il faut prendre en charge.

Les interventions au sein des familles maltraitantes font vivre aux intervenants des mouvements émotionnels intenses et paralysants liés à la confrontation de :

- *la reconnaissance de la défaillance parentale*
- *la position de rivalité avec les parents*
- *la situation de faiblesse de l'enfant*

Dans d'autres cas, l'horreur suscitée par le corps meurtri de l'enfant provoque des réactions passionnées qui peuvent aboutir à des décisions hâtives pour le protéger.

La rétention de l'information par les professionnels peut parfois être le reflet d'une indifférence. Plus souvent, certains se retranchent derrière le secret professionnel (ou de fonction) dont l'utilisation n'est pas toujours bien comprise, ou bien d'autres refusent de voir la maltraitance et s'abritent derrière des arguments socioculturels ou derrière le respect de la vie privée. Dans de nombreux cas, le professionnel éprouve une crainte à mettre en route une machinerie administrative ou judiciaire lourde, parfois écrasante pour les familles, et à ne plus avoir aucun contrôle à propos des mesures déclenchées par le signalement.

Il arrive également que le professionnel souhaite garder la confiance des parents ou qu'il ait du mal à départager la vérité de la rumeur ; il pense à tort que le secret qu'il conserve protège les parents de la calomnie pendant

la durée de son enquête. Certains ne s'autorisent pas à faire un signalement faute d'aveux des auteurs ou faute de preuves.

Il faut se rappeler que ce n'est pas le rôle du médecin ou de l'assistant social de faire une enquête. On attend d'eux qu'ils puissent affirmer que des symptômes ou des troubles du comportement ne sont liés ni à une maladie ni à un accident, ou alors qu'ils sont dus à un traumatisme inavoué. Ils n'ont **ni à juger, ni à accuser**, mais à **objectiver** qu'un **enfant** est en **danger**.

Même si plusieurs de ces motifs sont compréhensibles, ce n'est pas non plus une raison pour opposer le silence au cri.

Il est donc essentiel pour tous les professionnels de prendre conscience qu'une situation de maltraitance peut entraîner chez eux des réticences, des scrupules déontologiques ou des réflexes de défense, d'autant plus importants qu'ils sont seuls face aux familles. La communication avec d'autres professionnels et la coordination de l'aide leur permettra de passer de la réaction à l'action concertée.

Une fois les blocages levés, il est important d'évaluer la situation.

Une situation de maltraitance peut entraîner des blocages chez les professionnels

Evaluer la situation

Faire une évaluation, c'est réunir les informations qui permettent **de mesurer le danger**, en prenant en compte les différentes variables du problème : la sécurité et les besoins de l'enfant, les besoins de sa famille, les potentialités des structures d'accueil. C'est aussi **se concerter** et rencontrer les **différents professionnels** qui connaissent **l'enfant** et sa **famille**.

On se rappellera que les travailleurs sociaux, les personnels de santé et les médecins ne sont ni des policiers ni des juges.

- *L'objectif d'une telle démarche réside dans le fait de **recueillir le maximum d'informations** afin de **comprendre** la situation et de **trouver les modalités d'aide et de protection efficaces** pour tous les membres de la famille.*

Il ne sert à rien de vouloir obtenir des aveux ; on peut cependant relever le manque de vraisemblance des explications fournies et sa propre conviction du caractère non accidentel des lésions constatées. L'évaluation n'est pas tant de connaître les circonstances exactes des mauvais traitements mais d'évaluer le **dysfonctionnement familial** et le **danger couru par l'enfant** afin de proposer une prise en charge cohérente.

Cette évaluation nécessite la collaboration de tout ceux qui ont une connaissance de l'enfant et de la famille.

L'entretien avec l'enfant et sa famille

Le but de l'entretien est de réunir les éléments nécessaires pour savoir par exemple si les lésions sont accidentelles ou non, l'origine des troubles, d'évaluer le danger couru par l'enfant (enfant en risque ou enfant maltraité) et d'évaluer les ressources familiales. Mais chacun doit mener cet entretien en respectant **les limites** et les fonctions propres à sa profession et à son rôle.

L'entretien avec l'enfant

*Récolter
précisément la
version des faits
de l'enfant*

Etre attentif à l'aspect de l'enfant, lui demander ce qui s'est passé, l'écouter, noter de manière très précise sa propre version des faits (attention à l'induction : éviter les questions où l'enfant ne peut que répondre par oui ou non).

Signifier à l'enfant que nous avons compris que quelque chose ne va pas à la maison, qu'il a été entendu, qu'il est certainement difficile pour lui de dire, comme pour ses parents. Lui dire que nous allons le tenir au courant de ce que nous allons faire, et que nous restons à sa disposition s'il souhaite à nouveau parler.

Entretiens avec les parents (si possible séparément)

La qualité de l'évaluation dépend pour beaucoup du type d'accueil réservé aux parents. Attention à nos propres attitudes : agressivité, jugement réprobateur. **Les parents sont aussi des parents en souffrance.**

*Faire préciser
l'origine des
lésions*

Mis en confiance, les parents pourront s'exprimer plus facilement sur la manière dont ils ressentent les contraintes familiales, les astreintes de la vie quotidienne et les soins à l'enfant.

Faire préciser l'origine des lésions.

Situer

- le contexte de la naissance, des hospitalisations, des séparations prolongées et le quotidien de l'enfant (enfant facile/gratifiant, alimentation, sommeil, mode de garde, scolarité), etc.
- la place de l'enfant dans la cellule familiale, comment il est perçu, l'existence de frères et soeurs, etc.

Aborder leur **situation sociale, logement, travail**, leur **situation familiale** (existence d'un réseau familial ou d'amis).

*Aborder
la situation
familiale, sociale,
le logement,
le travail*

On sera attentif à l'absence d'émotions des parents, au discours trop rationnel, à l'absence d'empathie pour l'enfant ainsi que à l'absence d'explications, à la discordance de l'explication par rapport au tableau ou aux contradictions d'un entretien à l'autre.

La concertation avec d'autres professionnels (médecin, éducateur, assistant social, ORME par exemple) peut être nécessaire pour effectuer cette première démarche.

Pour les professionnels qui peuvent approfondir l'entretien

On recherchera par exemple la notion d'hospitalisations antérieures pour traumatismes mal expliqués, le retard pris à faire hospitaliser un enfant gravement traumatisé, les comportements des parents à l'égard de l'enfant, l'existence de facteurs de risque en milieu familial, les antécédents de la fratrie (hospitalisations ou morts, morts inexplicables).

A l'issue de l'entretien et de la concertation

*Garder
une attitude
d'empathie
non jugeante*

Si les explications données ne sont pas crédibles, dire notre conviction sans porter de jugement ni d'accusation. Garder une **attitude d'empathie** non jugeante : pour les parents, l'entretien avec un professionnel, c'est **aussi un appel à l'aide**. A l'issue de l'entretien de l'enfant et de ses parents, il est important de faire part de son observation dans son équipe avec l'aide du référent.

Le collègue référent est là, à l'écoute, pour aider à lever l'angoisse que génère une telle situation et aider à rassembler les éléments indispensables pour évaluer le danger et à se concerter avec d'autres partenaires.

*Se concerter
avec d'autres
professionnels*

C'est la communication entre professionnels qui va permettre de passer de la réaction à l'action concertée. Le professionnel alerté et son référent (si possible l'ensemble de l'équipe) doivent définir si la protection de l'enfant est **urgente** ou non.

Une **situation d'urgence** pour l'enfant est :

- une situation qui met la **vie** de l'enfant **en danger**
- une situation qui oblige à tenir l'enfant **à l'écart** de son **agresseur** (grand risque de récurrence, inceste, abus sexuel etc.)
- une situation dans laquelle les **ressources** familiales sont **défaillantes** (la famille est dans l'incapacité de réagir).

La situation peut être **douteuse**. Dans ce cas, la concertation d'un service comme l'ORME est une aide à la décision avant d'agir, pour ensuite procéder à une évaluation complémentaire avec d'autres services. Il est

indispensable de suivre l'enfant et/ou de s'assurer qu'il est suivi par un professionnel compétent, avec lequel il faut **rester en contact**.

La prise en charge qui découle de l'évaluation doit tenir compte des besoins de l'enfant et de ces parents. Si un enfant a le droit à la sécurité et à la stabilité tant dans son existence physique que dans sa vie affective, les parents doivent être compris et soutenus tant dans leurs difficultés matérielles que dans leur capacité plus ou moins grande à être parents.

