Commission externe d'évaluation des politiques publiques

Tél.: (022) 327 55 16
Case postale 3937, 1211 Genève 3
http://www.geneve.ch/cepp

Evaluation du dispositif de protection des enfants victimes de maltraitance

sur mandat de la commission de contrôle de gestion du Grand Conseil

Genève, décembre 2004

Avertissement : version complète

La présente évaluation a conduit la CEPP à prévoir deux formats : une version intégrale et un condensé.

La version complète

La version complète du rapport se présente sous sa forme habituelle. Elle contient les informations exhaustives et le détail des analyses effectuées. Chaque chapitre se termine par la mise en évidence des principaux enseignements.

La version condensée

La commission a donc décidé de présenter parallèlement une version condensée qui permette de prendre rapidement connaissance des éléments essentiels de l'évaluation au travers :

- d'un résumé (Essentiel en bref),
- des réponses aux questions d'évaluation qui constituent une synthèse des principaux résultats de notre évaluation,
- des recommandations qui découlent de nos analyses,
- de trois annexes explicatives comprenant les définitions de la maltraitance utilisées, l'organigramme des acteurs concernés et la liste des abréviations,
- de la table des matières du rapport dans sa version intégrale.

Remerciements

La CEPP tient à remercier vivement toutes les personnes ayant participé aux entretiens semi-directifs et aux entretiens de groupe, ainsi que celles qui ont répondu aux questionnaires par l'intermédiaire de l'institut érasm. Sans leur disponibilité et leur collaboration, cette évaluation n'aurait pas été possible.

La commission remercie également ses mandataires pour leurs contributions : M. Martin Stettler (professeur ordinaire à la faculté de droit de l'Université de Genève) pour l'analyse législative, M. Massimo Sardi (directeur de l'institut érasm) pour la gestion et l'analyse des questionnaires, M. Ralph Thomas (psychologue du travail, consultant) pour la supervision méthodologique et l'animation des « focus groups », M. Christian Dagenais (directeur de l'évaluation du Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales de Montréal) pour la recherche sur les pratiques innovantes en Amérique du Nord. Elle remercie enfin Mme Arlette Bonjour (secrétaire) pour son soutien logistique concernant les entretiens de groupe.

L'essentiel en bref

Mandatée par la Commission de contrôle de gestion du Grand Conseil genevois, la CEPP a évalué le fonctionnement du dispositif de protection de l'enfance dans le domaine de la maltraitance des enfants de 0 à 15 ans. Il ressort de cette évaluation les principaux enseignements suivants :

Un réseau dense et des professionnels attentifs

Le dispositif genevois de protection de la jeunesse constitue un réseau dense et varié, plus développé que dans de nombreux autres cantons suisses. Les professionnels que la CEPP a rencontrés font preuve d'engagement et de lucidité dans leur action : ils s'efforcent de faire fonctionner au mieux le dispositif, mais sont conscients de ses lacunes. Ainsi, il apparaît que les cas graves et avérés de maltraitance sont généralement repérés et pris en charge. En revanche, le fonctionnement est aléatoire dans les cas moins évidents.

Une problématique complexe

C'est que, en amont de l'intervention, la problématique de la maltraitance s'avère complexe. Sa perception dépend du regard que pose sur elle la société et ce regard n'est devenu explicite que dans les années '90. Sa prise en charge renvoie à l'équilibre à trouver, en matière de protection de l'enfance, entre l'intervention de l'Etat et le respect de la sphère privée, notamment familiale. Enfin, les actions entreprises sont conditionnées par les représentations sociales, professionnelles et personnelles des intervenants ; ainsi coexistent chez les acteurs du dispositif des définitions, des approches, voire des « écoles », différentes (plutôt juridiques, plutôt sociales ou plutôt thérapeutiques).

Une ampleur significative mais incertaine

Du fait de ces différences d'approches, un recensement fiable des cas de maltraitance est aujourd'hui impossible : selon les définitions utilisées et les champs d'intervention notamment, les statistiques (quand elles existent) diffèrent, se chevauchent, voire se contredisent. En termes généraux, on peut cependant dire que les cas de maltraitance à Genève concernent plusieurs centaines d'enfants chaque année et que les constats de négligences augmentent fortement. Cela constitue donc un problème social significatif, toutefois minoritaire par rapport à l'ensemble des problèmes de protection de la jeunesse (16% des dossiers du Service de protection de la jeunesse en 2001).

Un dispositif hétérogène

Ces différences sont soulignées ou accentuées du fait de l'hétérogénéité du dispositif : à Genève, la CEPP a dénombré une vingtaine d'entités publiques dans trois départements différents, une quinzaine d'organismes parapublics ou associatifs et de nombreux acteurs privés, tous impliqués dans la détection et la prise en charge de la maltraitance. De plus, le tout fonctionne selon deux filières distinctes, l'une sanitaire (pédiatres, hôpitaux, etc.), l'autre scolaire. Si cette multiplicité concourt au maillage serré du filet de protection de l'enfance, elle aboutit aussi à des chevauchements de responsabilités, des divergences dans les logiques institutionnelles, des lacunes et des ruptures dans le suivi des situations.

Un cadre d'intervention flou

Les dispositions légales et réglementaires en vigueur ne sont pas de nature à encadrer précisément ces pratiques diverses. La notion de maltraitance en tant que telle est absente de la

législation. Quant à la loi cantonale sur l'Office de la jeunesse, pivot du dispositif, elle assigne des missions et des rôles tellement généraux aux quatre services concernés qu'ils n'ont pas d'effets opérationnels (son règlement d'application n'ayant jamais vu le jour). Pour combler ces lacunes législatives, les services se sont dotés de protocoles internes et inter-services, mais leur multiplication sans coordination tend à augmenter la confusion.

Des définitions multiples et des approches en ordre dispersé

Quel est l'effet de ce « flou institutionnel » sur les pratiques ? Chacun des acteurs intervient certes dans le souci de faire face efficacement aux situations de maltraitance, mais il le fait en construisant et utilisant ses propres définitions, sa propre « philosophie » de l'action, ses propres critères d'analyse, ses propres seuils d'intervention. A l'intérieur de l'Etat, les directions générales des services concernés ne prennent pas les mesures d'harmonisation nécessaires et la Commission cantonale de référence en matière de violence et maltraitance (CCVM) n'a pour l'instant ni la légitimité ni les moyens de piloter le système.

Une détection à géométrie variable

En matière de détection, les réponses apportées par le dispositif aux situations de maltraitance diffèrent selon les tranches d'âge considérées :

- Chez les tout-petits (0-4 ans), le système de détection est susceptible de défaillances importantes : moins de la moitié des enfants fréquentent les institutions de la petite enfance, où l'attention varie selon la formation du personnel, les directives de l'institution, etc. ; les autres, gardés par leur famille ou leur entourage, ne sont vus qu'occasionnellement par un pédiatre ; les « mamans de jour » agréées n'ont pas de formation spécifique. Ces déficiences sont inquiétantes dans la mesure où les études démontrent que c'est la période où le risque de maltraitance est le plus grand.
- A l'école primaire, le filet de détection est plus serré (enseignants, présence des infirmières du Service de santé de la jeunesse - SSJ) et le temps d'observation plus conséquent, mais des enseignants « passent à côté » ou tardent à signaler pour diverses raisons (crainte d'affronter des cas lourds, manque de formation, etc.).
- Au Cycle d'orientation, la division des tâches (enseignants, conseillers sociaux, doyens, direction, infirmières SSJ, psychologues) entraîne des divergences d'interprétation, des lenteurs, des inattentions : le filet est présent, mais des cas passent entre les mailles.
- A tous les degrés scolaires, les écoles privées n'ont pour la plupart pas de pratique active de la détection, notamment parce qu'elles manquent de procédures internes en la matière et qu'elles ne sont pas en contact avec les autorités de protection de l'enfance compétentes.

De manière générale, la détection des cas graves de maltraitance paraît efficace. Pour les cas moins évidents (suspicions, incertitudes sur le seuil d'intervention, stratégies d'évitement des parents maltraitants), elle demeure aléatoire.

Une prise en charge fragmentée

Une fois la détection effectuée, la prise en charge des situations implique de nombreux acteurs dont l'intervention manque généralement de coordination. La CEPP relève en particulier quatre « nœuds » dans le fonctionnement des services concernés :

- Le manque de clarté sur les rôles et missions de chacun rend difficile le suivi régulier et durable des situations.

- L'obstacle à la communication entre les acteurs créé par une interprétation abusive du secret professionnel.
- Le manque d'interdisciplinarité dans l'évaluation des situations : la diversité des approches, au lieu d'enrichir le débat et d'optimiser la décision, engendre souvent des blocages ou des lenteurs.
- La faiblesse du travail en réseau (absence de formation à cette pratique, de leadership, de procédures) pèse sur l'échange d'informations et la coordination des interventions.

Des moyens insuffisants

Dans le cadre de l'organisation actuelle du dispositif, de nombreux acteurs signalent une insuffisance de moyens dans quatre domaines notamment :

- Pour la détection, le nombre de professionnels spécifiquement chargés de cette tâche est faible lorsqu'on le rapporte au total des enfants potentiellement concernés (par exemple 3,8 postes d'infirmières SSJ pour 7'600 enfants dans 175 institutions de la petite enfance).
- Au niveau de la prise en charge, les personnels de la PDJ et du STG font état d'un manque d'effectif pour pouvoir traiter correctement les cas de maltraitance parmi les autres dossiers de protection de la jeunesse, ainsi que d'un climat institutionnel difficile.
- En Pédiatrie (HUG), les 150 situations évaluées par le Groupe de protection de l'enfant (GPE), lui parvenant de l'interne comme de l'extérieur, correspondent au maximum de la capacité de travail actuelle de ce groupe informel et non aux besoins réels.
- Le manque de lieux d'accueil d'urgence est patent.

Une absence de pilotage

En conclusion, le dispositif existe, ses différents organismes fonctionnent avec leurs forces et leurs faiblesses, la question de la maltraitance est un souci partagé par tous, mais il n'y a pas de cohérence d'ensemble. Il n'existe pas de politique générale interdépartementale en la matière, pas d'organe de pilotage efficace, pas de « conditions-cadres » pour l'intervention et cela même à l'intérieur de l'Office de la jeunesse. Définir les orientations, clarifier les rôles et missions, coordonner les connaissances et les actions, harmoniser les procédures, évaluer les résultats sont des tâches centrales et nécessaires à un fonctionnement cohérent du dispositif.

Recommandations

Sur la base de ces constats, la CEPP émet treize recommandations (p. 95) allant dans le sens :

- de désigner un organe de pilotage chargé d'élaborer une politique cantonale commune en matière de maltraitance et de superviser la création de références et d'outils communs ;
- de veiller à l'évaluation de l'utilité des mesures prises et à la création d'un groupe de référence interdisciplinaire externe ;
- de garantir la circulation de l'information, la coordination et l'interaction entre les acteurs ;
- d'améliorer la détection, le suivi et la prise en charge des situations ;
- de développer l'intervention auprès des familles maltraitantes et la prévention.

Table des matières

1 Introduction 1
1.1 Origine du mandat 1
1.2 Les questions d'évaluation 1
1.3 Résumé de la méthode 2
1.4 Indications quant aux dénominations utilisées pour les services 4
1.5 Définitions, étapes du processus, organigramme des acteurs rencontrés 4
1.6 Composition du groupe de travail 4

2 Problématique 5
2.1 Délimitation du sujet 5
2.2 Complexité du sujet 6
2.3 Complexité du dispositif 7
2.4 Définitions, étapes du processus 8
2.5 Etat de la situation 8

3 Cadre formel, rôle et mission des acteurs étatiques 13
3.1 Bases légales 13
3.2 La commission cantonale de référence en matière de violence et maltraitance envers des mineurs (CCVM) 16
3.3 De multiples protocoles ou procédures pour un seul dispositif 17

4 Comment fonctionne concrètement la détection ? 22
4.1 La détection par les milieux soignants 22
4.2 Le dispositif de détection pour les enfants en âge préscolaire 25
4.3 Le dispositif de détection à l'école primaire (enseignement public) 30
4.4 Le dispositif de détection au Cycle d'orientation (enseignement public) 31
4.5 La détection de la maltraitance dans les écoles privées 33
4.6 Les autres possibilités de détection ou de dévoilement par l'enfant 34

5 L'évaluation d'une situation de maltraitance : étape-clé en vue du signalement et de la dénonciation 39
5.1 L'évaluation dépend des définitions retenues et de l'approche institutionnelle 40
5.2 L'évaluation dépend de la connaissance du sujet et des outils à disposition 43
5.3 L'application du cadre formel 46
5.4 Le signalement et la dénonciation 48

6 La prise en charge des situations de maltraitance 51
6.1 La prise en charge effectuée par les acteurs centraux du dispositif 52
6.2 Temps à disposition et effet sur la prise en charge 52
6.3 Durée de la procédure 56
6.4 Moments critiques dans l'application des mesures de protection 58
6.5 Quel soutien aux familles maltraitantes ? 60
6.6 Absence d'évaluation et de connaissance sur les pratiques innovantes 61

7 Coordination entre les intervenants 62
7.1 Les dispositions 62
7.2 Une organisation géographique non coordonnée 63

7.3 La communication d'informations 63
7.4 La diversité des approches selon les cultures professionnelles et institutionnelles 68
7.5 Les faiblesses du travail en réseau 70

8 L'Office de la jeunesse dans le dispositif 74
8.1 Le Service de santé de la jeunesse 74
8.2 Le Service de protection de la jeunesse 75
8.3 Le Service du Tuteur général 76
8.4 Le Service médico-pédagogique 77
8.5 Des missions qui s'interpénètrent 78
8.6 La direction générale 79