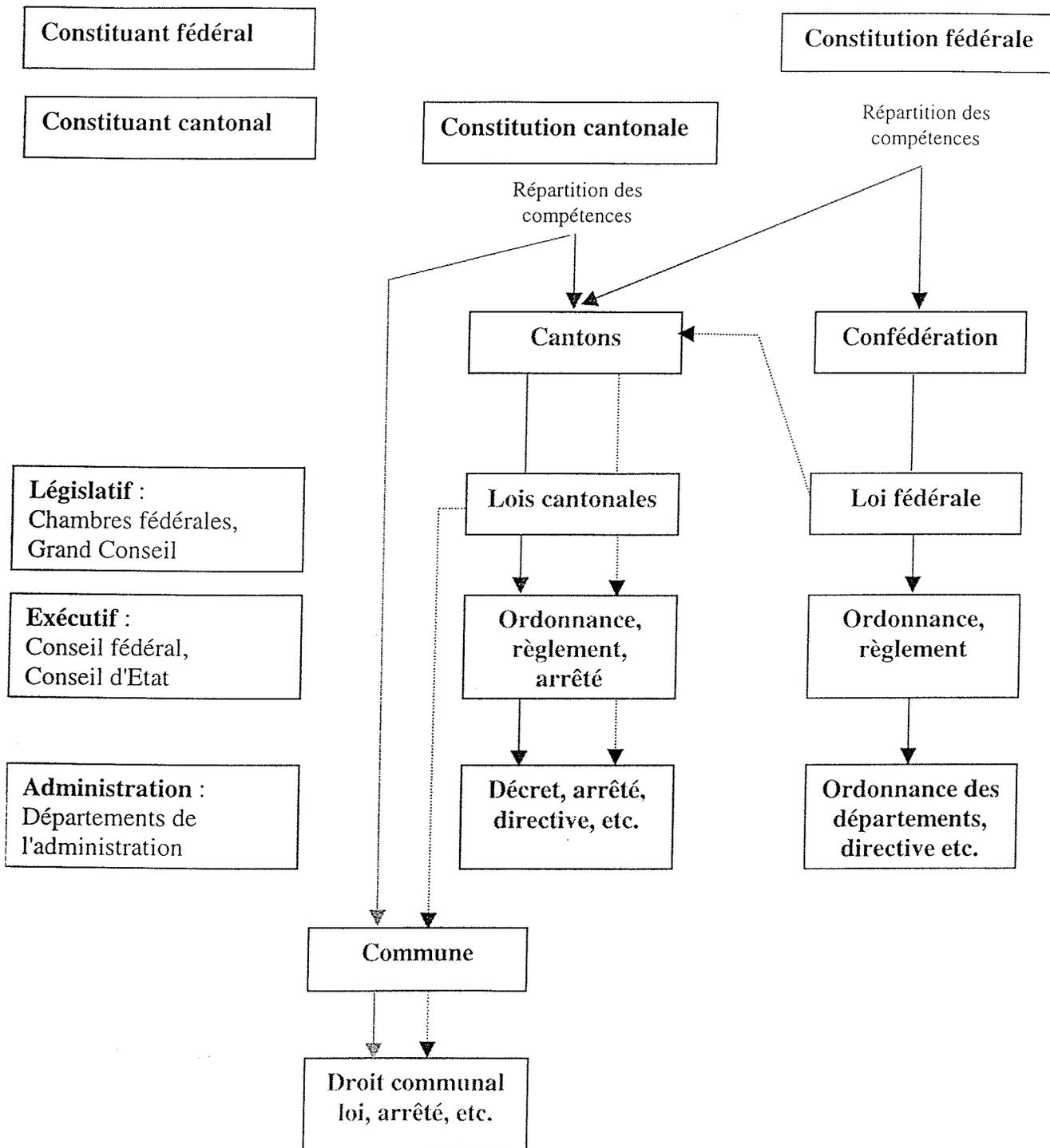
Agir

Objectifs

- connaître le dispositif légal, administratif et judiciaire de protection de l'enfant
- identifier les personnes ressources, les réseaux d'aide
- énoncer la procédure à suivre lors d'un signalement

Le système législatif suisse

Droit international



Bases légales

Principaux textes de loi ratifiés par la Suisse concernant la protection de l'enfant

◆ au niveau du droit international

1950 : Convention européenne des droits de l'homme

1959 : Membre de l'UNICEF, la Suisse doit respecter la déclaration des droits de l'enfant adoptée par les Nations Unies (l'enfant doit être protégé contre toute forme de négligence, de cruauté et d'exploitation)

1966 : Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels

1969 : Convention de la Haye sur la protection des mineurs

1989 : Convention de l'ONU contre la torture et les autres peines et traitements dégradants

1997 : Ratification de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant par la Suisse. Cette convention a pour objectif de protéger le mineur et de lui reconnaître des droits fondamentaux.

Cette ratification entraîne que la convention des droits de l'enfant fait partie intégrante de l'ordre juridique et les lois suisses doivent être conformes à ses normes. La Convention internationale des droits apporte deux notions essentielles :

- L'intérêt supérieur de l'enfant
- Le droit de l'enfant à être entendu et à s'exprimer librement.

◆ au niveau de la Constitution suisse

Il n'existe pas de textes qui protègent spécifiquement l'enfant contre les mauvais traitements au sein de sa famille.

La Constitution fédérale garantit l'intégrité physique et interdit les peines corporelles (art. 65, 2^e al, Cst). La politique de la famille est en priorité du ressort des cantons.

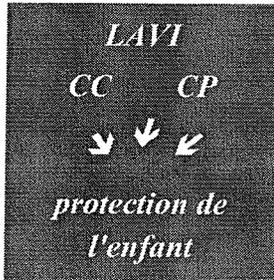
Les grandes familles du droit

	Droit civil	Droit public	Droit pénal	Auto-réglementation
Constitution fédérale (art.3 Cst.)	122 Cst.	<ul style="list-style-type: none"> - 111-117 Cst. : assurances sociales - 118 Cst. : protection de la santé - etc. 	123 Cst.	
Droit fédéral	<ul style="list-style-type: none"> - Code Civil et Code des obligations <ul style="list-style-type: none"> - personne - famille - contrats - Lois spéciales 	<ul style="list-style-type: none"> - Assurances sociales - Protection des données - Loi sur le marché intérieur - etc... 	<ul style="list-style-type: none"> - Code pénal - Droit pénal administratif - LAVI 	
Droit cantonal	<ul style="list-style-type: none"> - Lois d'application - Procédure 	<ul style="list-style-type: none"> - Lois sur la santé - Protection des données - etc... 	<ul style="list-style-type: none"> - Droit pénal administratif - Loi d'application du code pénal - Procédure 	
Assoc. prof.				Codes de déontologie Directives

tiré de : Ariane Ayer. Institut de droit de la santé. Université de Neuchâtel.
in : Mauvais traitements envers les enfants et les adolescents. Formation continue universitaire des 21, 22, 25, 26 et 27 septembre 2000.

La LAVI

La Constitution fédérale prévoit une aide aux victimes d'infractions contre la vie et l'intégrité corporelle, et c'est sur cette base qu'a vu le jour la loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions (LAVI) en 1991. Cette loi contient trois sortes de dispositions sur l'aide aux victimes : conseil et soutien, protection de la victime et défense de ses droits dans la procédure pénale, indemnisation et réparation morale.



Les centres de consultations LAVI apportent une aide immédiate et gratuite fonctionnant 24h sur 24h. La victime peut s'adresser au centre de son choix. Les frais (médicaux, avocat etc.) peuvent être éventuellement pris en charge. Le centre offre :

- une aide immédiate
- une information générale sur les droits garantis par la LAVI
- une écoute un soutien psychologique pour surmonter les situations de choc
- un accompagnement moral et affectif
- les premiers conseils juridiques. Cela peut être la demande de désignation d'un avocat en matière LAVI et, si nécessaire, la prise en charge d'une évaluation juridique auprès d'un avocat
- un soutien aux proches de la victime
- une aide financière d'urgence ou à plus long terme
- des conseils sur l'indemnisation financière
- une collaboration avec le réseau

Obligation de garder le secret : (article 4⁵)

al.1 les personnes qui travaillent pour un centre de consultation LAVI doivent garder à l'égard des autorités et des particuliers le secret de leurs constatations.

al.2 Cette obligation subsiste même après que le travail pour le centre a pris fin.

al.3 Elle est levée lorsque la personne y consent.

al.4 La personne qui aura violé son obligation de garder le secret sera punie de l'emprisonnement ou de l'amende.

⁵ Tiré de Flückiger Isabelle. « Enfants maltraités. Intervention sociale », p. 173

◆ **Le code civil (CC)**

*Le code civil
suisse concerne
la protection du
citoyen*

Le code civil suisse concerne la protection du citoyen. Plusieurs textes concernent la protection de l'enfant.

Le signalement (art. 307 CC)

Toute personne qui estime qu'il y a lieu à une intervention de l'autorité pour la protection d'un mineur en informe l'autorité tutélaire (dans le canton du Jura : les **autorités communales**) laquelle prendra ensuite **d'office** toutes les mesures nécessaires pour protéger l'enfant si son développement est menacé et que les parents n'y remédient pas d'eux-mêmes ou sont hors d'état de le faire. C'est le signalement.

Les articles suivants définissent le rôle de l'autorité tutélaire⁶ : l'aide éducative, la curatelle, le retrait du droit de garde des père et mère, le retrait de l'autorité parentale.

L'aide éducative (art. 307 du CC)

L'autorité tutélaire peut rappeler les père et mère à leurs devoirs et donner des indications relatives au soin, à l'éducation et à la formation de l'enfant.

Elle peut désigner une personne ou un service qui aura le droit de regard et d'information (dans le canton du Jura : services sociaux régionaux). L'autorité tutélaire doit évaluer la détresse des victimes et leur donner quittance en prenant les mesures d'urgence nécessaires, en signalant cas échéant les faits à la justice. L'enquête sociale a pour but d'évaluer les potentialités de prise en charge du milieu familial, et de proposer des mesures pour combler les carences éducatives éventuelles. Elle n'est pas en soi une mesure de protection.

La curatelle (art. 308 CC)

Un curateur peut être nommé pour assister les parents dans le cadre d'un appui éducatif ou représenter l'enfant dans une action en justice.

Il surveille et organise les relations personnelles entre l'enfant qui lui est confié et le parent.

Le retrait du droit de garde des père et mère (art. 110 CC)

L'enfant peut être retiré du milieu familial si son développement est gravement compromis. Les parents conservent quand même l'autorité parentale et l'obligation d'entretenir l'enfant.

⁶ Voir aussi p. 13 du protocole à l'usage des intervenants professionnels en matière de maltraitance.

L'autorité tutélaire peut également prendre ces mesures à la demande des parents ou de l'enfant.

Le retrait de l'autorité parentale (art. 311 CC)

Mesure de protection la plus grave et la plus étendue, elle est **exceptionnelle**.

Dans les cas habituels, le retrait de l'autorité parentale est prononcée par **l'autorité tutélaire de surveillance** (dans le canton du Jura : le Département de justice en première instance).

♦ **Le code pénal (CP)**

Le code pénal suisse **punit l'auteur** de maltraitances intra ou extra familiales commises **à l'encontre d'un mineur**, et protège ainsi l'enfant.

L'article 38bis CP

Il stipule que l'autorité pénale renseigne l'autorité tutélaire lors de **dommages** infligés à un mineur de manière à ce que les mesures de protection soient mises en route.

Les articles 122, 123, et 125 CP

Concernent les **lésions corporelles** simples et graves, volontaires ou par négligence.

L'article 126 CP

Réprime les **voies de fait** (gifles, éraflures, contusions).

L'article 127 CP

Réprime la **mise en danger grave** ou encore **l'abandon** d'une personne hors d'état de se protéger elle-même et dont le délinquant avait la garde ou la surveillance.

L'article 116 CP

Concerne **l'infanticide**.