9 Conclusion 81
9.1 Les réponses aux questions d'évaluation 81
9.2 Les propositions des acteurs interrogés et les projets en cours 93

10 Les recommandations 95

11 Annexes 101
11.1 Précisions sur la méthodologie et les résultats obtenus 101
11.2 Propositions des acteurs interrogés (entretiens semi-directifs et de groupe) 111
11.3 Liste des personnes et organismes interrogés (entretiens semi-directifs) 120
11.4 Organigramme des acteurs rencontrés au cours de l'évaluation 122
11.5 Définitions et étapes du processus évalué 123
11.6 Etat des statistiques en Suisse et à Genève, comparaison avec des statistiques internationales 125
11.7 Définitions du Rapport fédéral « Enfance maltraitée en Suisse » 128
11.8 Les membres de la Commission cantonale de référence en matière de violence et de maltraitance envers les mineurs (mai 2004) 132

12 Bibliographie 133
12.1 Annuaires, rapports et études 133
12.2 Ouvrages et articles (revues) 134
12.3 Documents internes aux services (autres que les protocoles) 135
12.4 Ouvrages, articles et documents répertoriés par le Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (Montréal, Québec) 135

Liste des tableaux et des figures

Tableau 1: Mode de garde des enfants âgés de 0 à 3 ans, sur l'ensemble du canton, en 2001 26
Tableau 2 : Références des définitions retenues par les acteurs en cas de maltraitance 41
Tableau 3 : Connaissance et application par les professionnels des procédures existantes en matière d'évaluation et de transmission d'informations (hiver 2003 - 2004) 46
Tableau 4 : Nombre d'enfants suivis par les services de l'OJ, de postes et d'élèves dans l'enseignement public et privé 54
Tableau 5 : Les quatre types de maltraitance retenus par la CEPP 123
Tableau 6 : Gradation du danger retenue par le SSJ et la CCVM (vulnérabilité, risque et maltraitance) 124
Tableau 7 : Les étapes du processus évalué par la CEPP 124

Figure 1 : Angles d'approches du dispositif de protection des enfants victimes de maltraitance....5
Figure 2 : Processus schématique via les pédiatres ou les HUG.....39
Figure 3 : Processus schématique depuis les institutions de la petite enfance, les écoles publiques et les services de l'Office de la jeunesse 40

Annexes séparées (pouvant être obtenues auprès du secrétariat de la commission)

Mandats externes (également à disposition sur le site internet www.geneve.ch/cepp)

- CLIPP (2004a), Evaluation de la politique de protection des enfants victimes de maltraitance. Etude sur les pratiques exemplaires et innovantes. Rapport préliminaire remis à la CEPP. Montréal
- CLIPP (2004b), Evaluation de la politique de protection des enfants victimes de maltraitance. Etude sur les pratiques exemplaires et innovantes. Complément au rapport. Montréal
- Erasm (2004), Enquête postale auprès des pédiatres et des écoles privées du canton de Genève. Dans le cadre de l'évaluation de la politique de protection des enfants victimes de maltraitance, sur mandat de la CEPP
- Stettler M. (2004), La politique de protection des enfants victimes de maltraitance. Evaluation législative

Annexes réalisées par le groupe de travail

- Questionnaire et tableau établis pour des entretiens semi-directifs
- Grille élaborée pour les entretiens de groupe (focus groups)
- La formation des personnels. Mandat interne à la CEPP, dans le cadre de l'évaluation de la politique de protection des enfants victimes de maltraitance (également à disposition sur le site internet www.geneve.ch/cepp)

Liste des abréviations employées

AGEP	Association genevoise des écoles privées
AGOER	Association genevoise des organismes d'éducation et de réinsertion
API	Accueil et première intervention (cellule au sein de la PDJ)
CASS	Centre d'action sociale et de santé
CCG	Commission de contrôle de gestion du Grand Conseil
CCMT	Commission cantonale vaudoise de prévention des mauvais traitements envers les enfants
CCVM	Commission cantonale de référence en matière de violence et de maltraitance envers les mineurs
CDE	Convention relative aux droits de l'enfant
CEPP	Commission externe d'évaluation des politiques publiques
CIMPV	Consultation interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence
CO	Cycle d'orientation
CPP	Code de procédure pénale
CPS	Code pénal suisse
DASS	Département de l'action sociale et de la santé
DEP	Direction générale de l'enseignement primaire
DGCO	Direction générale du Cycle d'orientation
DIP	Département de l'instruction publique
DJPS	Département de justice, police et sécurité
ELP	Evaluation des lieux de placement
FOJ	Fondation officielle de la jeunesse
FSASD	Fondation des services d'aide et de soins à domicile
GPE	Groupe de protection de l'enfant
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
IES	Institut d'études sociales
IGE	Institution genevoise d'éducation spécialisée
IPE	Institution de la petite enfance
LAVI	Loi fédérale d'aide aux victimes d'infractions
LOJ	Loi sur l'Office de la jeunesse
LPC	Loi de procédure civile
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OJ	Office de la jeunesse
OMS	Organisation mondiale de la santé
PDJ	Service de protection de la jeunesse
SAI	Secrétariat aux institutions
SMI	Santé maternelle et infantile
SMP	Service médico-pédagogique
SPEA	Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent[1]
SRED	Service de la recherche en éducation
SSJ	Service de santé de la jeunesse
STG	Service du Tuteur général
TJ	Tribunal de la jeunesse
UD	Unité de développement (Pédiatrie)

[1] L'unité s'occupant de psychiatrie de l'enfant correspond à l'ancien service de Guidance infantile.

1 Introduction

1.1 Origine du mandat

En janvier 2003, la commission de contrôle de gestion (CCG) du Grand Conseil a confié à la Commission externe d'évaluation des politiques publiques (CEPP) le mandat d'analyser l'organisation de la protection de l'enfance et de la jeunesse dans le canton. Plusieurs dizaines d'entités administratives et de groupes d'acteurs étatiques, ainsi que d'autres issus des secteurs parapublic, associatif et privé interviennent au sein d'un dispositif plus ou moins formalisé. La CCG voulait savoir notamment comment les interventions des uns et des autres s'articulent et quels en sont les résultats.

Le 30 juin 2003, la CCG a accepté l'étude de faisabilité proposée (CEPP 2003). L'évaluation aborde de façon transversale le fonctionnement du dispositif de protection de l'enfance en se focalisant sur les processus institutionnels en lien avec la maltraitance. L'objectif final est d'examiner les conséquences de ce fonctionnement sur la détection, le suivi et la prise en charge des enfants maltraités. Dans le même temps, une attention particulière sera portée au fonctionnement d'un acteur central du dispositif : l'Office de la jeunesse.

1.2 Les questions d'évaluation

Les questions retenues dans l'étude de faisabilité sont les suivantes :

Question 1 : Comment les rôles et missions de chacun des acteurs sont-ils définis ?

La question est abordée selon les critères suivants :

- Définition du rôle et de la mission (précision, objectifs inscrits).
- Délimitation, adéquation et complémentarité des différentes interventions (champs respectifs, désignation des interlocuteurs et modalités de communication).

Question 2 : Comment cette définition des rôles et missions concourt-elle à la mise en œuvre de pratiques de protection de l'enfance maltraitée ?

Les critères adoptés sont les suivants :

- Procédures et directives se référant aux rôles et missions et traduisant leurs exigences pour la mise en oeuvre.
- Compréhension et application dans la pratique par les intervenants.

Question 3 : Quel est le dispositif de détection, signalement et dénonciation des cas de maltraitance (avérés ou suspectés) au préscolaire, au primaire et au secondaire inférieur ?

La CEPP analyse les informations et ressources dont disposent les structures, pour appréhender la pratique des intervenants sur le terrain. La situation des structures privées (crèches, écoles) est également abordée.

Quatre critères sont retenus:

- Cadre mis en place pour le dépistage des situations par des professionnels (taux d'encadrement, fréquence des visites, localisation).
- Information des professionnels concernés sur le réseau et les procédures.
- Formation de ces professionnels et ressources à disposition.
- Existence et fréquence des communications entre les professionnels ayant détecté des signes de maltraitance et les services concernés (voir également la question n° 4).

Question 4 : Quelle est l'organisation de la prise en charge, au préscolaire, au primaire et au secondaire inférieur ?

La CEPP examine ici la prise charge et le suivi réalisés par les organismes sollicités après une détection ou un signalement. Elle s'intéresse aussi à la transmission des informations entre les instances impliquées.

Les critères suivants sont retenus :

- Connaissance du phénomène (maltraitance), dont formation des intervenants.
- Type d'intervention (ex. appui éducatif, placement pour évaluation), selon les situations.
- Continuité de la prise en charge.
- Temps à disposition pour traiter les situations de maltraitance, par rapport aux autres activités, et effectifs.
- Circuits d'informations (quantité et nécessité, éventail des acteurs touchés, informations données en retour).
- Délai entre la transmission de l'information et la réponse des services.
- Caractère approprié des décisions prises par les services.

Question 5 : Les interventions des différents acteurs sont-elles coordonnées et contribuent-elles à un suivi effectif des situations ?

La réponse à cette question va en partie s'appuyer sur celles qui ont été données aux questions précédentes. La CEPP va également examiner les conditions et modalités de la collaboration entre les différents acteurs.

Les critères supplémentaires retenus sont :

- Lieux de coordination.
- Vision d'ensemble.
- Pertinence de la réponse donnée, selon les intervenants se situant en amont et en aval.
- Satisfaction des intervenants.

1.3 Résumé de la méthode

Pour récolter les informations nécessaires et répondre aux questions, nous avons retenu une démarche en quatre modules divisés en volets. Le détail de certaines modalités figure à l'annexe 11.1.

I. Analyse documentaire

Nous avons lu des ouvrages, des rapports, des articles et des actes de conférences (ex. Etats Généraux sur la maltraitance – Canton de Vaud, le fonctionnement des services, l'interdisciplinarité, etc.), divers documents internes aux entités impliquées dans l'évaluation.

Nous avons aussi examiné 32 protocoles et autres documents, obtenus auprès des entités, précisant les rôles, missions, principes d'intervention, etc.

14 programmes de formation de base et continue des différents professionnels intervenant dans le dispositif ont été passés en revue et analysés.

Un état des lieux des statistiques existantes aux niveaux international, fédéral et cantonal a été réalisé.

II. Analyse législative

Un mandat a été confié à M. Martin Stettler, professeur de droit à l'Université de Genève et ancien directeur du Service de protection de la jeunesse. Son rapport met en évidence les dispositions fédérales et cantonales servant de référence à l'intervention des différents acteurs étatiques concernés. M. Stettler analyse comment les services ont suppléé aux manques de précision du droit, dans le domaine de la protection des enfants victimes de maltraitance, en élaborant des protocoles et divers documents internes ou inter-institutionnels. Il met en évidence certaines lacunes et certains dysfonctionnements dans le dispositif formel.

III. a Entretiens individuels

Sans compter les entretiens pour l'étude préliminaire et l'étude de faisabilité qui ont précédé la phase évaluative, nous avons réalisé 39 entretiens avec 57 responsables et leurs proches collaborateurs. Ceux-ci provenaient de 22 entités étatiques, judiciaires ou parapubliques, ainsi que de 14 organismes associatifs ou privés.

III. b Entretiens de groupe

Nous avons mené 11 entretiens (« focus groups ») qui ont mobilisé 102 professionnels de terrain.

III. c Questionnaires

Nous avons élaboré deux questionnaires à l'intention respectivement de 82 pédiatres installés et de 45 écoles privées. Un mandat a été confié à l'institut érasm pour une enquête postale et le dépouillement des principaux résultats. Une analyse parallèle a été effectuée par nos soins.

IV. Etudes comparatives

Nous avons recherché au niveau suisse quelles étaient les expériences innovantes réalisées par d'autres cantons dans le cadre d'un dispositif de protection des enfants victimes de maltraitance. Le canton de Vaud a été plus particulièrement considéré, étant donné son rôle pionnier.

Par ailleurs, nous avons mandaté le Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP) de Montréal, pour une recension commentée des études passées et en cours, sur les pratiques performantes en matière de protection des enfants victimes de maltraitance. Le champ d'application couvrait le Québec principalement, ainsi que les Etats-Unis. 32 ouvrages et articles ont ainsi été mis à notre disposition traitant des thèmes : signalement et dénonciation, coordination et continuité entre les intervenants, mesures concernant les familles à risques et familles maltraitantes, fonctionnement aléatoire de réseaux et structures.

1.4 Indications quant aux dénominations utilisées pour les services

Dans le rapport, quand nous parlons du Service de protection de la jeunesse (PDJ), nous nous référons en règle générale au secteur « appui éducatif ». Par conséquent, nous précisons quand nous traitons des autres unités de ce service. Quand nous évoquons le Service du Tuteur général (STG), c'est le secteur des mineurs qui est concerné. Au Service médico-pédagogique (SMP), ce sont les huit consultations de secteur. Enfin, quand nous nous référons au Service de santé de la jeunesse (SSJ), nous prenons en compte les quatre unités appelées « régions » (géographiques) et la division « petite enfance ».

1.5 Définitions, étapes du processus, organigramme des acteurs rencontrés

Les définitions auxquelles nous nous référons dans l'évaluation, ainsi que les étapes de l'évaluation, figurent à l'annexe 11.5.

Un organigramme des acteurs rencontrés au cours de l'évaluation est présenté à l'annexe 11.4.