L'article 219 CP

Punit la violation du **devoir d'assistance ou d'éducation** envers un mineur, violation qui met en danger son développement physique et psychique.

Les articles concernant l'intégrité sexuelle, des actes d'ordre sexuel avec des mineurs de moins de 16 ans et/ou avec des personnes dépendantes

- art. 196 CP : **séduction d'un adolescent**
- art. 191, 192, 193 CP : acte d'ordre sexuel commis sur une personne incapable de discernement ou de résistance, ou le fait de profiter d'un rapport de dépendance ou d'abuser de la détresse d'une personne pour déterminer celle-ci à commettre ou à subir un acte d'ordre sexuel
- art. 187, 188 CP : acte d'ordre sexuel avec des enfants ou des personnes dépendantes
- art. 189 et 190 CP : contraintes sexuelles et **viol**
- art. 195 CP : encouragement d'une personne mineure à la **prostitution**
- art. 197 CP : fabrication et diffusion de **matériel pornographique** ayant comme contenu des actes d'ordre sexuel avec des enfants
- art. 213 CP : **inceste**

Cas particuliers pour certains professionnels

Pour les professionnels astreints au secret professionnel ou au secret de fonction, le code pénal suisse donne la possibilité d'alerter l'autorité tutélaire lorsqu'il y va de l'intérêt du mineur (art. 358ter CP⁷). Voir aussi page 38.

⁷ Voir p. 21 du protocole à l'usage des intervenants professionnels en matière de maltraitance

Enfant victime de maltraitance		
<p>Procédure de réparation : LAVI</p> <p>consultation dans un centre LAVI</p> <p>protection de la victime</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans les centres de consultations : <ul style="list-style-type: none"> ◦ permanence téléphonique 24 h/24 ◦ aide psychologique ◦ aide conseil juridique, information ◦ aide financière (frais médicaux, etc.) • Protection de la victime dans la procédure pénale • Possibilité d'indemnisation • Obligation de garder le secret sauf si la personne concernée consent à lever ce secret 	<p>Procédure pénale</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">infraction</div> <p>plainte dénonciation</p> <ul style="list-style-type: none"> - du représentant légal - de la victime - par l'entourage - par le mineur accompagné - par la Police <p style="text-align: center;">Police</p> <p style="text-align: center;">Juge d'instruction</p> <p style="text-align: center;">Procureur de la Rép. du Jura</p> <p>recherche de l'auteur</p> <ul style="list-style-type: none"> ouverture d'une enquête préliminaire ouverture d'une instruction (Juge d'instruction) plainte classée sans suite 	<p>Procédure civile</p> <p>signalement (pour protéger)</p> <p>toute personne qui pense qu'il faut protéger l'enfant suite à un dévoilement à un changement de comportement ...</p> <p style="text-align: center;">Autorité tutélaire</p> <p style="text-align: center;">protection de l'enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> • évaluation par les services sociaux si nécessaire : • désignation d'un assistant social coordinateur <p>peut prendre 4 mesures</p> <ul style="list-style-type: none"> aide éducative curatelle retrait du droit de garde retrait de l'autorité parentale (autorité tutélaire de surveillance)

◆ **Aspects de la procédure pénale**

Définition de la justice pénale : **constater** une infraction, en **rechercher** l'auteur et **appliquer** à l'auteur les **peines** ou mesures prévues par la loi.

Lorsqu'une infraction est commise, deux interventions sont alors déclenchées : une action publique (dénonciation ou plainte) et une action civile.

1. L'action publique : dénonciation et plainte

Les plaintes comme les dénonciations doivent être écrites et signées, et adressées ou remises **au procureur Général, à tout fonctionnaire de police ou au Juge d'instruction**. Le plaignant ou le dénonciateur peut se voir infliger la prise en charge de tout ou partie des frais de procès s'il agit de mauvaise foi ou par légèreté.

➤ **La dénonciation** (art. 3 du code de procédure pénale⁸) :

Acte par lequel on informe **les organes de justice ou de police judiciaire** de l'existence d'une infraction poursuivie d'office.

Qui peut dénoncer ?

Toute personne ayant eu connaissance d'une infraction qui se poursuit d'office.

Cela peut être le lésé lui-même ou un tiers : un mineur, accompagné ou non de ses parents, un membre de son entourage ; ou un organe de police - qui doit dénoncer toutes les infractions dont il a connaissance dans l'exercice de sa fonction - (art. 6 CPP JU⁹).

➤ **La plainte** : (art. 4 CPP JU)

Toute personne lésée peut porter plainte (si l'existence de l'infraction date de moins de 3 mois depuis le jour où l'ayant droit a connu l'auteur et l'existence de l'infraction), seule dès l'âge de 18 ans ou par son représentant légal ou par l'autorité tutélaire s'elle est sous tutelle.

Une fois que l'infraction est dénoncée par plainte ou dénonciation, elle est transmise au procureur de la République. C'est à lui d'examiner les faits, de déterminer si les faits signalés sont punissables ou non, et si les conditions de l'action publique sont légales ou non. Ensuite il ouvre une enquête préliminaire ou ordonne l'ouverture d'une instruction, ou classe la plainte (art. 96 CPP JU).

⁸ Code de procédure pénale de la République et canton du Jura

⁹ Code de procédure pénale de la République et canton du Jura

2. L'action civile

La loi d'aide aux victimes d'infractions LAVI donne la possibilité à la victime qui a subi un préjudice matériel ou moral à la suite d'une infraction, de **demandeur réparation**. Les révélations de la victime sont soumises au secret (voir page 31).

Autres droits applicables à la victime mineure dans le cadre de la LAVI ¹⁰ :

- Le droit à l'information à tous les stades de la procédure et la communication gratuite des décisions et jugements (art. 8 al. 11.2 LAVI).
- Le droit d'être accompagné par une personne de confiance et d'être entendu par une personne du même sexe. (art. 6 al. 3 LAVI).
- Dans le cadre des infractions contre l'intégrité sexuelle, le droit au huis clos (total ou partiel) prononcé à la demande de la victime (art. 5 al. 3 LAVI).
- Le droit de ne pas être confronté à l'auteur sous réserve que le droit de ce dernier l'exige de manière impérieuse (art. 5 al. 4 et 5 LAVI).
- Le droit de refuser de déposer sur des faits qui concernent sa sphère intime (art. 7 al. 2 LAVI).
- De manière générale, la victime a le droit à la protection de sa personnalité à tous les stades de la procédure pénale (art 5 al. 1 LAVI).

♦ Aspects de la procédure du signalement

Signaler (aux autorités tutélaires) une situation de mauvais traitements, c'est donner la possibilité à l'enfant d'être protégé. Malheureusement les signalements se font souvent trop tard, quand la situation est déjà gravement compromise.

Le signalement peut être effectué par toute personne : un membre de la famille, du voisinage, mais aussi par un professionnel.

Pour les personnes astreintes au secret professionnel et secret de fonction (se reporter aussi au guide à l'usage des intervenants professionnels en matière de maltraitance) :

L'article 358 ter CP donne la possibilité aux personnes astreintes au secret professionnel ou de fonction de signaler à l'autorité tutélaire lorsqu'il y va de l'intérêt du mineur, après s'être délié de ce secret .

*Qui doit
signaler ?*

¹⁰Tiré de Flückiger Isabelle. « Enfants maltraités. Intervention sociale », p. 106.

◆ **Comment se délier de ce secret ?**

Les personnes astreintes au secret professionnel (médecins, sages-femmes, infirmières, dentistes, avocats, notaires, ecclésiastiques, etc.) peuvent être déliées du secret soit par la victime elle-même, soit par le médecin cantonal pour les médecins (article 14 ordonnance concernant l'exercice de la médecine dans le canton du Jura) ou par l'autorité supérieure à laquelle elles sont subordonnées, par consentement écrit. Dans ce cas, la violation du secret professionnel ou de fonction n'est pas punissable. (article 321 CP et 320 CP).

On rappellera la loi sur l'école enfantine, l'école primaire et l'école secondaire (loi scolaire article 77): les enseignants dénoncent à l'autorité tutélaire les menaces qui pèsent sur le développement et la santé de l'enfant lorsque les parents n'y remédient pas ou sont hors d'état de le faire.

On rappellera l'article 219 CP qui réprime la violation du devoir d'assistance et d'éducation. Cette disposition permet de sanctionner les personnes qui n'ont pas pris les mesures qui s'imposaient lorsque le développement physique et psychique qu'elles avaient le devoir d'assister, est mis en danger.¹¹

Signaler un cas de mauvais traitements n'est pas un acte de délation. C'est un devoir moral envers l'enfant.

Pour la liste des infractions poursuivies d'office ou poursuivies sur plainte, voir le tableau page 18 du protocole à l'usage des intervenants professionnels en matière de maltraitance des mineurs.

Les moyens d'agir autres que le signalement

Quand le signalement aux autorités tutélaires n'est pas une nécessité, l'évaluation initiale doit faire l'objet d'une concertation pluridisciplinaire (en fonction des attributions et compétences des professionnels) dans le but d'aboutir à la solution la plus pertinente à long terme pour l'enfant.

L'évaluation doit tenir compte à la fois des besoins de l'enfant et de ceux des parents. Comme un enfant a droit à la sécurité et à la stabilité tant dans son existence physique que dans sa vie affective, ses parents doivent être compris et soutenus tant dans leurs difficultés matérielles que dans leur capacité plus ou moins grandes à être parents.

Toute décision de soutien doit donc s'inscrire dans une perspective à long terme de restructuration familiale. Ainsi un placement temporaire de

¹¹ Tiré de Flückiger Isabelle. « Enfants maltraités. Intervention sociale ». p. 173

quelques mois protégera l'enfant momentanément, mais si rien n'est fait pour aider la famille, les mêmes difficultés resurgiront dès son retour, souvent aggravées par la séparation.

L'évolution de la situation familiale doit être régulièrement appréciée dans sa globalité afin de **réajuster** l'aide apportée.

Chaque fois qu'il est possible, **l'enfant doit être maintenu dans son milieu actuel**. Ce maintien peut s'appuyer sur l'une ou l'autre des structures de protection (sociale ou judiciaire) et revêtir des formes diverses.

Ce maintien ne peut se faire que si l'évaluation de la situation exclut tout risque de péjoration de l'intégrité physique de tous les membres de la famille et tout risque de récurrence de la maltraitance.

*Les intervenants
ne sont pas
interchangeables*

- ⇒ Créer une relation de confiance avec la famille est un travail essentiel. Les intervenants ne sont pas interchangeables !
- ⇒ Apporter une aide matérielle sur tous les plans en réduisant les difficultés socio-économiques.
- ⇒ Aider à développer le réseau primaire de la famille.
- ⇒ Rétablir des liens fonctionnels avec la famille d'origine.

La prise en charge psychothérapique de l'enfant et de sa famille :

Cette démarche repose sur des indications précises, elle doit être assurée par des équipes spécialisées et constitue un travail de longue durée.

Ces mesures permettent à la famille de bénéficier de l'aide et du soutien de divers professionnels : assistant social, aide familiale, éducateur (AEMO)¹², médecin généraliste, pédiatre, puéricultrice, etc.

¹² AEMO : aide éducative en milieu ouvert

Suites d'un signalement et prise en charge de l'enfant et de sa famille

Objectifs

- connaître les suites d'un signalement
- principes de base pour la prise en charge de l'enfant et de sa famille

En dehors du placement, le signalement est aussi un moyen de rappeler les parents à leur devoir. L'autorité tutélaire peut désigner une personne ou un service qui aura le droit de regard et d'information (services sociaux régionaux dans le canton du Jura). L'enquête sociale a pour but de proposer des mesures pour combler les carences éducatives éventuelles. Ces mesures peuvent être très variées.

Le placement

Quand l'**enfant a besoin de soins**, et à chaque fois que sa **sécurité** exige de le soustraire de son milieu familial, le placement est une mesure à prendre. Cela peut être un placement institutionnel, dans une famille d'accueil ou à l'hôpital notamment quand l'enfant présente des lésions.

L'hôpital est considéré comme un lieu neutre. Il permet :

- de procéder aux enquêtes nécessaires
- de susciter autour du cas une réunion pluridisciplinaire en associant à l'équipe hospitalière des intervenants extérieurs connaissant la famille
- de mettre en place un projet.

Le placement, qui est parfois fait en accord avec la famille, est décidé lorsqu'il est nécessaire de protéger l'enfant en l'éloignant de sa famille pour un temps plus ou moins long. Il ne doit pas être considéré comme une fin en soi, mais comme une **démarche provisoire** dans le cadre d'un **projet global** et en visant **l'intérêt de tout le groupe familial**. Le travail avec la famille doit se faire indépendamment de l'éloignement de l'enfant (selon une des recommandations du Conseil de l'Europe).



*Le placement
peut être fait
en accord
avec la famille*

Qui décide le placement ?

Deux types de placement peuvent être mis en place ou proposés suivant les situations. Dans l'un des cas, il se fait avec l'**accord des parents** qui gardent toute la latitude d'y mettre un terme, dans l'autre cas, il s'agit d'un placement autoritaire par l'intermédiaire de l'**autorité tutélaire** qui reste maître de la durée et du lieu.

Choix du placement

Le choix se pose entre l'institution (pour les enfants de plus de cinq ans) et le placement familial, quand cela est possible.

*Tout doit être
mis en œuvre
pour
maintenir les
liens
parents/enfants*

Maintien des liens

Chaque fois que cela est possible, tout doit être mis en œuvre pour faciliter au sein même de la séparation un **maintien des liens** sous quelque forme que ce soit entre parents et enfants. C'est ce maintien des liens qui permettra plus tard à l'adolescent d'accepter son histoire et lui évitera des recherches stériles et d'amères désillusions.

Retour dans la famille.

Inscrit dès le début dans le projet, le retour sera toujours difficile. Parents et enfants auront en effet vécu des histoires différentes et l'idéalisation devra se confronter durement à la réalité. Cela doit se faire prudemment et progressivement en testant la réelle capacité des uns et des autres à se retrouver ensemble sans se mettre mutuellement en danger. Des aides renforcées devront être mises en place pendant cette période particulièrement vulnérable. La détermination des critères de ce retour est l'affaire d'équipes spécialisées.

*Le retour est
toujours
difficile*

Conclusion

Comme il a été souligné à plusieurs reprises, il n'existe **pas** pour un professionnel de **possibilité** réaliste de **faire face seul** à un problème de maltraitance. Le diagnostic d'une situation et la réponse à lui apporter doivent être élaborés en commun.

Certes, chacun souhaite défendre son rôle, son territoire et conserver la maîtrise des opérations. Pourtant, dans bien des domaines, on n'envisage pas d'alternative plausible au travail d'équipe. On ne voit pas comment, par exemple, un seul corps de métier pourrait construire un bâtiment. Cette évidence doit s'imposer aux responsables d'enfants : la solution de la maltraitance passe aussi par une meilleure **communication** et **collaboration** entre intervenants.

Pour autant, le travail en équipe ne signifie pas la dilution des responsabilités individuelles ni la perte de vue de **l'objectif réel qui est l'enfant**.

Le référent maltraitance : rôle et interventions possibles

Objectifs

- citer les fonctions du référent
- trouver les moyens de se faire connaître dans sa profession
- intégrer le rôle du référent dans le processus de prise en charge d'un enfant maltraité

Le référent est un professionnel en contact avec les enfants. Il a reçu une formation qui lui permet de conseiller un collègue (du même milieu professionnel) confronté à une situation de maltraitance.

Quel est son rôle ?

- Il est tout d'abord à l'écoute de son collègue, souvent très angoissé face à la situation qu'il rencontre. Parce qu'il parle le même langage et a la même culture, il est plus à même de comprendre ce collègue.
- Il est là pour l'aider à mener à bien l'évaluation de la situation (enfant, famille, environnement socio-culturel etc.)
- Il aide son collègue à repérer les intervenants, à contacter les professionnels pour aider la famille ou compléter l'évaluation de la situation.
- Il encourage la concertation et les liens fonctionnels entre les différents services spécialisés.
- Il a une bonne connaissance du réseau local à mobiliser en cas de besoin.
- Il trouve les moyens de se faire connaître pour sensibiliser les collègues au problème de la maltraitance.

Ce n'est pas le référent qui fait les démarches à la place de son collègue, il ne se substitue à aucun service existant. Mais sa sensibilisation au problème de la maltraitance lui permet d'être le premier relais pour conseiller un collègue devant une situation de maltraitance.

Les conditions d'une bonne écoute

- Savoir se rendre disponible pour accueillir le collègue, éventuellement le rappeler dans un délai bref si vous êtes occupé.
- Trouver un endroit tranquille pour le recevoir sans être dérangé.
- Mettre à l'aise son interlocuteur, lui parler son langage.
- Lui permettre d'exprimer ses émotions face à la situation qu'il vient de rencontrer, ou être capable de repérer dans son comportement l'émotion ressentie face à une telle situation.
- Faire preuve d'empathie.
- Le laisser exprimer ce qu'il vient de constater.

- Ne pas l'interrompre.
- Lui signifier qu'il a bien fait d'en parler.

Comment aider le collègue une fois qu'il s'est confié

Le rassurer sur le bien-fondé de sa démarche

N'émettre aucun jugement sur ce qu'il a déjà entrepris.

L'aider à ordonner ses idées.

Rassembler les éléments nécessaires à la décision :

- l'enfant est-il en danger ou non ?
- Faut-il le protéger de son agresseur ?
- La famille a-t-elle les ressources pour réagir ?
- Comment mobiliser ces ressources ?
- Peut-elle remédier à la situation ?

Définir les éléments manquants à l'évaluation :

- Quels sont les services susceptibles d'apporter les éléments complémentaires manquants ?
- Où trouver les coordonnées de ces services ?
- Quelle personne faut-il contacter ?

Quelle démarche le collègue doit-il entreprendre et dans quel délai ?

L'encourager à informer sa hiérarchie de la situation.

Rappeler les conditions pour que la famille accepte de collaborer (accueil de la famille, ne pas se positionner comme un juge, ne pas faire d'enquête policière, etc.).

S'il s'agit d'une révélation, expliquer à son collègue comment parler à l'enfant, que lui dire. Eviter les questions où l'enfant répondra par oui ou par non ou les questions qui risquent d'induire une réponse. Croire ce que dit l'enfant.

Faire une synthèse

Lui conseiller d'écrire ce qu'il vient de constater : noter les mots exacts que l'enfant a employé s'il s'agit d'une révélation.

Résumer avec le collègue les démarches à entreprendre et les délais.

Evaluer ensemble les conséquences .

Lui dire que vous (réfèrent) restez à sa disposition pour l'aider à entreprendre ces démarches, mais le référent ne se substitue pas à son collègue.

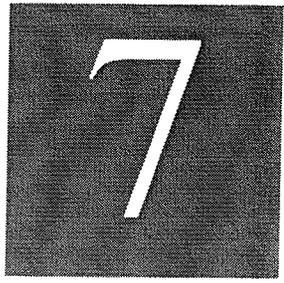
Comment se faire connaître dans sa profession

Chaque profession connaît les moyens de diffuser une information. Ces moyens peuvent être formels comme une réunion de service, ou informels comme mettre une affiche dans un endroit où les collègues se détendent (salle de repos, cafétéria).

Le référent doit être en mesure de déterminer toutes les possibilités dans sa profession pour se faire connaître et permettre ainsi une sensibilisation de ses collègues à la maltraitance.

Il doit régulièrement évaluer comment est utilisée cette information : est-ce qu'un grand nombre de ses collègues savent ce qu'est un référent maltraitance, à quoi il sert, où le joindre ? En font-ils usage ?

Le référent doit s'assurer de la pérennité de sa fonction au sein de sa profession. En cas d'absence temporaire (congé maternité ou maladie prévue, etc.) ou définitive (départ à la retraite, changement de service ou de fonction, fatigue, lassitude face à cette fonction), il doit pouvoir passer le relais un autre collègue susceptible de le remplacer en suivant la même formation. Il doit savoir où s'adresser pour obtenir les dates de journées de formation (Service de la santé publique, Faubourg des Capucins 20, CP 2345, 2800 Delémont).