1.6 Composition du groupe de travail

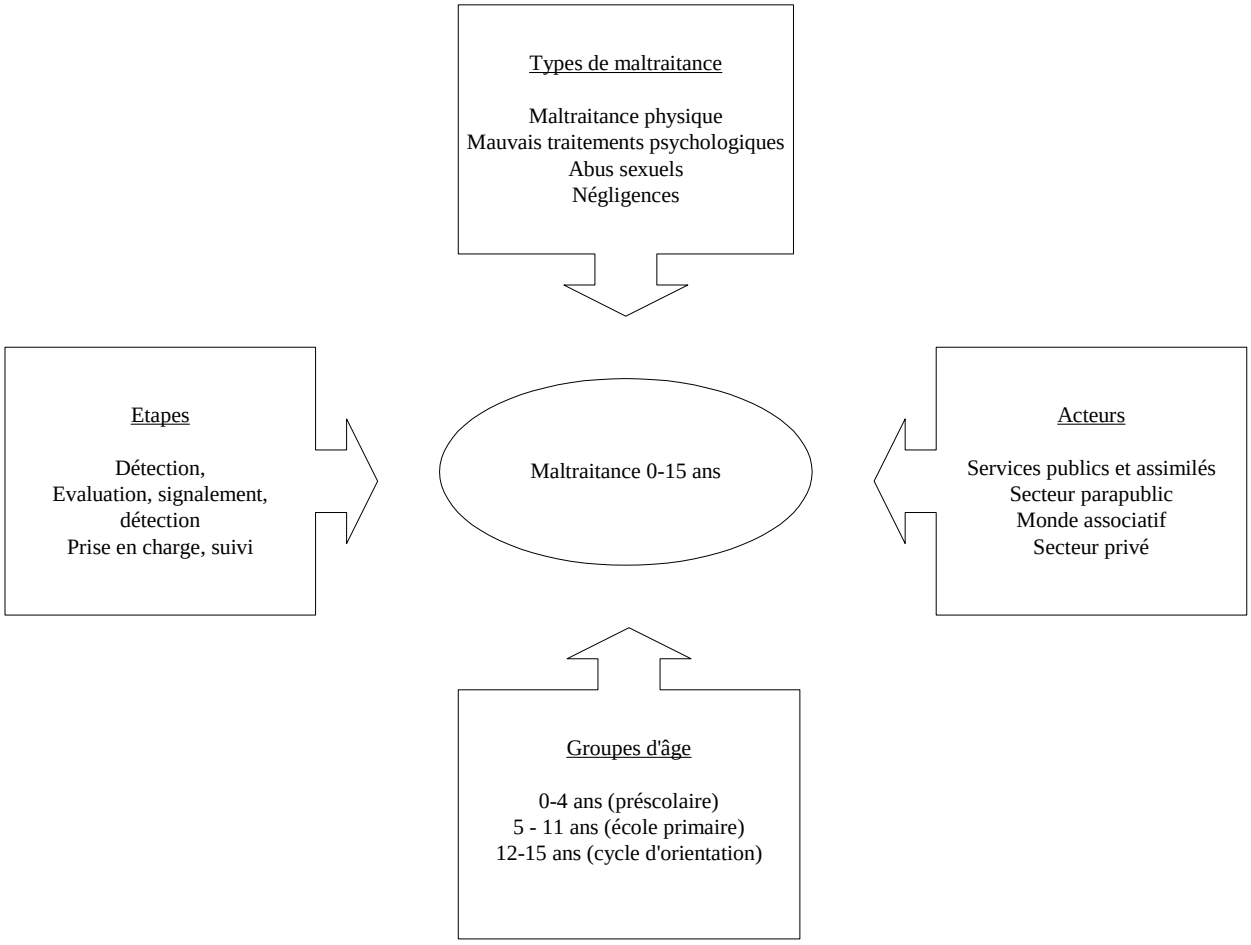
Le groupe était composé des membres suivants de la CEPP : M. Jean-Marc Denervaud (responsable), M. Jean-Michel Bonvin, Mmes Sabine Estier, Martine Roset, Christine Rothmayr, Fabienne Udry. Il a été soutenu dans son travail par Mme Fabienne Sastre Duret, évaluatrice auprès du secrétariat de la CEPP. Le groupe a piloté le projet, réalisé différentes analyses et effectué la synthèse des résultats.

2 Problématique

2.1 Délimitation du sujet

Les angles d'approches retenus pour l'évaluation sont schématisés dans la figure 1.

Figure 1 : Angles d'approches du dispositif de protection des enfants victimes de maltraitance



La politique évaluée est complexe à plus d'un titre, c'est pourquoi, après avoir défini les axes d'analyse avec les cinq questions d'évaluation, nous avons délimité le champ de notre évaluation. Il s'agit d'une analyse transversale du fonctionnement du dispositif de détection et de prise en charge des enfants maltraités. Nous nous sommes concentrés sur la maltraitance commise dans le cercle familial ou par l'entourage proche. Nous avons donc exclu d'autres catégories, telles la maltraitance institutionnelle et les actes commis par des mineurs n'appartenant pas au cercle familial.

L'analyse du dispositif concerne les enfants de 0 à 15 ans. Cette tranche d'âge comprend le préscolaire, l'enseignement primaire et l'enseignement secondaire inférieur.

Les situations considérées concernent les enfants effectivement maltraités et ceux pour lesquels il y a soupçon de maltraitance. Les enfants en risque[2], tels que recensés par le SSJ dans ses statistiques sur la maltraitance, ne seront évoqués que brièvement dans notre analyse.

Pour les raisons développées dans l'étude de faisabilité (CEPP 2003), nous avons restreint le champ de notre analyse :

- L'évaluation ne traite pas de la prévention primaire[3] qui comprend tout un éventail d'actions qui touchent à la politique de la famille, de la santé, aux aides financières et sociales.
- La CEPP a arrêté son champ d'investigation à la fin de la scolarité obligatoire.
- la CEPP a renoncé à recueillir l'avis des enfants et des jeunes, destinataires du dispositif, sur son fonctionnement actuel.

2.2 Complexité du sujet

2.2.1 Une perception qui varie selon la culture et l'histoire

Dans notre étude, nous avons été confrontés au caractère socio-historique de ce qui est à considérer comme maltraitance. « Toute culture interdit, ou au contraire promeut toutes sortes de pratiques de la violence physique et symbolique » (Voelin 2001 : 34, 35) et tout phénomène est perçu avec plus ou moins d'intensité selon le regard que porte sur lui la société. Par exemple, en Suisse entre 1926 et 1973, selon la notion de l'époque de bien de l'enfant et de mise en danger, plus de 600 enfants yéniches ont été séparés de leur parents en toute légalité (Centrale pour les questions familiales 2002 2-3 : 28). Aujourd'hui, d'autres valeurs socio-culturelles interfèrent dans l'évaluation de ce qui relève de la maltraitance ou non et dans l'action de l'Etat face à elle.

2.2.2 L'Etat et la sphère familiale

L'action de l'Etat dans le domaine de la maltraitance infantile hésite entre l'intervention et le respect de la sphère familiale, entre l'action pour protéger l'enfant et l'attente. Le dilemme est d'autant plus difficile qu'attendre peut avoir un coût pour le jeune. Si la maltraitance est avérée, certaines conséquences s'observent à plus long terme : conséquences psychologiques et comportementales[4], conséquences sur l'état de santé, inadaptations sociales, ainsi que risques de reproduction des comportements subis à l'encontre d'enfants.

> En 2002, la centrale pour les questions familiales (OFAS) a consacré tout un bulletin d'information sur **l'intervention de l'Etat dans l'autorité parentale** (2002 2-3). L'un des articles sur le cadre juridique montre que dans la réalité « il est très difficile d'appliquer les mesures de protection de l'enfant, car les intérêts en jeu peuvent être contradictoires : respect du libre arbitre des parents d'une part, et prise en compte de manière prééminente de l'intérêt supérieur de l'enfant d'autre part » (Walder Pfyffer 2002 : 6).

[2] Voir tableau 6, p. 124.

[3] Selon trois niveaux retenus par l'OMS : « la prévention primaire dont l'action entend sensibiliser l'individu aux avantages du bien-être ou aux risques de certains comportements, avant qu'ils n'existent ; la prévention secondaire qui entend enrayer un processus ou l'aggravation d'une situation déjà détériorée ; la prévention tertiaire qui cherche à éviter un ancrage ou une rechute » (Dictionnaire suisse de politique sociale 2002 : 246).

[4] Alcoolisme, toxicomanie, délinquance, violence, comportements suicidaires, dépression, etc.

> Les professionnels doivent départager les familles saines des mauvais parents, ceux qui ont les bonnes aptitudes parentales ou non, ceux qui protègent de ceux qui maltraitent. Aujourd'hui en Suisse, l'essentiel des mesures de protection prises sont des mesures d'assistance éducative. Comme le relève M. Stettler dans son analyse législative « le champ de tension découlant de la recherche d'un équilibre entre la sauvegarde du bien de l'enfant et le respect des prérogatives parentales s'est inscrit sur une toile de fond dont le décryptage est de plus en plus délicat. Etroitement dépendant de la qualité de la relation établie avec le ou les titulaires de l'autorité parentale, le travailleur social ou le psychologue chargé d'une prise en charge ou d'un suivi a souvent beaucoup de peine à définir les pourtours du bien de l'enfant en fonction d'un contexte socioculturel et économique déterminé qu'à fixer le seuil à partir duquel son mode d'encadrement doit susciter une inquiétude légitime » (Stettler 2004 : 12).

2.2.3 Des perceptions différentes selon les institutions et les personnes

Les définitions de la maltraitance adoptées varient selon les acteurs et leurs spécificités. Pour les intervenants, cela se traduit par des seuils d'intervention variables. Les approches sociales, juridiques, médicales peuvent s'achopper aux pratiques des uns et des autres. En l'absence de cadre légal et organisationnel précis, la multiplicité des approches dilue les repères.

Avec la maltraitance, nous abordons un sujet qui touche à l'intimité de l'histoire des personnes. Chez de nombreuses personnes, en parler fait écho à des expériences vécues par soi-même ou par des proches. La sensibilité et les valeurs personnelles interfèrent dans le jugement des citoyens, comme des professionnels.

Ainsi, dans l'appréciation d'une situation de maltraitance, c'est non seulement la mission institutionnelle qui guide l'intervenant, mais également sa culture professionnelle et ses valeurs personnelles. Il en résulte souvent une réponse aléatoire dans la façon d'aborder les situations, aussi à l'intérieur d'une même institution.

2.3 Complexité du dispositif

Le dispositif s'insère dans un cadre légal fédéral et cantonal. La maltraitance n'y tient pas une place explicite et les missions ne sont pas spécifiques à la protection des enfants maltraités. Pour cette raison, quelques-uns des acteurs institutionnels concernés ont eu besoin d'élaborer des protocoles[5] ou directives afin de définir le phénomène et d'assurer de façon sectorielle la réponse à apporter aux situations rencontrées.

Le dispositif met en relation un nombre important d'acteurs institutionnels (~ 40). Le nombre d'interrelations est considérable, afin de régler toutes sortes de questions relatives notamment à l'évaluation et à la prise en charge des victimes. Les acteurs doivent en outre travailler avec des interlocuteurs qui changent selon leur situation géographique, car plusieurs entités du dispositif sont organisées selon une logique interne spécifique et une sectorisation géographique propre. Ces logiques ne coïncident pas entre elles. Or le processus comprend différentes étapes qui mobilisent tout ou partie des acteurs et, malgré la spécificité de chacun, les actions doivent être coordonnées pour parvenir à un résultat final efficace.

[5] Terme utilisé pour des documents de fonctionnement interne ou inter-services, traduisant souvent un accord entre les parties. Ces documents contiennent parfois des principes ou valeurs d'action, des marches à suivre, etc.

Quelques chiffres

En 2003, pouvaient être concernés par la détection et la prise en charge de la maltraitance : 2'300 enseignants en primaire, 1'300 enseignants au Cycle d'orientation (CO), 700 médecins et soignants au département de Pédiatrie des HUG, 57 infirmières du SSJ, 128 spécialistes du SMP (médecins, psychologues, psychologues détachés dans les CO et logopédistes), 50 assistants sociaux de la PDJ, 33 assistants sociaux du STG, 30 conseillers sociaux CO, les centaines d'éducateurs et auxiliaires de la petite enfance[6], les centaines de professionnels de l'aide et des soins à domicile travaillant dans les CASS (FSASD), 82 pédiatres installés, etc.

En 2001, le nombre d'enfants à protéger est approximativement de 18'700 pour les 0 à 3 ans, 34'100 pour ceux du primaire public et 11'600 pour le CO. Dans les écoles privées, ils étaient 9'400 en primaire et 1'850 au secondaire obligatoire.

Sources : Rapport de gestion du Conseil d'Etat (2004 : 154-155, 160-161), Listes des services envoyées pour les entretiens de groupe[7], Pecorini & Le Roy-Zen Ruffinen (2002 : 25), Annuaire statistique du canton de Genève (2003 : 350).

2.4 Définitions, étapes du processus

Pour aborder le sujet, nous nous sommes référés aux définitions des quatre types de maltraitance du rapport fédéral « Enfance maltraitance » : la maltraitance physique, les abus sexuels, les mauvais traitements psychologiques et les négligences (Avis du Conseil fédéral 1995 : 67 – 74)[8]. Ces définitions correspondent d'ailleurs à celles qu'utilise l'OMS (2002). Elles se distinguent des définitions de la Commission cantonale de référence en matière de violence et de maltraitance envers les enfants (CCVM) qui ne retient que les cas de négligence lourde, parmi les négligences (CCVM 1999 : 3). D'une façon générale, si les mauvais traitements physiques et les abus sexuels sont admis par tous comme relevant de la maltraitance, à des degrés cependant variables, les deux autres types posent des problèmes dans l'interprétation selon les intervenants. Ceci va apparaître tout au long de notre rapport.