La prévention en quelques mots

Objectifs

participer à la prévention par :

- le dépistage des situations à risque
- l'éducation des enfants et des adolescents
- l'aide aux familles

La prévention primaire

Elle s'adresse à la population entière. Elle nécessite la mise sur pied de **programmes** préventifs destinés à réduire le nombre et la gravité des troubles psychiques, psychosomatiques et physiques.

En font partie, entre autres :

- les programmes d'enseignement sur le développement humain dans les écoles
- les mesures favorisant les contacts parents-enfants dès la naissance :

importance du rôle des sages femmes dans les maternités, des médecins pédiatres ou généralistes, des éducatrices dans les crèches, des puéricultrices dans les centres médico-sociaux, des travailleuses familiales et mamans de jour ;

écoute des parents par téléphone (Tel-me) ou par le biais de Maison verte ¹³.

- les mesures de protection sociale de la famille et de la femme enceinte
- les mesures d'aménagement du temps de travail parental
- l'attention dévolue aux soins substitutifs aux enfants dont les parents travaillent ou sont malades
- la formation pluridisciplinaire initiale et continue de tous les professionnels en relation avec les enfants.

Chaque professionnel de premier niveau a son rôle à jouer dans cette prévention.

La prévention secondaire

Les interventions dans les milieux à risque relèvent de la prévention secondaire. Elles tendent à réduire l'évolution et la persistance des troubles psychologiques, psychosomatiques et comportementaux, par un dépistage précoce des situations à risque.

La mise en place de mesures thérapeutiques efficaces vise à enrayer l'installation des symptômes avant qu'ils n'acquière un caractère irréversible.

¹³ Maison verte : lieu d'accueil anonyme enfant-parent(s) centré sur la socialisation de l'enfant et l'écoute des parents

Les interventions préventives permettent également d'interrompre la répétition transgénérationnelle.

Les consultations prénatales des maternités et les services de néonatalogie représentent des lieux privilégiés de détection et de mise en route de mesures préventives par des équipes pluridisciplinaires comprenant gynécologues, sages-femmes, pédiatres, psychothérapeutes et assistants sociaux. Les mesures sont aussi plus facilement acceptées par les parents en crise à cause des changements que provoque la grossesse lorsque les conditions pour l'accepter ne sont pas réunies.

Les généralistes, les chirurgiens pédiatriques, les infirmières de santé scolaire, les enseignants, le personnel des crèches et des garderies se trouvent aussi en première ligne pour la détection des situations à risque, de même que les psychiatres et les pédopsychiatres.

Juges et avocats sont également confrontés à des conflits parentaux dans lesquels les enfants sont impliqués, sans assistance.

La prévention tertiaire

Elle consiste à mettre sur pied des soins destinés à éviter l'aggravation de l'état des sujets atteints et souffrant de troubles psychiques graves ou irréversibles.

En font partie les soins pour enfants handicapés (par exemple prise en charge par le SEI, l'AEMO, le CMP), l'organisation d'ateliers protégés pour adultes présentant des troubles psychiatriques sévères et chroniques, les thérapies pour les enfants et jeunes adultes victimes de maltraitance dans l'enfance (dans les centres pour toxicomanes et prostituées).

De même, des actions de prévention visant les parents maltraitants peuvent être mis en place : soins aux parents gravement maltraitants, soins aux abuseurs emprisonnés, consultations pour hommes violents, etc.

Quelques adresses utiles dans le canton du Jura

Se référer aux différents **livrets d'adresses** édités par le
Service de l'aide sociale
Faubourg des Capucins 20
2800 Delémont
tél : 032 / 420 51 47

Services Sociaux Régionaux :

District de Delémont	Franches-Montagnes (sans Epauvillers)	District de Porrentruy (et Epauvillers)
Service social régional du district de Delémont Rue de la Préfecture 7 2800 Delémont tél : 032 / 422 67 77 fax : 032 / 422 67 87 e-mail : ssr.delemont@dplanet.ch	Service social et médico-social des Franches-Montagnes Rue de la Côte 1a 2340 Le Noirmont tél : 032 / 953 17 66 fax : 032 / 953 18 61 e-mail : ssrsasfm@vtx.ch	Service social régional d'Ajoie et du Clos-du- Doubs Rue Pierre-Péquignat 22 2900 Porrentruy tél : 032 / 465 11 20 fax : 032 / 465 11 21 e-mail : ssrp@bluewin.ch

Centre médicopsychologique (CMP) :

Faubourg des Capucins 20 2800 Delémont tél : 032 / 420 51 80	Rue Thurmann 16 2900 Porrentruy tél : 032 / 467 36 20	Rue de la Gruère 25 2350 Saignelégier tél : 032 / 951 47 00
--	---	---

Service éducatif itinérant du canton du Jura (SEI)

Place de la Foire 8
2800 Delémont
tél : 032/422 68 28

Centre d'orientation scolaire et professionnel et de psychologie scolaire (COSP) :

District de Delémont	District des Franches-Montagnes	District de Porrentruy
Rue de l'Hôpital 6 2800 Delémont tél : 032 / 423 79 50 ou ; 032 / 465 34 70	Rue Bel-Air 5 2350 Saignelégier tél : 032 / 951 47 10 ou : 032 / 465 34 70	Rue du Banné 23 2900 Porrentruy tél : 032 / 465 34 70

Suivi éducatif ambulatoire AEMO (action éducative en milieu ouvert)

Creux de la Terre 1
2800 Delémont
tél : 032 / 423 33 88

Association contre la maltraitance des enfants à l'usage des professionnels (enseignants, avocats, éducateurs, assistants sociaux)

Case postale 2006
2800 Delémont 2

Conseils et orientation pour professionnels concernés par la protection de l'enfance ORME

tél : 032 / 466 66 77

Hôpitaux régionaux :

Hôpital régional de Delémont

Consultation de pédiatrie
Dr Farron et Dr Terrier
2800 Delémont
tél : 032 / 421 20 74

Hôpital régional de Porrentruy

Consultation de pédiatrie
Dr Cattin
2900 Porrentruy
tél : 032 / 465 60 71

Centre d'information et de planning familial :

Rue du Chalet 3
2800 Delémont
tél : 032 / 422 34 44

Rue de la côte 1a
2340 Noirmont
tél : 032 / 953 17 66

Rue Auguste Cuenin 14
2900 Porrentruy
tél : 032 / 466 66 44

Autorité tutélaire : Conseil municipal (adresse par commune)
s'adresser au secrétariat communal

Procureur général

Le Château
2900 Porrentruy
tél : 032 / 465 33 00
fax : 032 / 465 33 01

Juge d'instruction

Le Château
2900 Porrentruy
tél : 032 / 465 33 00
fax : 032 / 465 33 01

**Police cantonale
Centrale cantonale**

Permanence
tél : 032 / 420 65 65
fax : 032 / 420 65 05

**Police cantonale
District de Delémont**

Route de Bâle 26
2800 Delémont
tél : 032 / 420 57 80
fax : 032 / 420 57 81

**Police cantonale
Franches-Montagnes**

Rue de l'Hôpital 1
2350 Saignelégier
tél : 032 / 952 46 46
fax : 032 / 952 46 41

**Police cantonale
District de Porrentruy**

Av. Cuenin 15
2900 Porrentruy
tél : 032 / 465 32 32
fax : 032 / 465 32 31

Permanence téléphonique et sites internet :

147 tel me : permanence écoute jeunes, enfants et parents

www.telme.ch : site internet pour les parents et les enfants

www.ciao.ch : site pour adolescents

www.jura.ch et également **www.guidesocial.ch**

Quelques ouvrages de référence

Manciaux M, Gabel M. Enfances en danger. Paris : Fleurus, 1997

Flückiger I. Enfants maltraités Intervention sociale. Lausanne : Cahiers de l'EESP, 2000

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

Hofner M-C, Ammann Y, Bregnard D. Recherche sur la maltraitance envers les enfants dans le canton de Vaud. Résumé et recommandation. Lausanne : Institut de médecine sociale et préventive, 2001 (Raisons de santé, 60)

Vannotti M. Le silence comme un cri à l'envers. Maltraitements et abus sexuels envers les enfants. Genève : Médecine et Hygiène, 1992

10

Notes personnelles

Annexe I

Liste de facteurs de risque

Liste de facteurs de risque utilisée par les pédiatres sentinelles lors de la recherche maltraitance envers les enfants dans le canton de Vaud

Les regroupements ci-dessous sont purement pratiques. Il est évident que chaque facteur de risque influence et est influencé par les autres

Facteurs liés à l'enfant

antécédents de traumatisme
filiation particulière (enfant adultérin, issu d'une union antérieure, de remplacement, etc.)
maladie chronique
malformation
prématurité
grossesse à risque
grossesse non désirée
retard mental
troubles du comportement
autres : _____

Facteurs liés aux parents

antécédents de maltraitance
retard mental
maladie chronique
jeune âge des parents
troubles psychiatriques
dépendances
dépression
dépression postpartale
symptômes d'anxiété
immaturité affective
violence interparentale
faible niveau de formation
autres : _____

Facteurs liés à la dynamique familiale

conflits familiaux (y compris famille élargie)
discontinuité des soins maternels durant la première année
famille nombreuse
grossesses rapprochées

grossesse multiple
séparation d'avec les parents après un an
interactions dysfonctionnelles entre les membres de la famille
troubles de la relation précoce

autres : _____

"Périodes" à risque

naissances
précisez

deuils
précisez

accidents
précisez

maladies
précisez

perte d'emploi
précisez

perte de logement
précisez

restructuration de la famille (divorce, séparation, recomposition, etc...)
précisez

autres : _____

Facteurs liés au contexte socio-économique et socio-culturel

conditions de vie précaires
conditions de logement précaires et/ou inadaptées aux besoins de la famille
insécurité professionnelle
difficultés économiques
chômage
famille monoparentale
isolement social
manque de réseaux primaires d'appui
manque de services publics
manque de structures d'accueil de la petite enfance

mauvaise intégration sociale

pauvreté

stress économique

insécurité, instabilité dues au statut légal en Suisse (clandestin, requérant, réfugié, saisonnier, etc.)

population déplacée

attentes et exigences excessives vis-à-vis de l'enfant

normes éducatives rigides

autres : _____

Vos remarques et propositions

Annexe II

Listes de signes et symptômes

Signes et symptômes

La liste ci-dessous est une adaptation de celle qui figurait dans la fiche élaborée pour les services médicaux, lors de l'étude prospective "Enfance maltraitée" 1989, mandatée par le Département Fédéral de l'Intérieur.