Pour décrire le processus nous reprenons pour l'essentiel les étapes décrites par la CCVM : dévoilement, détection, information, évaluation (d'une situation), signalement, dénonciation, prise en charge[9].

2.5 Etat de la situation

2.5.1 Une prise de conscience relativement récente

Les actes considérés comme étant de la maltraitance ont toujours existé, mais l'attention que les professionnels, la société et l'Etat leur ont porté s'est développée au cours des 15 dernières années. A Genève, les premières études sur la maltraitance infantile remontent au début des années '70. Le directeur de la clinique de Pédiatrie, le Dr Pierre Ferrier, a fait un travail précurseur dans ce domaine (Ferrier & Stettler 1977 : 1349 et ss.). A cette même période, le Conseil de l'Europe publie ses premières recommandations pour que les pays membres mettent sur pied des politiques spécifiques de protection des enfants maltraités.

[6] En Ville de Genève, en 2001, ils étaient 616 pour 73 institutions (Observatoire de la petite enfance 2001 : 29).
[7] Cf. annexe 11.1.
[8] Ces quatre types sont expliqués dans le tableau 5 (p. 123) et intégralement repris à l'annexe 11.7.
[9] Cf. tableau 7, p. 124.

Les milieux professionnels prennent progressivement conscience de la gravité et de l'ampleur du phénomène. En mars 1991, des Journées sur les maltraitances et abus sexuels envers les enfants sont organisées à Neuchâtel. Elles réunissent des professionnels venus de toute la Suisse et de l'étranger (Vanotti & al. 1992). Parallèlement, un groupe de travail mandaté par la Confédération analyse la situation de la Suisse. Les résultats aboutissent à la publication en 1992 du Rapport « Enfance maltraitée en Suisse », seule étude d'envergure nationale sur la problématique, ses causes et les mesures à prendre. Ce rapport va contribuer à sensibiliser plus largement les institutions et le monde politique.

Le canton de Vaud va être un pionnier en développant des mesures de coordination dans le domaine de la prévention et de la prise en charge de la maltraitance infantile. Cette opération a pris une douzaine d'années. En mars 2001, les Etats Généraux de la maltraitance, organisés par la Commission cantonale vaudoise de prévention des mauvais traitements envers les enfants (CCMT), vont réunir les professionnels de tous les milieux concernés. Ceux-ci font l'inventaire des dysfonctionnements et élaborent des recommandations pour améliorer le dispositif vaudois. Les échos de ces journées ont débordé les frontières du canton.

A Genève, un groupe « enfance maltraitée » est créé en janvier 1990 à l'Office de la jeunesse (OJ). Ce groupe réunit le Service de santé de la jeunesse (SSJ), le Service de protection de la jeunesse (PDJ), le Service médico-pédagogique (SMP), le Service du Tuteur général (STG), un représentant du Service de la Guidance infantile, puis également un membre du CAN-Team des HUG[10]. Ce dernier est créé à l'Hôpital des enfants en mars 1991. Entre novembre 1994 et janvier 1995, une étude épidémiologique sur les abus sexuels est réalisée à Genève sur un échantillon représentatif de près de 1200 élèves de 9ème année. Cette étude révèle le phénomène avec une ampleur inattendue (Halpérin & al. 1997 : 56)[11].

Progressivement, l'Etat et l'opinion publique vont être sensibilisés à ces questions. Les chefs de département concernés et les autorités judiciaires impliquées formalisent l'existence du groupe inter-services qui visait à coordonner les différentes instances cantonales. La Commission cantonale de référence en matière de violence et de maltraitance envers les enfants (CCVM) est ainsi créée en avril 1997. Depuis, de nombreux services se sont dotés de protocoles internes clarifiant différentes notions et principes d'intervention. Aujourd'hui, la problématique est connue de toutes les institutions. Nous verrons cependant que la perception de l'ampleur du phénomène varie selon les structures et leur implication dans le dispositif.

2.5.2 Des données partielles et non unifiées

Le rapport fédéral « Enfance maltraitée en Suisse » avait montré que l'incidence des mauvais traitements n'était pas mesurée au début des années '90. Nous avons demandé aux responsables des institutions genevoises concernées par la maltraitance de quelles données ils disposent aujourd'hui. Le détail de leurs réponses est reporté à l'annexe 11.6. Celles-ci confirment qu'à Genève, il n'existe pas à ce jour de données fiables sur le signalement et la prise en charge. Plusieurs causes peuvent être évoquées :

[10] «Child Abuse and Neglect Team », précédant l'actuel Groupe de protection de l'enfant (GPE).

[11] Il s'agit de la première et unique étude épidémiologique réalisée en Suisse sur ce sujet. L'étude a porté sur un échantillon de 1193 élèves, appartenant à 68 classes de 9ème année. 1116 questionnaires ont été analysés et ont fait notamment apparaître que 10,9 % (60) des garçons et 33,8 % (192) des filles avaient déclaré avoir fait l'expérience d'une activité sexuelle abusive au moins une fois dans leur vie.

- les acteurs n'utilisent pas les mêmes définitions de la maltraitance ;
- les statistiques comprennent parfois des cas nouveaux et des cas déjà suivis ou connus (SSJ, PDJ) ;
- les situations de maltraitance englobées dans d'autres problématiques ne sont pas toujours comptabilisées comme telles ;
- les doublons ne sont pas identifiés ;
- les années de références divergent : statistiques par année scolaire (PDJ, SSJ), statistiques par année civile (Pédiatrie) ;
- plusieurs mois ou années peuvent s'écouler entre un signalement et/ou une dénonciation, et un jugement : les chiffres ne peuvent être reliés entre eux ;
- plusieurs entités ne dénombrent pas les dossiers relatifs à la maltraitance : Tribunal tutélaire, Ministère public[12], Tribunal de la jeunesse, STG, FSASD[13].

Ces difficultés à établir des statistiques sur la maltraitance sont aussi relevées en Suisse et à l'étranger. Les statistiques existantes ne mesurent que les cas qui ont été portés à la connaissance des professionnels. Dans ce rapport, nous verrons par ailleurs que le dispositif de détection et de prise en charge comporte des faiblesses. Pour Genève, nous pouvons retenir comme ordre de grandeur le chiffre de quelques centaines de cas détectés et connus aujourd'hui par les services de l'Etat[14]. Sans être massive, l'importance du phénomène s'avère significative (ex. en 2002-2003, 496 dossiers en cours à la PDJ correspondaient à des situations relevant de maltraitance).

2.5.3 Maltraitance : quelle évolution ?

Nous n'avons donc pas pu étudier l'évolution du phénomène à partir de données quantitatives, mais nous avons recueilli ce que les responsables des structures impliquées et les intervenants de terrain ont observé dans leur pratique ces dix dernières années. Ces observations sont conditionnées par les définitions retenues dans les services et l'organisation de leur travail. Il y a cependant des éléments qui ressortent de façon récurrente chez nos interlocuteurs permettant de caractériser certains faits et tendances, qui figurent dans l'encadré.

- Le nombre de cas observés est fortement lié à la formation et à l'information des professionnels, mais aussi du public. Quand les choses sont nommées, elles deviennent visibles, ce qui explique en partie l'augmentation des cas. Ceci se vérifie particulièrement pour les abus sexuels qui étaient autrefois un sujet tabou. Aujourd'hui, les gens osent en parler et les chiffres augmentent[15].
- Il n'y aurait pas, ou il y aurait peu, d'augmentation des cas de maltraitance avérée ou de maltraitance lourde. En revanche, les suspicions et les signalements ont augmenté de façon notable.
- Une augmentation des soupçons pour abus sexuels a été observée dans plusieurs structures. Une partie peut être imputable au contexte conflictuel de certains divorces, où la maltraitance est de plus en plus fréquemment alléguée.

[12] Seules les condamnations sont prises en compte.
[13] Fondation des services d'aide et de soins à domicile.
[14] Cf. annexe 11.6.
[15] Après chaque enquête publiée ou information faite, les acteurs observent une augmentation des signalements qui retombent après quelques temps.

- Les professionnels ont remarqué l'augmentation des négligences (ex. soins, hygiène, disponibilité) et notamment des carences éducatives (ex. absence de limites et de cadre) : de nombreux parents sont dépassés face à l'éducation de leur enfant. Une augmentation de la négligence lourde est également relevée (ex. parents qui s'absentent une semaine entière en laissant de l'argent sur la table pour la nourriture des enfants encore jeunes laissés seuls).
- Dans la plupart des structures, les cas de maltraitance correspondent à de petits nombres, excepté dans les structures qui se sont spécialisées sur le sujet. Au SSJ où la maltraitance est une mission prioritaire depuis quelques années, les chiffres augmentent régulièrement (2002-2003 : 360 cas avérés et soupçonnés[16]). Au GPE, chargé d'évaluer les situations de maltraitance découvertes ou envoyées aux HUG, on observe 150 cas par an. Ce chiffre plafonne en raison de la capacité du groupe.
- Les situations sont jugées plus complexes qu'autrefois : plus de familles avec des problèmes multiples (économiques, psychologiques, toxico-dépendances, etc..), des enfants dans des situations limites qui rendent les choses difficiles à évaluer. Chez certains parents « non adéquats », cela peut quelquefois tourner en maltraitance. Les intervenants observent une augmentation des familles à risques multiples.
- Plusieurs interlocuteurs remarquent une augmentation de situations qui se sont dégradées et qui auraient pu être traitées avant.

Nous n'avons pas non plus étudié si l'évolution actuelle de la société a un impact sur l'augmentation de la maltraitance[17]. Certains facteurs ont été identifiés comme pouvant favoriser l'apparition de maltraitance. Le rapport fédéral « Enfance maltraitée en Suisse » et d'autres études montrent que des facteurs sociaux, économiques, familiaux et individuels interviennent dans l'apparition de comportements maltraitants. Cependant, les interactions sont complexes et la présence de tels facteurs ne saurait être interprétée de façon linéaire et déterministe. Ainsi, dans beaucoup de familles où ces facteurs sont présents, il n'y a pas pour autant de maltraitance. A l'inverse, dans des familles où ces facteurs sont absents, des actes de maltraitance se produisent (Avis du Conseil fédéral 1995 : 110 – 119, Voelin 2001 : 17 – 38).

2.5.4 Place de la maltraitance dans les interventions relatives aux problèmes de la jeunesse

Si l'on considère que les dossiers traités à la PDJ reflètent les problèmes rencontrés par les jeunes, alors les situations de maltraitance sont minoritaires en termes numériques. Ainsi, en 2000, la direction de la PDJ a recensé 438 situations de maltraitance sur environ 2'700 – 2'900 dossiers (environ 16 %) dont 110 ont fait l'objet d'un signalement. Par rapport à la population globale, cette proportion est encore plus faible. Toutefois, la détection des situations dépend de facteurs tels que les catégories de maltraitance et seuils d'intervention retenus, ainsi que la formation des intervenants. De plus, à la PDJ, certaines situations de maltraitance ne sont pas forcément transmises à la direction et sont souvent englobées dans d'autres problématiques.

La détection dépend aussi de l'importance accordée par une entité : au SSJ, où il s'agit d'une priorité, des centaines de cas (avérés et soupçonnés) sont recensés. Dans d'autres structures où le phénomène n'est pas connu, ou non relayé par la direction (ex. certaines crèches), on n'identifie pas certaines situations comme étant de la maltraitance.

[16] Sur ces 360 cas, 144 étaient déjà connus et suivis par le service.

[17] La commission de contrôle de gestion a mandaté le département de sociologie de l'Université de Genève pour analyser l'évolution des problèmes de la jeunesse et, dans ce contexte, un volet sera consacré à la maltraitance. Le terme de ce mandat est cependant prévu après la publication du rapport de la CEPP.

Certains spécialistes de la santé psychique des jeunes estiment que l'ampleur de la maltraitance est nettement moins importante que celles des troubles du comportement. Cependant, ces spécialistes n'assimilent pas les négligences à de la maltraitance, utilisant des catégories plus restrictives. Pourtant, le rapport fédéral relève, parmi les conséquences de la négligence, des arriérations mentales, des difficultés d'apprentissage scolaire, des perturbations de l'attention, de la concentration et des troubles du langage. Il souligne que « la rareté du diagnostic fait à temps et la rareté encore plus grande des traitements des situations de négligences envers des enfants très jeunes *constituent une des formes de mauvais traitement socio-institutionnels les plus répandues* » (Avis du Conseil fédéral 1995 : 68 - 69).

Par ailleurs, les intervenants confrontés à des situations de maltraitance sont unanimes pour décrire les conséquences particulières sur leur travail : ce sont des situations qui prennent énormément d'énergie et de temps, qui secouent émotionnellement et qui sont lourdes à traiter.

Principaux enseignements

- Définir l'action qu'un Etat doit mener contre la maltraitance n'est pas évident. Le regard porté sur la maltraitance varie en fonction des époques. Le jugement sur les seuils d'intervention est difficile à établir, devant garder un équilibre entre intervention de l'Etat pour protéger l'enfant et respect des prérogatives familiales (autorité de l'Etat *versus* autorité parentale). Enfin, la sensibilité et les valeurs personnelles interfèrent dans le jugement des citoyens, comme des professionnels.
- Le dispositif de prise en charge de la maltraitance met en œuvre un grand nombre d'intervenants. Une vingtaine de services ou instances répartis entre trois départements de l'Etat de Genève, ainsi qu'une quinzaine d'organismes subventionnés ou privés sont à l'œuvre.
- Le rapport fédéral « Enfance maltraitée en Suisse » et l'OMS retiennent quatre catégories de maltraitance : physiques, psychologiques, abus sexuels, négligences. La Commission cantonale genevoise de référence en matière de violence et de maltraitance (CCVM) utilise les mêmes catégories, mais à propos des négligences utilise la catégorie plus restrictive de « négligences lourdes ».
- Il n'existe pas de statistiques complètes ni au niveau suisse ni au niveau genevois. A Genève, les définitions n'étant pas unifiées, les statistiques tenues par certains services ne sont pas comparables : années civiles en Pédiatrie, années scolaires au SSJ, pas de statistiques consolidées, etc. Il est difficile dans ce contexte de cerner précisément l'ampleur de la maltraitance, qui se chiffre cependant à plusieurs centaines de cas par an.
- Sur les dix dernières années, les professionnels du terrain remarquent une augmentation des négligences. Il y a unanimité parmi les intervenants à relever la complexité croissante des situations rencontrées (familles affrontant plusieurs problématiques en même temps).
- En terme de politique de la jeunesse, la maltraitance est une problématique parmi d'autres (ex. 16% des dossiers pour la PDJ). Vu les dégâts subis par les enfants dans leur développement, ce problème quantitativement mineur ne peut cependant pas être banalisé. Selon le rapport fédéral, les conséquences des négligences – qui à Genève ne sont pas partout assimilées à de la maltraitance - sont sous-estimées.

3 Cadre formel, rôle et mission des acteurs étatiques

3.1 Bases légales

Le cadre d'intervention des acteurs du dispositif repose sur diverses bases légales. Celles-ci ont été analysées par le professeur Martin Stettler sur mandat de la CEPP (2004)[18].

Le droit fédéral a été influencé par l'évolution des textes internationaux, notamment par les textes adoptés par l'Assemblée parlementaire et le Comité des ministres du Conseil de l'Europe, ainsi que par la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE). Celle-ci est entrée en vigueur en Suisse le 26 mars 1997[19].

Le droit fédéral fixe les règles de fond que les cantons doivent appliquer. Ainsi, le droit cantonal n'intervient que pour le préciser et décrire des modalités d'application. Il n'existe pas de dispositif légal explicitement consacré aux actes de maltraitance. Les mesures prises dépendent de plusieurs politiques sectorielles, appliquées par des services qui ont des missions spécifiques.

L'émergence d'une prise de conscience, face à la maltraitance infantile et à ses conséquences, a amené les services à combler les lacunes de la législation par l'élaboration de documents internes à l'administration (protocoles, directives). Parallèlement, l'absence de politique et de mesures cohérentes entre elles a incité les autorités genevoises à créer une commission transversale à l'administration chargée d'y remédier.

3.1.1 Le droit fédéral

Le **code civil** (CC)[20] contient un catalogue de mesures de protection de l'enfant destinées à sauvegarder l'intégrité physique et psychique de l'enfant qui serait menacée. La loi prévoit une gradation des mesures : droit de regard et d'information (art. 307, al. 3 CC), curatelle d'assistance éducative (art. 308 CC), retrait du droit de garde (art. 310 CC) et retrait de l'autorité parentale (art. 311 CC) [21].

Le code civil et les autres normes du droit fédéral posent le cadre législatif de la protection des enfants confiés à des tiers[22].

Le **code pénal**[23] (CP) contient les bases pour poursuivre d'office les infractions dont relève la maltraitance infantile. En matière d'infractions contre la vie et l'intégrité corporelle, il s'agit de réprimer les lésions corporelles simples (art. 123, al. 2), les voies de fait (art. 126, al. 2 a), la

[18] Le rapport peut être obtenu sur demande auprès du secrétariat de la CEPP.
[19] Suite à la mise en œuvre de cette convention, un rapport du Conseil Fédéral à l'intention du Comité des droits de l'enfants des Nations-Unies, en novembre 2000, identifie des lacunes dans la prise en charge des enfants hors du cadre familial et dans la prévention des abus sexuels[19]. Les Organisations non gouvernementales (ONG) suisses ont alors notamment critiqué la façon dont est assurée la protection pénale des enfants victimes de violences physiques et l'information dans les écoles sur des thèmes comme la maltraitance infantile (Rapport des ONG suisses s.d.).
[20] RS/CH 210.
[21] Pour plus d'informations, voir Stettler 2004 : 11 et ss.
[22] Art. 316 al.1 CC, art. 4 et 12 de l'ordonnance fédérale réglant le placement d'enfants à des fins d'entretien et en vue d'adoption du 19 octobre 1977 (RS/CH 211.222.338).
[23] RS/CH 311.0.

remise à des enfants des substances nocives (art. 136). L'article 187 traite des infractions contre l'intégrité sexuelle et l'article 219 de la violation du devoir d'assistance et d'éducation.

Le code pénal prévoit aussi les peines en cas de violation du secret de fonction ou du secret professionnel (art. 320 et 321). Une exception est cependant prévue en cas de maltraitance avérée ou suspectée, notamment en ce qui concerne le corps médical et les professions qui en dépendent par la possibilité d'aviser l'autorité tutélaire (art. 358 ter). Ces secrets ne sont donc pas absolus.

La **loi sur l'aide aux victimes d'infraction** (LAVI) comporte des dispositions spéciales destinées à protéger la personnalité des enfants victimes d'infractions au cours de la procédure pénale[24]. La doctrine et la jurisprudence limitent le champ d'application essentiellement aux cas d'une certaine gravité (ex. lésions évidentes). L'article 10c LAVI traite de l'audition des enfants.

Contrairement aux exigences de la Convention européenne relative aux droits de l'enfant (CDE), il n'existe aucune loi en Suisse interdisant les châtiments corporels et autres traitements dégradants que pourraient subir des enfants. C'est la jurisprudence du Tribunal fédéral qui précise quels moyens de correction portent atteinte à l'intégrité physique ou psychique de l'enfant et sont considérés comme illicites. Un arrêt du 5 juin 2003 considère qu'en donnant une dizaine de fois des gifles et des coups de pieds au derrière à des enfants, l'auteur avait largement dépassé ce qui est admissible (Stettler 2004 : 17).

3.1.2 Le droit cantonal

L'exécution des mesures de protection de l'enfant est confiée aux cantons. La **loi de procédure civile** charge le Tribunal tutélaire d'assurer la protection de l'enfant à l'intérieur de la famille[25]. Les signalements doivent lui être adressés (Stettler 2004 : 40)[26]. C'est le Tribunal tutélaire qui nomme les curateurs et tuteurs.

Le **code de procédure pénale** (CPP) précise les dispositions en matière de dénonciation auprès du Ministère public.

> Art. 10, al. 1, CPP : La dénonciation est obligatoire pour toute personne qui a connaissance d'un crime contre la vie et l'intégrité corporelle, le patrimoine, la liberté, les mœurs, l'Etat et la défense nationale, ou créant un danger collectif, sauf s'il s'agit d'infractions poursuivies seulement sur plainte.
>
> Art. 10, al. 2 CPP : Les dispositions sur le secret professionnel demeurent réservées.
>
> Art. 11, CPP : Toute autorité, tout fonctionnaire ou officier public acquérant, dans l'exercice de ses fonctions, connaissance d'un crime ou d'un délit devant être poursuivi d'office est tenu d'en aviser sur-le-champ le Procureur général.

La **loi sur l'Office de la jeunesse** (LOJ)[27] peut être considérée comme le « support juridique central » de la lutte contre la maltraitance (Stettler 2004 : 23). Le règlement d'application initialement prévu n'a jamais vu le jour. Antérieure à la prise de conscience du phénomène de la maltraitance infantile, cette loi décrit en des termes très généraux les missions de services chargés de la mettre en œuvre :

[24] Du 4 octobre 1991, Section 3a (RS/CH 312.5).
[25] Du 10 avril 1987 (RS/Ge E 3 05).
[26] M. Stettler relève un manque de précision à l'art. 369, al. 2 LPC : « Toute personne qui estime qu'il y a lieu à une intervention de l'autorité pour la protection d'un enfant mineur ou interdit en informe le Tribunal tutélaire ».
[27] Du 28 juin 1958 (RS/Ge J 6 05).

Le Service de santé de la jeunesse (SSJ) est compétent dans toutes les questions portant sur l'hygiène et la santé de mineurs, en particulier des élèves en écoles publiques et privées (art.8 LOJ).

Le Service médico-pédagogique (SMP) est chargé de l'hygiène et la santé mentale des mineurs. Il s'occupe de la prophylaxie, du dépistage, du diagnostic et du traitement médico-pédagogique des enfants présentant certains troubles. Au Cycle d'orientation (CO), il assume des fonctions de prévention, d'assistance psychologique et psychothérapeutique et d'orientation (art.9 LOJ).

Le Service de protection de la jeunesse (PDJ) assiste la famille dans sa tâche éducative, veille et sauvegarde au besoin les intérêt des mineurs, assume la surveillances des mineurs placés hors du domicile. En cas de péril, ce service peut ordonner le retrait et la suspension d'un droit à des relations personnelles, et à toute autre mesure de protection jusqu'à la ratification par le Tribunal tutélaire. Il intervient lorsqu'en cas de séparation ou divorce des mesures protectrices sont rendues nécessaires (art. 12 LOJ).

Le Service du Tuteur général (STG) doit assurer un rôle d'ordre éducatif et social visant à permettre la réintégration des enfants dans un cadre familial et social favorable. Il se voit confier des mandats par le Tribunal tutélaire. Il collabore avec les organismes publics et privés pour développer l'équipement éducatif et social. Sa responsabilité est régie par le code civil. Il a les mêmes compétences que la PDJ, en cas de péril sur un mineur qui lui est confié (art. 13 LOJ).

Ainsi, à Genève, trois instances détiennent la puissance publique coercitive en matière de protection des enfants : le Tribunal tutélaire et, par délégation, la PDJ et le STG.

La loi ne dit rien en ce qui concerne les moyens à disposition des services pour remplir leurs missions d'investigations. Elle précise cependant que des échanges d'informations sont possibles sous certaines conditions.

L'article 7 LOJ al. 1 rappelle le secret de fonction auquel sont tenus les collaborateurs de l'Office de la jeunesse. Le secret médical est également réservé.

L'alinéa 2 précise que « lorsque le bien du mineur le justifie et qu'il n'en résulte aucun inconvénient dans l'action sociale, juridique ou médicale des services de l'office, le service intéressé fournit, de son propre chef ou sur demande motivée, les renseignements utiles aux autorités et services appelés à s'occuper de situations de mineurs ».

L'alinéa 3 complète en indiquant « les services peuvent échanger avec des médecins, des ecclésiastiques et, s'il y a lieu, avec d'autres personnes tenues au secret de fonction ou au secret professionnel, des informations utiles aux mineurs. Enfin, des indications non confidentielles peuvent être échangées avec les institutions privées qui collaborent avec l'office ».

D'autres lois règlent la protection à assurer aux enfants lors de leur placement hors du foyer familial (accueil à la journée, dans une famille ou en institution) [28].

Du côté de la **législation hospitalière**, il n'y a pas de disposition spécifique. Le **Groupe de protection de l'enfant** (GPE) est chargé d'évaluer au sein des HUG les situations de maltraitance.

[28] Loi sur le placement des mineurs hors du foyer familial (RS/Ge J 6 25) et loi sur les structures d'accueil de la petite enfance et sur l'accueil familial à la journée (RS/Ge J 6 29).

Bien que le GPE ne soit pas formellement reconnu au sein des HUG, il a une double mission :

- veiller à ce que la protection de l'enfance soit assurée par tous les services ;
- être à disposition de tous les services des HUG pour les contacts avec l'office de la jeunesse (OJ), donner des avis et effectuer des évaluations.

La **législation scolaire** précise le rôle de l'école primaire en matière de suivi et signalement des élèves en difficulté, ainsi que les exigences de coordination avec les services de l'OJ[29]. Au Cycle d'orientation (CO), seule l'existence d'une équipe interdisciplinaire est mentionnée. Celle-ci a un rôle de prévention et d'aide à la prise en charge des élèves en difficulté[30].

La **police judiciaire** détient l'exclusivité des auditions des victimes mineures depuis le changement de la LAVI et par décision du Procureur général[31].

3.2 La commission cantonale de référence en matière de violence et maltraitance envers des mineurs (CCVM)

En 1997, la création de la Commission cantonale de référence en matière de violence et maltraitance envers les mineurs (CCVM) officialise l'existence d'un groupe qui visait à coordonner les différents services impliqués dans la détection et la prise en charge des situations d'enfants victimes de maltraitance. Cet organe est le seul à avoir explicitement et officiellement une mission en relation avec la maltraitance infantile. C'est d'entente avec ses collègues du DJPS et du DASS, le Procureur général et le président du Tribunal tutélaire, que la présidente du DIP informe par une simple lettre le médecin directeur du SSJ de cette officialisation et précise le mandat de la commission[32].

Définir la problématique de la violence et de la maltraitance à l'encontre des mineurs dans le contexte genevois.

Recenser les cas et inventorier les organismes qui y répondent.

Définir une politique globale d'intervention et de prévention.

Prendre par ses membres ou suggérer aux autorités compétentes, toute mesure utile à l'application de cette politique.

La commission est présidée par le directeur du SSJ (liste des membres à l'annexe 11.8). Les décisions prises par la commission doivent être répercutées par les membres directement dans leur structure. Un rapport annuel sur ses activités doit être remis à la présidence du DIP qui en informe ensuite ses collègues du DJPS et du DASS.