A. Indications générales

apparitions répétées et/ou multiplication de lésions
 signes extérieurs d'une grave négligence (alimentation, soins)
 interrogés sur les causes des blessures, les parents fournissent des explications contradictoires ou très invraisemblables
 les parents refusent que des examens soient entrepris
 tensions familiales manifestes
 isolement de la famille
 appel tardif au médecin
 fréquents changements de médecin ou de service d'assistance
 pas de nouvelle lésion tant que l'enfant est en observation (crèche, hôpital, camp scolaire, etc.)
 autre

autre

B. Troubles du comportement, symptômes psychiques et psychosomatiques

Age préscolaire

regard dit « fixe » : yeux grand ouverts, visage impassible
 absence de réaction de l'enfant lors de la séparation d'avec ses parents
 manque de confiance envers les principales personnes de référence
 excès de confiance à l'égard de tierces personnes
 troubles du développement (moteur, intellectuel, du langage, affectif, social, etc....)
 troubles de l'alimentation
 troubles du sommeil
 comportements hyperanxieux
 dépression
 fugues
 comportements agressif et/ou hyperactif
 propension aux accidents
 comportement sexuel inadapté à l'âge
 autre

autre

Age scolaire et post scolaire obligatoire

retard de développement
 troubles du langage

difficultés scolaires, inhibition des capacités d'apprentissage
difficultés de formation professionnelle
dépression
anxiété
manque de confiance en soi
auto-dévalorisation
isolement social
comportement agressif et/ou hyperactif
comportement délictueux
prostitution
dépendances (alcool, drogues illégales, médicaments, etc.)
fugues
tendances suicidaires
propension aux accidents
troubles du sommeil
troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie)
énurésie
encoprésie
douleurs chroniques (épaules, dos, etc.)
douleurs abdominales
céphalées
fatigue, lassitude
comportement sexuel inadapté à l'âge
autre

autre

C. Signes et symptômes somatiques

dénutrition
retard staturo-pondérale non organique
nanisme d'origine psychosociale
retard de développement (capacités psychomotrices et/ou cognitives)
autre

Lésions du squelette

spécifiez

Lésions viscérales

spécifiez

Ecchymoses, bosses, hématomes

spécifiez

Brûlures, brûlures par eau bouillante

spécifiez

Lésions buccales

spécifiez

Lésions oculaires et cérébrales

spécifiez

Lésions des organes génitaux

spécifiez

Maladies sexuellement transmissibles

spécifiez

Exemple de listes rassemblant les signes de maltraitance

Ces listes sont à modifier en fonction de la pratique professionnelle de chacun et de la population qu'il rencontre afin d'être opérationnelles

Les signes d'une maltraitance physique

Marques de coups de bâton ou de ceinture	Grossesse (en cas d'abus sexuel)
Hémorragies cutanées d'âges différents	Marques laissées par des liens
Fractures osseuses chez des enfants en bas âge, fracture du crâne des côtes, fractures des os propres du nez	Cheveux arrachés
Hématome sous dural	Echymoses, bosses, saignements sous cutanés sur le thorax, les fesses le dos l'abdomen, le visage, derrière les oreilles, la partie supérieure du bras, le haut des cuisses,
Lésions viscérales (rupture du foie, de la rate etc..)	Lésions oculaires
Brûlure par eau bouillante	Hémorragies rétiniennes évoquant le syndrome du bébé secoué
Blessures de la zone génitale	etc.....
Maladies vénériennes (abus sexuel)	

Les signes évocateurs d'une négligence lourde

Chez le tout petit :

Saleté de la peau	assise dans la marche ou la manipulation des objets
Excoriations diverses	Enfant hyper kinétique : hypertonie avec les membres en hyperextension et rapprochés
Dermite du siège	
Etat de dénutrition	Insuffisance pondérale en rapport avec des carences alimentaires grossières (anémie, rachitisme)
Inertie dans son berceau, hypotonie retard dans la station	

Hypotrophies staturo-pondérales non organiques

Nanisme psychosocial

Cassure de la courbe de poids et de taille avec réversibilité du retard en milieu hospitalier

Retard psychomoteur notamment dans l'acquisition de la marche et du langage

Chez l'enfant d'âge scolaire :

Vêtue inappropriée

Enfant qui n'a pas son matériel scolaire

Saleté

Enfant qui a faim

Absentéisme

Les signes évocateurs d'une maltraitance psychologique

Au début ces signes sont peu bruyants et peuvent passer inaperçus.

• Chez le nourrisson :

Conduite d'évitement, évite le contact œil à œil non constatée par les soignants

les jouets proposés ou pour les tentatives de stimulation.

Vigilance gelée : enfant figé, lové dans un coin de la pièce ou du lit surveille l'approche des adultes devant qui il se raidit.

Nourrissons hyperkinétiques et agités.

Troubles des conduites alimentaires (anorexie ou boulimie)

Grande avidité affective qui les amène à s'attacher à toute personne présente

Troubles sphinctériens.

Troubles du sommeil

Balancement plus ou moins continuels, absence d'intérêt pour

• En âge préscolaire

Regard dit fixe : yeux grand ouvert visage impassible

Excès de confiance à l'égard de tierces personnes

Absence de réaction lors de la séparation de l'enfant ou de ses parents

Retard dans le développement moteur (marche), intellectuel, du langage, affectif et social

Manque de confiance envers les personnes de référence

Troubles de l'appétit

Troubles du sommeil

Attitudes particulièrement
craintives

Comportement agressifs et /ou
hyper actifs

Dépressions

Propension aux accidents

Fugues

Comportements sexuels
inadaptés à l'âge

• **En âge scolaire**

Retard de développement

Fugues

Troubles du langage

Tendances suicidaires

Difficultés scolaires, inhibition des
capacités d'apprentissage

Propension aux accidents

Dépression

Troubles du sommeil
(cauchemars)

Anxiété

Enurésie

Manque de confiance en soi

Encoprésie

Isolement social

Maux de ventre

Comportement agressif et/ou
hyperactif

Céphalées

Comportement délictueux

Comportements sexuels
inadaptés à l'âge

• **A l'adolescence**

Autodévalorisation

Céphalée

Dépression

Propension aux accidents.

Tendances suicidaires

Fugues

Comportements agressifs

Comportement délictueux

Prostitution

Toxicomanie

Difficultés scolaires et de
formation professionnelle

Anorexie mentale et boulimie

Troubles du sommeil
(cauchemars)

Maux de ventre

Signes évocateurs d'un abus sexuel

Les symptômes cliniques sont **divers et peu spécifiques**. Les lésions des organes génitaux sont peu fréquentes. Savoir y penser devant :

Enurésie secondaire

Encoprésie

Constipation

Anorexie

Gêne à la déglutition

Cauchemars, terreurs nocturnes d'apparition récente

Douleurs abdominales

Douleurs osseuses

Céphalées

Manifestations psychiatriques

Dépression avec tentative de suicide, notamment chez les **adolescents**

Mutisme, repli sur soi

Automutilations

Excitation, labilité de l'humeur

Conduite asociale chez les **adolescents** : fugue, toxicomanie, prostitution

Grossesse

Maladies vénériennes

Troubles du comportement : changement récent et massif du comportement (pleurs tristesse, disparition des conduites ludiques)

Désinvestissement scolaire brutal

Peur brutale et incontrôlable des hommes

Refus de rentrer à la maison

Refus d'aller se coucher de se déshabiller la nuit

Tendance à se barricader la nuit dans sa chambre

Préoccupations sexuelles excessives pour l'âge de l'enfant, agressions sexuelles sur des enfants du même âge ou plus petits, connaissances précoces de la sexualité, masturbation excessive en public, comportement séducteur et sexualisé avec l'adulte présent qui entraîne un sentiment de malaise

Rituels de lavage obsessionnels ou au contraire peur de la toilette des organes génitaux

Annexe III

Quelques définitions de la maltraitance

Définitions classées par date de parution

Protocole d'intervention en matière de maltraitance, Service de protection de la jeunesse de Genève

Les attitudes et comportements violents, méprisants voire dégradants de l'adulte envers l'enfant dont il est responsable en qualité de parent ou à un autre titre peuvent avoir des conséquences néfastes, non seulement sur le développement de l'enfant lui-même, mais encore sur sa descendance, perpétuant ainsi le phénomène à travers une reproduction du comportement maltraitant.

Masson O., *Contextes maltraitants et coordination inter-institutionnelle*, Document multicopié, automne 1987

L'on entend par mauvais traitements envers les enfants des modalités transactionnelles dysfonctionnelles et carençantes entre adultes et enfants, qui ont pour effets d'entraver le développement physique, psychologique, affectif et social des enfants.

Rapport du Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, Commission enfance maltraitée, Synthèse des travaux, Paris, janvier 1989, p.5

On désigne communément sous le vocable « d'enfants maltraités » les enfants victimes de la part de leurs parents ou d'adultes en ayant la garde, soit de brutalités volontaires, soit d'une absence intentionnelle de soins entraînant des lésions physiques ou des troubles de l'état général. On y inclut également les enfants victimes de comportements plus difficiles à mettre en évidence, car ne laissant aucune trace physique : brutalités mieux contrôlées, comportements sadiques, manifestations de rejet, mépris, abandon affectif, exigences éducatives disproportionnées. Leur retentissement sur le développement psychoaffectif de l'enfant peut être aussi grave que celui des sévices corporels.

Bovay José, Dolivo Michel, Pahud Claude, *Prévention des mauvais traitements envers les enfants, rapport de la Commission désignée par le Conseil d'Etat du Canton de Vaud*, janvier 1989 à avril 1990, p. 1

On entend par mauvais traitements tout acte ou omission menaçant l'intégrité physique d'un mineur ou de nature à entraver son développement.

Enfance maltraitée en Suisse, Groupe de travail Enfance maltraitée, Berne, juin 1992, p.14-15

La maltraitance se définit par rapport à ses effets destructeurs sur la santé et inhibiteurs des potentialités de développement physique, psychique et social des mineurs. Elle s'exerce par les soins inadéquats, les carences d'apports, les agressions envers enfants qui portent atteinte à leur santé et entravent leur développement somatique, psychique et social.