La CCVM a l'avantage d'être une structure transversale, permettant aux différents services de l'administration et instances du pouvoir judiciaire de se réunir. Les difficultés de coordination surgissant entre les champs respectifs d'intervention peuvent ainsi être traitées avec une vision d'ensemble. Les travaux de la CCVM ont permis d'identifier des difficultés de fonctionnement du dispositif et de poser des jalons pour les résoudre. Ils souffrent cependant d'une certaine lenteur. En 7 ans, la commission n'a produit que deux rapports. Au rythme d'environ 4 séances annuelles, elle n'a abordé que l'évaluation et la prise en charge initiales. Aucune politique de prévention et d'intervention n'existe formellement, ni n'est mise en œuvre de façon concertée et

[29] Règlement de l'enseignement primaire du 7 juillet 1993 (RS/Ge C 1 10.21), article 50 al. 1 et 2.
[30] Règlement du Cycle d'orientation du 10 octobre 2001 (RS/Ge C 1 10.27), article 13.
[31] Lettre du Procureur général M. Daniel Zappelli à la directrice de la PDJ Mme Jacqueline Horneffer du 7.02.2003.
[32] Lettre du 15 avril 1997 de Mme Martine Brunschwig Graf au Docteur Parvise Hazegui.

cohérente. D'ailleurs, ses membres perçoivent le rôle de la CCVM comme celui d' « un lieu d'échange, de réflexion partagée et d'élaboration de propositions auprès des autorités … » (CCVM 2002 : 6). Son manque de pouvoir de décision a été relevé.

La commission n'a pas d'assise juridique. Ce défaut de positionnement est certainement à l'origine des constats suivants :

- Plusieurs membres n'ont pas un statut permettant d'engager leur institution. La commission n'a donc pas d'autorité pour faire adopter de nouvelles pratiques.
- L'absence de légitimité s'observe aussi dans la difficulté à transcender la spécificité des approches institutionnelles. Par exemple, il existe d'importantes divergences sur des sujets essentiels comme les seuils d'intervention en matière de signalement ou de dénonciation.
- Après 7 ans d'existence, la CCVM demeure méconnue. La plupart des intervenants de terrain ne connaissent pas ses travaux, ou très vaguement, à l'exception du SSJ [33].

Ces différents éléments nous incitent à penser que la CCVM souffre d'un manque de légitimité et d'autorité.

3.3 De multiples protocoles ou procédures pour un seul dispositif

En l'absence de bases légales explicites en matière de mauvais traitements, les services ont donc élaboré des protocoles, afin de définir les champs d'intervention, de clarifier les rôles et parfois de déterminer les modalités de collaborations interinstitutionnelles. Plusieurs documents ont bénéficié de l'espace de coordination offert par la CCVM. Les documents auxquels nous nous référons ci-dessous, figurent à l'annexe 11.1.

3.3.1 Protocoles internes aux services de l'OJ

En janvier 1995, le groupe transversal de l'OJ a élaboré un document intitulé « Intervention des services de l'Office de la jeunesse en matière de maltraitance : Principes de base ». Ce document résumait les postulats d'intervention, les principes de prise en charge, les objectifs en matière de prévention, etc. Il est de fait remplacé actuellement par divers protocoles.

Trois services de l'OJ ont établi des protocoles internes pour la maltraitance, d'ampleur et de précision inégales.

> Edicté en 1998, le **protocole de la PDJ** comprend 89 pages. Il tient lieu à la fois de Charte (valeurs institutionnelles et principes d'intervention) et de recueil synthétique de connaissances de base sur la maltraitance, la détection et la prise en charge des situations. Il précise le rôle des assistants sociaux et les procédures d'intervention. Il contient seulement des principes sur la transmission d'informations et la coordination des intervenants. Il n'a pas été retouché et quelques informations ne sont plus exactes[34].

[33]Le directeur du SSJ présidant la CCVM informe régulièrement le groupe maltraitance du SSJ qui intègre les décisions dans ses documents internes (ex. le protocole fait référence à la CCVM).

[34] Un document complémentaire a été projeté depuis. Il s'intitule « Procédure à suivre par les collaborateurs du service de protection de la jeunesse (SPDJ) à partir d'une révélation ou de soupçons de maltraitance ou d'actes d'ordre sexuel sur une enfant mineur » - Projet. Etat au 12.01.2004. Il est destiné aux collaborateurs de la PDJ et émane d'un groupe composé de la PDJ, du SSJ, de la Brigade des mœurs, de la Pédiatrie et du Ministère public. Il a été présenté la séance de la CCVM du 11.02.2004.

Le **protocole du STG** (19 pages, 1998) contient des définitions et les règles à suivre pour déterminer l'existence d'un acte « poursuivable » d'office et transmettre la situation aux autorités (pénales et tutélaires). Certaines ressources qu'il évoque n'existent plus (ex. groupe violence et maltraitance, secteur des mineurs).

Le **protocole du SSJ** (9 pages, 2003), le plus synthétique, est orienté sur l'opérationnel. En plus des définitions et indications de base, il précise chaque étape du processus (information/dévoilement, évaluation et prise en charge initiale, orientation, suivi), les rôles et responsabilités des intervenants et les échanges nécessaires. Ce document est régulièrement actualisé et fait explicitement référence aux travaux de la CCVM.

Le SMP ne dispose que d'une note de service d'une page A 4 (1999) qui rappelle la nécessité de lever le secret médical lorsqu'un enfant court une « grave danger » et à qui les collaborateurs peuvent s'adresser. Le service dispose aussi de règles générales de communication d'informations aux enseignants et aux pédiatres, en relation avec le secret médical, extraites d'un document de service (3 pages).

Ces différents documents font apparaître une logique interne propre à chaque service. Les définitions ne sont pas les mêmes partout. Les collaborateurs ne bénéficient pas de supports d'information comparables sur les indices ou critères d'observation, sur le comportement à adopter face à l'enfant ou les rôles et responsabilités des autres intervenants (articulation, coordination).

3.3.2 Procédures et documentation internes à l'Hôpital

Les médecins des urgences pédiatriques disposent d'un document de 6 pages, détaillé (définitions, critères) et opérationnel (marche à suivre, qui contacter) concernant la maltraitance. Les autres professionnels (ex. chirurgien pédiatrique) n'en ont pas.

L'absence d'un document commun aux différents intervenants semble compensée par la pratique du Groupe de protection de l'enfant (GPE) qui fonctionne de façon interdisciplinaire (pédiatres, pédopsychiatres, gynécologues, psychologues, assistantes sociales, infirmières), souvent avec les mêmes personnes et se retrouvant de façon régulière.

3.3.3 Protocoles ou procédures inter-services

Régler la transmission d'informations

Plusieurs protocoles ont été récemment établis pour gérer les problèmes de communication d'informations entre services de l'OJ butant sur l'application de l'article 7 al. 2 et 3 LOJ. Le SMP a ainsi conclu ou est en voie de conclure trois protocoles de collaboration concernant l'échange d'informations avec le SSJ, la PDJ et le STG. Les collaborateurs du SMP ne peuvent rien transmettre sans l'accord des parents, sauf si l'enfant court un « danger grave ».

Un accord existe depuis septembre 2003 entre l'OJ et les HUG concernant la transmission d'informations plus spécifiquement entre le SSJ et le GPE. Il s'inspire de la pratique déjà en vigueur entre la police judiciaire et les HUG depuis 1992[35].

[35] Les parents doivent signer un document levant le secret médical pour les collaborateurs des HUG. Ceci permet à la police de recevoir le rapport médical.

Un protocole a récemment abouti au CO (décembre 2003). Il est destiné à clarifier les échanges d'informations en cas de situations de maltraitance entre les conseillers sociaux et la direction des collèges, ainsi qu'entre professionnels de la cellule interdisciplinaire.

Un accord récent (mai 2004) permet à la PDJ d'être informée, dans les plus brefs délais, des cas de victimes mineures constatés par la police judiciaire notamment dans le cadre d'affaires à caractère sexuel ou de maltraitance.

Mentionnons encore un protocole en projet depuis de nombreuses années, entre la FSASD et la PDJ pour clarifier les rôles et transmissions d'informations.

Répartir les rôles et responsabilités

Un projet de convention entre le SPEA (HUG) et le SMP sur la cohérence ainsi que la complémentarité des interventions et des prestations des deux services est en suspens. Aujourd'hui, certaines activités sont faites à double. De plus, plusieurs tâches mériteraient d'être formalisées telle la délégation donnée par le SMP au SPEA pour le travail de prévention dans les crèches.

Assurer une permanence

Enfin, une lettre de la direction de la PDJ du 20 décembre 2001 a informé la police de la mise sur pied d'une permanence téléphonique de nuit à la PDJ et au STG. Elle vise principalement à donner à la police les renseignements urgents, dont elle aurait besoin sur une situation familiale[36]. Cette procédure fait suite à l'affaire dite « de Meyrin »[37] (Stettler 2001).

3.3.4 Situation chez les autres acteurs du dispositif

En matière de détection, une grande diversité règne dans les directives.

Les enseignants du primaire disposent d'une affichette avec le numéro de téléphone du centre d'urgence du SSJ, accompagnée dans certains inspectorats d'une « marche à suivre ».

Les enseignants du secondaire bénéficient depuis le début de l'année 2004 d'une marche à suivre synthétique et précise (que dire, que faire).

Plusieurs écoles privées déclarent disposer de directives internes[38], dont la diffusion varie selon l'école.

Les crèches n'ont pas toutes des directives, mais elles disposent d'une affichette avec le numéro de téléphone du centre d'urgence du SSJ.

Les éducateurs en foyer ont parfois reçu des directives ciblées, mais cela dépend des institutions.

Les infirmières cliniciennes en santé maternelle et infantile (SMI) de la FSASD travaillent avec une grille d'observation.

La moitié des pédiatres du privé déclarent avoir une marche à suivre[39].

Les psychologues-psychothérapeutes du privé disent ne rien avoir de spécifique sur la maltraitance infantile.

[36] Les hôpitaux peuvent également joindre la PDJ via la police, lorsqu'ils estiment nécessaire de déclencher la clause péril. Cela figure dans leurs directives internes.

[37] Une maman toxicomane incarcérée a dissimulé où se trouvait sa fille, la croyant à l'abri, par crainte qu'elle ne lui soit retirée. La fillette en est morte.

[38] Sur la base des réponses données à un questionnaire. La CEPP ne les a pas reçues ni, par conséquent, examinées.

[39] Interrogés par questionnaire. La CEPP n'a pas examiné ces documents.

En matière de prise en charge de situations de maltraitance, des directives internes existent dans certains foyers (jeunes placés), mais pas dans d'autres.

La police judiciaire a reçu des directives du Parquet en ce qui concerne l'audition des mineurs qui respectent les exigences de la LAVI. La police informe également les victimes des prestations offertes par le centre LAVI.

3.3.5 Une absence d'articulation globale

Les divers documents analysés par la CEPP sont d'importance inégale. Ils ne reflètent pas forcément l'implication des acteurs dans le dispositif. Ils ont été rédigés à un moment donné, souvent portés par un groupe de personnes motivées. Puis l'ouvrage est souvent resté sur le métier. Ainsi, à la PDJ et au STG, avec le départ des personnes, les groupes ou ateliers internes se sont arrêtés et les protocoles n'ont pas été adaptés. Seul le SSJ met régulièrement à jour ses documents, qui prennent par ailleurs en compte les discussions et décisions de la CCVM.

Un travail d'harmonisation reste à faire. Des secteurs du dispositif ne sont pas couverts ou partiellement par des règles établies. Par exemple, il n'y a rien pour la petite enfance, ni chez les pédiatres ou dans les écoles privées. Le SSJ a des projets en ce sens, mais ils ne concernent qu'une partie des organismes (ex. protocole avec une crèche municipale).

Principaux enseignements

- Si aucune législation fédérale ne concerne explicitement la maltraitance des enfants, des bases légales pour l'action de l'Etat existent dans le Code civil (mesures de protection de l'enfant : du droit de regard au retrait de l'autorité parentale) et dans le Code pénal pour les infractions poursuivies (lésions corporelles, abus sexuels).
- Le droit cantonal ne contient aucune disposition spécifique à la maltraitance. La loi sur l'Office de la jeunesse (1958) constitue « le support juridique central » de la lutte contre la maltraitance. Toutefois, aucun des services de l'OJ n'a explicitement de mission concernant la maltraitance. Plus largement, aucun des autres services de l'Etat (parmi la vingtaine concernée) n'a pour mission exclusive la lutte contre la maltraitance, cette tâche n'étant qu'une tâche parmi d'autres à accomplir, si encore elle est explicitement mentionnée dans ses missions. Cela a des conséquences sur la coordination des instances.
- Seul organe de l'Etat à avoir une mission explicite en matière de maltraitance infantile, la commission cantonale de référence en matière de violence et maltraitance (CCVM) a été créée en 1997. Après un travail de recension et de clarification des rôles des différentes instances concernées, la CCVM joue un rôle important de dialogue et d'échanges d'informations entre responsables d'instances relevant de départements différents, mais elle n'a pour l'instant pas d'autorité pour faire appliquer ses décisions.
- Depuis 1998, trois services de l'OJ ont élaboré des protocoles internes pour préciser leur action sur la maltraitance (SSJ, PDJ, STG), selon une logique interne au service, n'utilisant pas les mêmes définitions, ni les mêmes critères d'observation.
- Pour préciser les rôles respectifs ou régler des questions de transmission d'informations, une série de protocoles ou d'accords entre services viennent d'être élaborés. Même à l'intérieur de l'OJ, qui possède un article autorisant la transmission d'informations (7 al. 2 LOJ), des protocoles ont été jugés nécessaires pour permettre la collaboration : depuis 2002, le SMP a conclu ou va conclure un protocole avec chacun des autres services de l'OJ.
- Parmi les autres acteurs, tous ne disposent pas de marche à suivre ou de directives. Certains acteurs confrontés à une situation de maltraitance peuvent donc ignorer ce qui peut ou doit être fait.

4 Comment fonctionne concrètement la détection ?

Dans ce chapitre, nous décrivons et analysons ce que le dispositif institutionnel prévoit selon le type de structure fréquenté et les professionnels concernés. Toutefois, les possibilités de détection des situations de maltraitance dépassent le cadre étatique. Des acteurs externes participent au processus de protection des enfants, en tant que professionnels de premier niveau.

Nous avons prévu d'examiner la détection au travers des trois groupes d'âges. Nous devons cependant également tenir compte que certaines entités ont des interventions portant sur les enfants de 0 à 15 ans. C'est pourquoi, nous avons articulé ce chapitre en commençant par les premiers intervenants à être en contact avec les familles et les enfants dès leur plus jeune âge, à savoir les milieux soignants tant du privé que des Hôpitaux universitaires de Genève (4.1).

Le dispositif formel prend largement appui sur les services de l'OJ. Celui-ci distingue les enfants en âge préscolaire (4.2), les enfants à l'école primaire (4.3) et les jeunes du Cycle d'orientation (4.4). Nous traiterons les écoles privées à part (4.5), ainsi que les acteurs plus marginaux en termes de détection, mais qui jouent également un rôle ou pourraient en jouer un (4.6).

4.1 La détection par les milieux soignants

4.1.1 Le rôle des pédiatres installés

A Genève, les pédiatres du secteur privé estiment qu'ils voient 95 % des enfants et préadolescents. En ce qui concerne les enfants en bas âge, ils sont souvent en première ligne pour repérer d'éventuels signes de maltraitance.

Nous avons interrogé par questionnaire l'ensemble des pédiatres installés du canton (Erasm 2004)[40]. Au cours des deux dernières années, 39 médecins sur les 48 ayant répondu déclarent avoir détecté dans leur clientèle 194 cas de maltraitance (tous types, avérés ou soupçonnés). Ce chiffre semble faible par rapport à un autre type de détection, notamment celui du SSJ que nous abordons plus loin[41].

Parmi ces 39 pédiatres, 4 seulement ont déjà effectué un signalement au Tribunal tutélaire[42]. Ce faible résultat est à nuancer par un autre. Les pédiatres confrontés à des situations de mauvais traitements disent faire appel à la Pédiatrie et à son Groupe de protection de l'enfant (GPE), spécialisé sur les questions de maltraitance, pour traiter la plupart des situations rencontrées. Dans des situations d'urgence, il leur arrive quelques fois de s'adresser à la PDJ, mais en général ils font hospitaliser l'enfant. Les membres du GPE que nous avons rencontrés ont souligné que des pédiatres s'adressent à eux pour une confirmation de diagnostic ou une évaluation en première intention (ex. vraisemblance des allégations d'un enfant en cas d'abus sexuels). L'hôpital peut prendre le relais si un signalement doit être fait au Tribunal tutélaire.

[40] Sur la base d'un envoi à 82 pédiatres en activité, 48 questionnaires (soit 62 %) ont été retournés dans les délais.

[41] Sur 360 situations avérées et soupçonnées pour la seule année scolaire 2002-2003 (SSJ 2003), 216 étaient de nouvelles situations.

[42] Face à une situation de maltraitance, les pédiatres peuvent lever le secret médical en vertu de l'article 358ter du code pénal et signaler un cas au Tribunal tutélaire.

Malgré cela, des enfants peuvent échapper au filet de sécurité constitué par les pédiatres. En effet, 20 des 48 pédiatres interrogés ont répondu que un ou plusieurs enfants, chez qui ils avaient suspecté de la maltraitance, n'étaient plus revenus. Par ailleurs, certains types de maltraitance sont difficiles à détecter en cabinet. Ainsi, certains pédiatres relèvent qu'il est difficile de prouver les cas de maltraitance psychologique, ainsi que de détecter les signes externes d'abus sexuels. Un médecin indique que la frontière entre la négligence admissible ou non paraît floue. De nos entretiens, nous savons aussi que des pédiatres tentent parfois de faire d'abord une alliance thérapeutique avec la famille, pour laquelle ils représentent parfois le seul contact de confiance.

D'autres facteurs peuvent expliquer le relativement faible nombre de cas repérés. Si la quasi-totalité des médecins se déclare formée pour détecter les situations, seule la moitié dispose d'une marche à suivre[43] et un peu plus d'un quart utilise des outils (ex. grille de symptômes) permettant d'étayer le diagnostic. Dans notre enquête, les pédiatres les plus formés ou « outillés » vis-à-vis de la maltraitance donnent des réponses qui laissent penser qu'ils sont plus sensibilisés au phénomène et tendraient à pratiquer une veille plus active : cas détectés, perception de l'augmentation du phénomène, probabilité à se trouver moins fréquemment dans des situations où ils ne savent pas comment agir, etc.

Nous pouvons aussi envisager le fait que certains pédiatres ne sont pas au clair sur les procédures à suivre. Ainsi, il y a quelques années, une présentation avait été faite à la Société genevoise de Pédiatrie sur le rôle du Tribunal tutélaire. A la suite de cette présentation, les signalements avaient augmenté, pour retomber ensuite. Le fait que l'information et la sensibilisation jouent un rôle dans la détection et le signalement a aussi été relevé dans une évaluation sur l'ampleur de la maltraitance dans le canton de Vaud. Les pédiatres qui ont été préparés et étroitement associés par les chercheurs à la réalisation de l'un des modules de l'enquête (élaboration des questions et remplissage de dossiers) ont rencontré relativement plus de cas, comparativement à la majorité des pédiatres ayant été sollicités par le remplissage de simples fiches de repérage de cas (Hofner & al. 2001 : 26).

Notons encore que les infirmières cliniciennes SMI[44] de la FSASD, pour lesquelles la voie de signalement passe par les pédiatres, trouvent que ceux-ci ne sont pas toujours faciles à mobiliser. Certains pédiatres n'ont pas la même évaluation qu'elles, alors qu'ils n'ont pas vu l'enfant dans son environnement à domicile (ex. banalisation d'une situation où l'infirmière avait vu l'enfant vivre dans des pièces jonchées de détritus). Selon ces infirmières, des pédiatres ne donnent ainsi pas suite à une détection ou une suspicion qu'elles ont transmise.

4.1.2 La détection via les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)

Les services des HUG concernés sont essentiellement ceux du département de Pédiatrie et le Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SPEA), dont une unité est localisée en Pédiatrie.

La Pédiatrie s'est dotée d'un groupe informel pluridisciplinaire spécialisé sur la maltraitance : le Groupe de protection de l'enfant (GPE). Ce groupe réunit des pédiatres, des pédopsychiatres et des psychologues de l'unité de liaison de pédopsychiatrie (SPEA), des chirurgiens, des infirmières, des assistantes sociales. Deux médecins consultants externes (une pédopsychiatre et

[43] Nous avions donné l'exemple d'une publication (Société suisse de Pédiatrie & al. 2001). Aucun pédiatre n'a repris cet exemple. En revanche, la marche à suivre de la Pédiatrie (urgences) a été citée 6 fois parmi les 9 mentions de documents formalisés.

[44] Santé maternelle et infantile.

une gynécologue) interviennent également. Ce groupe évalue des situations qui lui sont transmises de l'intérieur, comme de l'extérieur des HUG. Il ne fait pas de détection, mais veille à ce que la protection de l'enfant soit assurée.

La Pédiatrie réunit plusieurs services pouvant être en contact avec des enfants victimes de maltraitance. La plupart des cas sont détectés cependant par les urgences médico-chirurgicales de Pédiatrie[45]. Des cas proviennent également des écoles (mise à l'abri) et des pédiatres, nous l'avons dit, qui souhaitent recevoir un deuxième avis. D'autres peuvent venir de la police ou d'un voisin. Le SSJ adresse aussi des enfants au GPE pour des examens qu'il ne peut réaliser lui-même.

Le GPE voit plutôt les petits enfants et les mises à l'abri en hospitalisation. 30 à 50 % des enfants ont entre 0 et 4 ans. Il y a aussi un pic avec les adolescents. Entre deux, c'est plus le SSJ qui est en contact avec ces enfants, par le biais de l'école. Le GPE reçoit environ 150 cas par an, ce qui correspond à sa capacité d'évaluation. La particularité de ce groupe est qu'aucun de ses membres n'a de temps dévolu spécifiquement pour cette charge : leurs activités principales peuvent donc passer avant le GPE. Si le personnel était plus important, le nombre de cas reçus et traités augmenterait.

Certains cas détectés aux HUG n'entrent ensuite pas forcément dans le dispositif formel de protection (signalement). En effet, si les parents collaborent, il n'y a pas forcément de signalement au Tribunal tutélaire, car les médecins tentent une alliance thérapeutique avec les parents, ce qui parfois suffit à régler le cas.

Rappelons au passage que le rôle que joue le GPE dans la détection n'est pas véritablement pris en compte dans le dispositif tel que décrit dans les travaux de la CCVM. Or, comme nous l'avons vu, l'hôpital est l'interlocuteur privilégié des pédiatres. Les cliniques privées leur adressent également des cas de maltraitance. Le GPE semble donc un relais incontournable.

4.1.3 Les cliniques privées

Nos interlocuteurs ont mentionné que certains parents maltraitants évitent de se rendre aux urgences de Pédiatrie ou ne retournent pas chez le même pédiatre. Si des soins doivent être donnés à l'enfant, il est possible qu'ils aillent dans des services médicaux privés. Nous n'avons pas directement interrogé ces services. Néanmoins, au cours de nos entretiens, nous avons obtenu quelques informations concernant des cliniques privées.

Nos interlocuteurs du GPE indiquent que les médecins en clinique ont quasiment tous fait un passage à la Pédiatrie au cours de leur formation. Ils relèvent que ces médecins peuvent décider de garder l'enfant, selon leur appréciation du danger, mais ils estiment que 90% des cas sont envoyés à l'Hôpital. Un administrateur de plusieurs cliniques privées nous a confirmé que les directives données aux médecins, en cas de soupçon de maltraitance, préconisent de diriger les parents et l'enfant vers la Pédiatrie, y compris en demandant une consultation d'urgence (téléphone et obligation de s'y rendre) ou en commandant une ambulance pour y amener l'enfant. La Pédiatrie décide alors de la suite à donner.

[45] Il y a aussi l'unité de développement (UD) qui est plutôt en contact avec des enfants en risques. L'UD observe les parents en situation psychosociale difficile, vérifie leur fiabilité et identifie le plus grand risque de maltraitance : leur imprévisibilité.

Cet administrateur signale que les services d'urgence des cliniques reçoivent de nombreux enfants victimes de coups importants, dont il est difficile d'établir l'origine (sport, jeux, bagarre entre enfants, maltraitance). L'enfant traumatisé ne dit rien et il n'est pas simple de diagnostiquer si un hématome ou une fracture sont d'origine volontaire ou non. La détection n'est pas toujours aisée. Il est aussi difficile d'approfondir les indices en cas de soupçon de maltraitance, à cause du manque de suivi. Selon notre interlocuteur, les parents maltraitants changent de médecin, passent d'une permanence à l'autre, d'une clinique à l'autre. Ils ne reviennent pas pour une suite de soins, ni même pour enlever un plâtre. Par ailleurs, il semble que les médecins craignent de se prononcer, car ils ne savent pas où cela peut les mener, notamment en cas d'erreur.

Ce qui précède nous laisse penser que, selon l'habileté des parents à dissimuler des faits, certaines situations sont plus difficilement détectées par le canal des urgences privées.

4.1.4 Le canal des unités « aide et soins à domicile » dans les centres d'action sociale et de santé (CASS)

Les infirmières cliniciennes SMI interviennent dans le cadre de la permanence offerte dans les CASS (consultation SMI) et voient en moyenne 120 nourrissons par mois, dont une vingtaine sont de nouveaux dossiers (FSASD 2002). Ces infirmières SMI ou leurs collègues, dont elles sont les référentes, vont à domicile dans des familles où il y a des enfants. Ces personnes pourraient ainsi détecter des enfants maltraités, mais la FSASD précise que cela n'entre pas dans sa mission première, à savoir la prévention et les soins. Pourtant, les infirmières SMI sont au bénéfice d'une solide formation, au cours de laquelle elles apprennent à identifier les situations de maltraitance. Elles interviennent souvent lors de la mise en place d'un réseau par l'Hôpital à la sortie d'un enfant (notamment de la maternité), parfois à la demande de la PDJ.

Les infirmières SMI que nous avons interrogées déclarent ne pas rencontrer fréquemment de cas de maltraitance. Dans le même temps, elles n'identifient pas comme de la maltraitance des cas de négligence constatés régulièrement et ne signalent donc pas ces cas. En cas de soupçon de maltraitance, elles se réfèrent au pédiatre de l'enfant[46]. Nous avons vu que leur avis est souvent banalisé ou que le médecin ne donne pas suite. Des situations peuvent donc rester sans réponse adéquate.

4.2 Le dispositif de détection pour les enfants en âge préscolaire

La tranche d'âge des 0 à 4 ans est difficile à appréhender et mériterait à elle seule une étude exhaustive : diversité des modes de gardes, multiplicité des institutions, diversité de leurs statuts et des moyens mis à disposition. Nous avons cependant réuni un certain nombre d'informations sur les voies possibles de détection des situations de maltraitance concernant les jeunes enfants.

Le tableau 1 montre comment se répartit le mode de garde des enfants, d'après une enquête du Service de recherche en éducation (Pecorini & Le Roy-Zen Ruffinen 2002).