(...)

Les mauvais traitements envers enfants sont, pour le groupe de travail, les effets d'interactions violentes et/ou négligentes entre des personnes (parents, substituts parentaux, tiers), des

institutions, des structures sociales, et des mineures, générant des atteintes à la santé physique et psychique, des arrêts de développement, des invalidités et parfois la mort. Ils recouvrent aussi toutes les formes d'exploitation sexuelle des enfants par des adultes.

A des fins didactiques, l'on distingue différentes catégories de mauvais traitements envers enfants :

Les négligences, les carences d'apports physiques, psychologiques et socio-affectives. Elles représentent, de l'avis de spécialistes, la forme la plus fréquente de mauvais traitements. Elle est en même temps celle qui est la moins souvent détectée.

Les mauvais traitements psychologiques.

Les abus sexuels.

Les agressions physiques.

Il est important de réaliser que les enfants atteints subissent toujours des formes associées des différents types de mauvais traitements.

Mauvais traitements envers enfants, Association Suisse de la Protection de l'Enfant - groupe ASPE-Vaud : décembre 1993, p.1-2

Définition

L'on considère comme maltraitances, des perturbations et carences relationnelles entre adultes et enfants qui ont pour effet d'entraver le développement physique, psychologique, affectif et social des enfants.

Les enfants peuvent être maltraités :

- par la communauté, lorsque la conscience d'une nation n'est pas encore assez développée quant à l'importance de protéger le développement et la santé de tous les enfants du pays ;
- dans les institutions, privées ou officielles, d'accueil éducatif, social, scolaire ou curatif ;
- par des représentations des différentes professions attachées à l'éducation, à la protection et aux soins aux enfants ;
- dans des familles naturelles, nourricières ou adoptives ;
- par des personnes connues des enfants, sans appartenance au cercle familial (baby sitters, tuteurs, enseignants, moniteurs, guides spirituels...) ;
- par des personnes inconnues des enfants.

Les différents types de maltraitance envers les enfants

- Les négligences, carences d'apport physique, psychologique, affectif, éducatif

Il s'agit d'une incapacité des parents à garantir la santé, la sécurité et le bien-être de l'enfant. Ces négligences peuvent se manifester par un défaut de soins nutritifs ou médicamenteux ou par une incapacité à protéger l'enfant des dangers physiques et sociaux de l'environnement.

- Les mauvais traitements psychologiques

Il s'agit de comportements difficiles à mettre en évidence dans la mesure où ils ne laissent pas de traces physiques : brutalités mieux contrôlées, manifestations de rejet, exigences disproportionnées par rapport à l'âge de l'enfant. Leur retentissement sur le développement psychoaffectif à long terme de l'enfant est aussi sévère que des sévices corporels.

- Les agressions physiques

Coups, intoxications, brûlures, immersions, strangulation, étouffement, piqûres, blessures par balle etc.

- Les abus sexuels, intra ou extra familiaux

Ils concernent l'implication d'enfants ou d'adolescents dépendants dans des activités sexuelles dont ils ne comprennent pas entièrement le sens, auxquelles il ne leur est pas

possible de donner leur consentement conscient, ou qui transgressent les tabous sociaux concernant les rôles familiaux.

Dardel Florence, Eperon Cédric, Fankouser Marie-Hélène, Guidoux Lucienne, *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, p.27-29

Le concept de maltraitance évoque encore souvent l'image d'enfants gravement blessés physiquement. Une telle représentation ne tient pas compte de l'extrême diversité et de la complexité des phénomènes.

La maltraitance se définit par rapport à ses effets destructeurs sur la santé et inhibiteurs des potentialités de développement physique, psychique et social des victimes et non pas en fonction de l'apparente bénignité ou gravité des sévices.

Tout sévices ne peut être assimilé à un mauvais traitement. La maltraitance implique que les sévices sont soit érigés en système éducatif, soit attaquent l'intégrité physique et/ou psychique de l'enfant. Elle va de pair avec un contexte de violence où l'enfant est asservi aux désirs irréalisables ou contradictoires de ses parents, où la punition est inadaptée et dépasse la tolérance de l'enfant par son caractère démesuré, humiliant, sadique, sous la forme de menaces terrorisantes ou de chantage affectifs. Pathologie de la relation, la maltraitance obéit à une dynamique complexe qui doit être évaluée en tenant compte des formes des mauvais traitements, des capacités de résistance et de défense de l'enfant, ainsi que des aides extérieures qui lui sont fournies.

Définition générale : les mauvais traitements envers enfants sont les effets d'interactions violentes et /ou négligentes entre des personnes (parents, substituts parentaux, tiers), des institutions ou des structures sociales et des mineurs, générant des atteintes de la santé physique et psychique, des arrêts de développement, des invalidités et parfois la mort. Ils recouvrent aussi toutes les formes d'exploitation sexuelle des enfants par les adultes.

Définitions particulières : les mauvais traitements sont généralement classés en 4 types qui marquent la prise de conscience progressive du phénomène par la société.

On a d'abord été sensible aux **lésions physiques** et aux **violences corporelles**, consécutives à des passages à l'acte agressifs : contusions, brûlures, blessures diverses, morsures, empoisonnements par médicaments ou autres produits toxiques, qui requièrent des soins médicaux que l'enfant reçoit ou non.

Puis l'attention s'est portée sur les **négligences** ou **carences d'apport** : il s'agit de non-satisfaction, volontaire ou non, par méconnaissance, des besoins fondamentaux des enfants sur le plan des soins primaires, de la continuité de la relation affective et de l'éducation (par exemple : carences alimentaires, hygiène défectueuse, absence d'échanges relationnels et affectifs, absence de protection et de surveillance amenant des accidents à répétition, etc.). Elle est le fait du milieu familial ou des institutions, elle peut être partielle ou globale, continue ou temporaire.

Plus récemment, on s'est intéressé aux **abus sexuels** et à l'**inceste** : ils désignent l'implication d'enfants et d'adolescents dépendants, immatures dans leur développement, dans des activités sexuelles dont ils ne comprennent pas pleinement le sens ou qui violent les tabous sociaux concernant les rôles familiaux.

On commence aussi à définir comme mauvais traitements toute une série de comportements parentaux qui peuvent ne laisser aucune trace physique, les **mauvais traitements** ou **violences psychologiques**. Il s'agit de l'utilisation chronique d'interdits accompagnés de menaces provoquant chez l'enfant la peur, la culpabilité, la crainte d'être abandonné ou

détruit, source du développement de l' « attachement angoissé ». Les menaces et les paroles porteuses de dévalorisation constante sensibilisent à l'abandon réel et ont d'autant plus de poids que des séparations ont déjà eu lieu. Sont répertoriées des conduites répétées telles que :

- attitudes sadiques, attitudes terrorisantes, menaces ;
- exigences excessives ou inadaptées à l'âge de l'enfant ;
- bouc-émissairisation, manifestations de rejet ;
- abandonnisme, inaffectivité, isolement de l'enfant ;
- culpabilisation de l'enfant ;
- utilisation de l'enfant dans les conflits du couple ;
- inversion des rôles familiaux, parentification de l'enfant qui est chargé, lui, de protéger le ou les parents fragiles.

Les enfants atteints subissent presque toujours des formes associées des différents types de mauvais traitements.

Barrot Jacques, *L'observation de l'enfance en danger*, Paris, Observatoire national de l'action sociale décentralisée, mars 1994, p.46

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

Les aspects médico-sociaux des mauvais traitements infligés aux enfants, Recommandation n° R(93) 2, Conseil de l'Europe, 1995, p. 13-15

La maltraitance n'est pas une maladie. Elle recouvre plusieurs types d'atteintes subies par des enfants en raison des actions ou des omissions de leurs parents, de leurs proches, de leurs frères et soeurs, d'amis, d'étrangers ou d'autres personnes. Les formes de maltraitance que l'on classe le plus souvent sous ce vocable, à des fins pratiques, sont la négligence et les violences physiques, sexuelles ou d'ordre affectif. Certains désavantages que connaissent les enfants sont donc ordinairement exclus de la maltraitance : par exemple, mortalité ou morbidité infantile excessive dans certaines catégories de la population, limitation des chances et de l'expérience due à la pauvreté ou à d'autres conditions du milieu, exploitation économique par le travail.

Le comité restreint d'experts a adopté les définitions suivantes :

Violences (abus) physiques

Blessures ou défaut de prévention de blessures ou de souffrances, y compris empoisonnement ou étouffement délibéré, lorsqu'il est bien établi, ou qu'il y a des motifs valables de soupçonner que le dommage a été infligé ou qu'il n'a volontairement pas été prévenu.

Violences (abus) sexuelles

Contacts, activités ou comportements sexuels déplacés, comprenant attouchements, rapports sexuels ou exploitation par une personne à qui l'enfant a été confié ou par tout autre individu tirant avantage de ce dernier. Les violences peuvent être commises par le père ou la mère, un proche, un ami, un professionnel ou un bénévole ou encore un étranger.

On peut distinguer entre les violences sexuelles suivant qu'il y a, ou non, contact. La deuxième catégorie comprend, par exemple, les rencontres avec des exhibitionnistes ou le partage, sans contact physique, de certaines activités sexuelles telle la vision de films

pornographiques. Les violences avec contact englobent la caresse des seins ou des parties génitales, les rapports sexuels et les rapports oraux ou anaux.

Violences (abus) d'ordre affectif

Désignant les agissements qui nuisent gravement au développement affectif et comportemental de l'enfant, elles peuvent prendre la forme de blessures d'amour-propre, d'humiliations répétées ou d'un rejet. Des actes de violence, ou des conflits graves au sein du foyer dont l'enfant est témoin, son isolement forcé, sa soumission à la contrainte ou le fait de l'apeurer souvent peuvent également lui être préjudiciables sur le plan affectif.

Négligence

Par négligence, on entend tout défaut de soins nuisant gravement au développement ou à la sécurité de l'enfant. Il y a négligence physique lorsqu'il n'est pas tenu compte des besoins de l'enfant en matière d'alimentation, d'habillement, d'abri, de soins de santé et de protection. La négligence affective consiste à ignorer le besoin d'affection de l'enfant et son désir de se sentir accepté.

En cas de négligence éducative, l'enfant se trouve privé de la possibilité de se réaliser pleinement au plan des études, par exemple en raison d'un absentéisme scolaire persistant ou de sa mise au travail dans son foyer ou au dehors.

Violences (abus) tenant au système (victimisation secondaire)

On entend par là les violences ou la négligence supplémentaires subies par les enfants, et les dommages évitables causés à leur famille, qui résultent du système même établi pour les protéger : déni du droit de l'enfant d'être informé et de s'exprimer ; séparation injustifiée d'avec les parents ; défaut de soins ou soins abusifs dans les garderies, écoles, familles d'accueil ou autre milieu ; traumatisme de l'enfant par des examens médicaux inutiles ou heurtant sa sensibilité ; détresse de l'enfant en raison de ses contacts avec le système judiciaire (par exemple retard à instruire une affaire, expérience douloureuse de l'enfant cité comme témoin) ; déni du droit des parents d'être informés et de prendre part aux décisions lorsqu'il y a de l'intérêt de l'enfant ; insuffisance des services ou ressources pour aider les enfants maltraités à rester avec leur famille chaque fois que cela est possible.

Bien que son mandat ait expressément exclu la prise en considération des atteintes au fœtus, le comité restreint a noté les graves conséquences d'un comportement nuisible (par exemple abus de drogue ou d'alcool pendant la grossesse), affectant directement le développement physique du fœtus et/ou le développement intellectuel et affectif de l'enfant.

Aux fins de son étude, le comité a considéré que par enfant il fallait entendre une personne de moins de 16 ans. Mais pour la mise en œuvre de la recommandation dans les Etats membres l'enfant sera défini selon la limite d'âge fixée par la législation nationale.

Glatz Georges, *Concept de prise en charge et de prévention des mauvais traitements envers les enfants et les adolescents*, Rapport de la CCMT, décembre 1997, p.7-8

Est nommé mauvais traitement tout acte ou omission d'acte de personnes majeures ou mineures qui entrave ou est de nature à entraver le développement physique ou psychoaffectif d'un mineur.

La CCMT a fait sienne la définition ci-dessus tout en étant consciente que, dans la pratique, le juge pénal est lié par la définition des mauvais traitements, telle qu'elle figure notamment à

l'art. 219 du Code pénal. Cet article peut également recouper les infractions contre la vie et l'intégrité corporelle ou sexuelle, commises à l'encontre d'un enfant. Le juge d'instruction ne pourra en aucun cas s'écarter des définitions légales pénales qui sont plus restrictives.

Types de mauvais traitements

Identifier les différents types de mauvais traitement est très important, car seule une approche rigoureuse permet d'élaborer un concept de prévention.

L'idée généralement admise est que les mauvais traitements peuvent être classés en quatre catégories qui, dans la plupart des cas, se cumulent. Il sera également tenu compte de la notion de répétition et d'intensité dans toute évaluation de mauvais traitements.

- Les mauvais traitements physiques (...)
- Les mauvais traitements psychologiques (...)
- Les carences affectives et/ou de soins (...)
- Les abus sexuels (...)

ABUS SEXUELS

Porter R., *Child Abuse within the family*, London, Tavistock Publications, 1984, p.3-4

CH Kempe définit l'abus sexuel à l'égard d'enfants « comme la participation d'un enfant ou d'un adolescent mineur dépendant et immature du point de vue du développement psycho-sexuel, à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées à son âge et à son développement psycho-sexuel, qu'il subit sous la contrainte par la violence ou la séduction ou qui transgressent les tabous sociaux en ce qui concerne les rôles familiaux ».

OMS, Copenhagen, 11-12 décembre 1985, p.1

L'abus sexuel à l'égard des enfants est « l'abus exercé sur un enfant par un adulte ou une personne nettement plus âgée, à des fins de plaisir sexuel. (La restriction d'une différence d'âge significative ne s'applique pas aux violences sexuelles à l'égard des enfants commis par d'autres enfants.) L'enfant se définit légalement d'après l'âge légal de consentement qui diffère considérablement d'un pays à l'autre (de 14 à 18 ans en Europe). Dans de nombreux pays, outre l'âge légal minimal pour les relations hétéro(sexuelles) sans condition restrictive, il existe un âge plus élevé s'appliquant aux relations homosexuelles et aux relations entre un adulte et un mineur dépendant. »

Annexe IV

Entretien avec l'enfant et sa famille :
quelques pistes

Informations à recueillir dans l'entretien de l'enfant et de sa famille

➤ attention aux limites de sa profession

1. les **signes de maltraitance** (troubles du comportement, traces de coup etc..)
2. la **version des faits** de l'enfant
3. le **contexte familial actuel** (frère, sœur, mode de vie, entourage familial, son mode de garde, existence de dysfonctionnement)
4. les **conditions de vie** (logement, ressources financières)
5. les **facteurs de risque** liés à l'enfant, liés aux parents, aux périodes à risque, au contexte socio économique.

L'évaluation doit aboutir

- à une **synthèse** (entretien avec l'enfant, complété de l'entretien avec ses parents)
- à la **concertation** avec d'autres professionnels.

Il n'est pas possible d'envisager de faire **une évaluation seul**.

Il est important de réfléchir aux moyens d'**organiser une concertation** dans sa profession.

A l'issue de l'entretien et de la concertation avec d'autres professionnels....

Evaluation du danger

Le professionnel et si possible avec son équipe doivent répondre à 3 questions

- La vie de l'enfant est-elle en danger ?
- L'enfant doit-il être tenu à l'écart de son agresseur ?
- Les ressources familiales sont-elles défailtantes et non mobilisables ?

Quelques pistes pour mener à bien l'entretien avec l'enfant

- écouter l'enfant
- lui signifier que vous l'avez a été entendu
- que c'est dur de pouvoir parler de tout ça
- qu'il est difficile de régler ce problème tout en gardant un secret
- qu'il a bien fait d'en parler
- que la maltraitance est interdite par la loi
- que vous allez le tenir au courant de ce que vous allez faire
- que vous restez à sa disposition (surtout si vous le voyez régulièrement), si il souhaite vous parler à nouveau. L'enfant peut avoir besoin du temps de réflexion.

Exemple de questions à poser notamment en cas d'abus sexuel¹⁴.

- Dire à l'enfant que l'on a déjà eu à connaître et à s'occuper d'enfants qui avaient été agressés par un adulte pour ne pas penser qu'il est le seul dans cette situation.
- Le rassurer en lui disant qu'il a eu raison d'en parler
- Si l'enfant ne veut pas parler respecter son silence tout en lui disant le degré de notre intime conviction que l'on peut avoir
- Informer des mesures de protection qu'on est amené à mettre en place
- S'il n'existe que des soupçons et le silence ou la dénégation de l'enfant se donner les moyens de revoir l'enfant.

¹⁴ tiré de enfance en danger Michel Manciaux, Marceline Gabel, Dominique Girodet, Caroline Mignot, Michelle Rouyer éditions Fleurus psycho-pédagogie

L'échange avec l'enfant¹⁵

Exemples de questions qu'il est possible de poser

Ci après quelques questions ouvertes ou indirectes possibles à poser à l'enfant. Celles-ci ne se veulent pas être un modèle ou une marche à suivre mais des illustrations. Durant les entretiens, il s'agit d'éviter les inductions, les questions trop directes, l'enfant doit pouvoir exprimer ses propres préoccupations...

Il s'agit parfois de prendre note par écrit des révélations de l'enfant au travers de ses propres expressions, en indiquant aussi nos questions... Comme le souvenir s'estompe, il est utile de transcrire immédiatement avec l'enfant s'il accepte, ou au plus vite, les termes de son récit.

Que se passe-t-il ?

Peux-tu ou veux-tu raconter ce qui s'est passé ?

As-tu des souvenirs précis de ce qui s'est passé ?

Comment as-tu réagi ?

C'est probablement difficile.. mais je peux entendre ce que tu me dis...

Aurais-tu envie d'en dire plus...

J'aimerais écrire ce que tu me dis pour pouvoir m'en souvenir. Tu peux me demander de te relire ces notes quand tu le désires et rajouter ou préciser certains points si nécessaire.

Quelqu'un a-t-il réagi à ce qui s'est passé ? Comment ?

As-tu parlé à quelqu'un ?

Tes parents sont-ils au courant ou se doutent-ils de quelque chose ?

Comment imagines-tu qu'ils pourraient réagir ?

A qui aurais-tu aimé te confier ?

Je ne peux garder cela pour moi seul. J'en parlerai à ... mais je ne publierai pas cette information n'importe comment ni à tout le monde...

Comment imagines-tu pouvoir te protéger ? Avec l'aide de qui ?

Qu'est-ce qui te fais le plus souffrir ou avoir mal ?

Pour toi comment cela se passe-t-il à la maison ?

De qui te sens-tu proche ?

Avec qui échanges-tu le plus volontiers

Comment cela se passe-t-il pour tes frères et soeurs ?

A la maison, qui t'aide ou s'occupe de toi, à qui demander de l'aide si nécessaire ?

....

Cette liste n'est pas exhaustive, elle peut être une manière de se tranquilliser avant un entretien mais chaque situation mérite une approche particulière

¹⁵ Mr Michel Ammann Directeur de l'Institut Saint Germain Delémont Juin 2001

Entretien avec la famille

Ne pas hésiter à demander conseil à un collègue qui connaît la famille avant de rencontrer les parents.

- Faire attention à l'**accueil**
- Avoir une attitude **empathique** et **non jugeante**
- Parler du **quotidien** de l'enfant
- Aider la famille à **se confier** sur ses difficultés
- Savoir **entendre ses difficultés**
- Aborder les **conditions de logement** et le **travail**
- S'appuyer sur des éléments positifs pour **mobiliser les ressources familiales**
- Aider la famille à trouver des **solutions**
- Savoir proposer une **aide** à la famille avec nom de correspondant et n° de téléphone
- Donner un **rendez-vous** pour qu'une relation de confiance s'établisse
- Dire ses **convictions** si l'on pense que les lésions ne sont pas accidentelles
- Rappeler ce qui est **interdit par la loi**