[46] Les infirmières sont tenues au secret professionnel découlant du secret médical, selon l'article 321 du code pénal.

Tableau 1: Mode de garde des enfants âgés de 0 à 3 ans, sur l'ensemble du canton, en 2001

	Estimations
Nombre d'enfants résidents âgés de 0 à 3 ans	18'663
Nombre d'enfants accueillis en institutions de la petite enfance	7'600
Nombre d'enfants de 0 à 3 ans accueillis en familles d'accueil de jour agréées	773
Nombre d'enfants gardés par un parent ou par une connaissance non agréée[47]	10'290

Source : Pecorini & Le Roy-Zen Ruffinen 2002 : 25 et 42

4.2.1 L'accueil institutionnel (institutions de la petite enfance)

Selon le tableau 1, 7'600 enfants étaient gardés en 2001 dans 175 institutions[48] : crèches, jardins d'enfants ou garderies (Pecorini & Le Roy-Zen Ruffinen 2002 : 39). Parmi les institutions de la petite enfance (IPE), on trouve des structures municipales, des associations et des institutions privées, dont la plupart sont subventionnées. Le personnel est composé d'éducateurs diplômés et d'auxiliaires.

Les IPE sont en contact avec plusieurs services de l'Etat :

- L'unité d'évaluation des lieux de placement (ELP) de la PDJ, en tant qu'autorité de surveillance des institutions préscolaires. Elle veille au respect des normes d'encadrement et à la qualité des prestations offertes. La loi prévoit une visite tous les deux ans dans les institutions placées sous la surveillance de l'Etat. En 2002, l'unité disposait de 2 postes pour les IPE[49]. Selon plusieurs interlocuteurs, ces moyens sont insuffisants pour répondre à sa mission.
- Le SSJ a affecté 3,8 postes d'infirmières pour une visite annuelle dans chacune des quelques 175 IPE. A cette occasion, les infirmières rappellent qu'en cas de maltraitance le SSJ doit systématiquement être averti. L'affichette diffusée rappelle cette procédure et le numéro de téléphone du service. Dans la pratique, la présence du SSJ n'est pas assurée : le rapport d'une infirmière pour 2000 enfants est jugé insuffisant par nos interlocuteurs pour suivre les situations difficiles avec l'attention souhaitée, certaines IPE se sentent dispensées de faire appel au SSJ du fait de leur statut privé, les conseillers administratifs de certaines communes veulent donner leur feu vert avant toute intervention du SSJ. Les infirmières du SSJ relèvent que les cas signalés proviennent d'une poignée de directions, toujours les mêmes.
- Le SPEA (« guidance infantile ») procède à des visites axées sur le dépistage des troubles psychiques et du comportement (1,5 postes pour les 175 lieux de garde)[50]. La détection de la maltraitance ne relève pas du travail de ses collaborateurs[51].

[47] Les accueils en dehors du cercle familial font l'objet d'une autorisation et d'une surveillance de la PDJ (unité d'évaluation des lieux de placement).
[48] Ce chiffre varie selon les sources et les années.
[49] En 2002, l'ELP estime le nombre d'enfants à surveiller à 8'200 répartis dans l'ensemble des IPE et qu'il lui manque un poste (PDJ, Argumentaire du 6 avril 2002, pour le projet de budget 2003).
[50] Le SPEA travaille sur délégation du SMP. Ce mandat ne repose sur aucun accord écrit. Un projet de convention a été ajourné sine die à l'automne 2003.
[51] Il n'en a pas toujours été ainsi. Au début des années '90, la Guidance infantile intervenait souvent dans les cas de maltraitance en général et développait des actions de prévention dans les crèches (Vanotti & al. 1992 : 216).

Le secteur appui éducatif de la PDJ et le STG interviennent dans les quelques cas d'enfants placés à leur demande (ex. pour des raisons sociales ou psychologiques) et / ou suivis par eux.

Notre étude s'est concentrée sur quelques crèches de la Ville de Genève du fait de l'existence d'une structure centrale de soutien à la septantaine d'IPE installées sur son territoire : la Délégation à la petite enfance (DPE). La DPE s'occupe notamment de la gestion du personnel, de la formation et de la pédagogie. En matière de maltraitance, il n'existe aucune directive émanant de la DPE, ni de services cantonaux. Dans certaines crèches, des directives internes ont été élaborées en réponse à une situation particulière rencontrée. Ailleurs, il n'y a rien. La DPE n'est pas informée des situations de maltraitance découvertes dans les crèches, ces dernières étant en relation directe avec les services de l'Etat. Il n'y a pas de vision globale à ce niveau, ni d'ailleurs au sein de l'Office de la jeunesse : les situations peuvent passer via l'infirmière SSJ, mais dans la pratique la PDJ est fréquemment mentionnée dans la résolution de ce genre de problématique.

Sur le terrain, les situations identifiées comme relevant de la maltraitance sont qualifiées de rares, tant par les responsables que par les professionnels. Dans le même temps, les exemples abondent pour décrire des situations de négligences qui se produisent presque tous les jours : bébés arrivant avec les couches de la nuit, enfants qui n'ont pas mangé, enfants qui n'ont pas été lavés. Les responsables relèvent la responsabilité et le rôle des éducateurs dans l'observation des signes de maltraitance. De nos entretiens, il ressort qu'en cas de marques sur le corps de l'enfant, les éducateurs parlent de leurs observations le soir même avec les parents. Cependant, le sujet de la maltraitance n'est pas abordé de front et la consigne est de maintenir le lien avec les parents. Si les marques reviennent, les éducateurs abordent les situations en équipe et avec la direction, mais les crèches restent isolées dans leur prise de décision.

Des chercheurs de l'Institut d'études sociales (IES) ont travaillé dans une crèche pour illustrer le travail en réseau (Libois & Loser 2003). Dans les exemples retenus, il apparaît que certaines marques (suspicion de brûlures de cigarettes et blessures au cou, traces d'hématomes sur les jambes d'un enfant) peuvent échapper aux professionnels ou ne sont pas relevées ni transmises de façon systématique. Il est aussi fait état d'une situation où la directrice pense qu'il faut signaler le cas et séparer l'enfant de sa mère, mais elle n'ose pas le proposer à la réunion de réseau, parce qu'elle estime que ce n'est pas dans son rôle de directrice de crèche (idem : 67-72, 168-171).

La situation dans plusieurs crèches se caractérise par une formation des éducateurs inégale selon les parcours, par l'existence ou non d'une sensibilisation aux questions de maltraitance, par le partage ou non de l'information entre la direction et les équipes éducatives, par la présence ou non de directives. Ces divers cas de figure constituent autant de facteurs pouvant favoriser ou non la détection de situations de maltraitance.

Des partenaires extérieurs ont l'impression que les crèches sont outillées et disposent d'un personnel formé pour détecter les situations de maltraitance. Les pédiatres sont confiants : les 2/3 de ceux ayant répondu à notre questionnaire jugent la détection en IPE satisfaisante, voire très satisfaisante. A partir des quelques entretiens réalisés et de la documentation consultée, la CEPP a au contraire été frappée par :

- l'absence de définitions claires et de procédures communes ;
- le manque de vision globale au niveau de la Ville et du canton ;
- le sentiment d'impuissance des professionnels, quand les signes ne sont pas évidents et que les parents ne veulent pas collaborer;
- les doléances à l'égard de la PDJ, dont on dit qu'elle ne prend pas au sérieux l'avis des professionnels de terrain (présents au quotidien) et dont les décisions semblent aller à

l'encontre de l'avis du reste des professionnels du réseau (maintien de l'enfant dans sa famille, décisions qui traînent) ;

- le caractère aléatoire relevé dans les contacts avec la PDJ, selon l'assistant social qui est en face ;
- la faible présence des services censés assurer la prévention et la protection des enfants.

4.2.2 Les enfants chez une maman de jour agréée

Le tableau 1 montre qu'en 2001, 773 enfants de 0 à 3 ans étaient accueillis chez une maman de jour agréée. La loi prévoit qu'une visite soit effectuée tous les ans dans ces familles[52]. Là non plus, l'ELP n'arrive pas à assumer le nombre de visites qu'elle devrait effectuer[53]. Selon nos sources, plusieurs familles peuvent rester 3 ans sans qu'une visite ne soit faite. Ces contrôles insuffisants permettent souvent à des familles d'accueillir plus d'enfants que le nombre autorisé, avec le risque d'une disponibilité et d'une attention moindres envers les enfants confiés.

Les familles d'accueil agréées s'inscrivent soit auprès de l'association qui couvre leur secteur, soit auprès de Pro Juventute. Elles sont encadrées par ces organismes. Pro Juventute dispose d'une équipe de professionnels formées dans le domaine de la petite enfance. Les associations sont gérées par des personnes bénévoles et ont des modes de fonctionnement variables d'un secteur à l'autre.

Les familles d'accueil qui s'inquiètent de marques de coups ou d'un comportement particulier chez un enfant en discutent peut-être avec la personne responsable de l'accueil familial de leur association. Suivant si l'association est sensibilisée ou non aux questions de maltraitance, si elle connaît ou non les procédures et les interlocuteurs à contacter, la suite donnée à cette information variera du tout au tout.

Dans le cadre d'un mandat reçu du DIP[54], Pro Juventute organise des cours de formation continue pour les familles d'accueil, dont l'un porte sur la maltraitance. Seuls 8% environ des familles (soit une cinquantaine) suivent des cours. Ce sont souvent les mêmes qui s'inscrivent à plusieurs cours. Le nombre des familles ayant suivi une formation est stable, car il y a un roulement[55]. Depuis cette année, à la demande de la PDJ, Pro Juventute assure une formation de base des familles d'accueil.

A ce jour, le réseau des familles d'accueil est peu encadré et les mamans de jour sont peu ou ne sont pas formées aux indices faisant suspecter des actes de maltraitance infantile. Selon nos interlocuteurs, en cas de suspicion, il est probable que certaines d'entre elles préfèrent ne pas en parler, afin de ne pas avoir d'ennuis avec les parents. Les possibilités de détection par ces personnes sont certainement très faibles.

---

[52] L'ordonnance fédérale réglant le placement d'enfants à des fins d'entretien et en vue d'adoption, du 19 octobre 1977 (RS 211.222.338), prévoit que les dispositions concernant le placement d'enfants chez des parents nourriciers s'appliquent par analogie, en matière de surveillance, aux accueils à la journée (Stettler 2004 : 13–14). La loi cantonale sur le placement des mineurs hors du foyer familial (RS/Ge J 6 25) s'y réfère et, depuis le 10 janvier 2004, la loi cantonale sur les structures d'accueil de la petite enfance et sur l'accueil familial à la journée (RS/Ge J 6 29) précise à son article 3 que le canton autorise et surveille les lieux d'accueil et familles d'accueil.

[53] En 2002, l'ELP disposait de 3,55 postes et estimait qu'il lui en manquait 1,65 (PDJ, Argumentaire du 6 avril 2002, pour le projet de budget 2003).

[54] Pro Juventute a reçu le mandat du DIP (PDJ) de faciliter la création d'associations de familles d'accueil de jour dans des secteurs autres que la Ville de Genève et de gérer une partie de l'offre des places d'accueil. Pro Juventute gère des familles qui ne sont pas inscrites dans une association.

[55] La « durée de vie » des prestations des familles d'accueil est estimée à environ 3 ans.

4.2.3 Les enfants gardés par leur famille ou une connaissance

D'après le tableau 1, 55 % des enfants sont gardés par leur famille ou leur entourage. Ceux-ci ne sont vus qu'occasionnellement par un pédiatre. La détection parmi ces enfants est donc particulièrement aléatoire.

4.2.4 La détection chez les jeunes enfants : un dispositif faible et des risques importants

En conclusion, la tranche d'âge des 0 à 4 ans est particulièrement vulnérable. Les enfants ne peuvent pas toujours s'exprimer. Les professionnels doivent souvent décoder et interpréter des indices dans le comportement de l'enfant.

Pour les lieux de garde des petits enfants, nous constatons que :

1. dans les IPE, le dispositif de protection fonctionne de façon variable selon les structures, parfois avec des mailles très larges ;
2. dans les familles d'accueil de jour, la détection n'est pas assurée.

Quant au réseau de soins pouvant constituer un filet de sécurité pour l'ensemble des enfants en âge préscolaire, nous avons vu qu'il comportait des points faibles :

3. Chez les pédiatres, il y a peu de signalements, relativement peu de cas détectés, des difficultés à observer certains signes en cabinet. La détection dépend de la formation et des outils à disposition, elle est en relation avec la connaissance du dispositif et de l'information qui en est faite. La relation de clientèle peut aussi constituer un frein.
4. La détection dans les cliniques privées semble se heurter au manque de suivi : les parents maltraitants ne revenant pas, il est difficile de confirmer des soupçons dans certaines situations.
5. Les infirmières de la FSASD n'ont pas pour mission de détecter les cas. Le cas échéant, elles les signalent aux pédiatres.
6. Les pédiatres et certaines cliniques privées envoient à la Pédiatrie les cas qui les interpellent de façon significative ou les cas avérés. La Pédiatrie recense 150 cas par an, totalisant ceux qui lui parviennent de l'extérieur et de l'intérieur des HUG.

Il est donc probable que certains enfants en âge préscolaire échappent à une détection rapide. Ceci est inquiétant, car certaines études relèvent que cette tranche d'âge est aussi particulièrement sujette à des actes de maltraitance. En 1991, l'institut de psychologie de l'Université de Fribourg et l'institut Démoscope ont réalisé une étude sur le comportement punitif des parents en Suisse (Avis du Conseil fédéral 1995 : 78 et ss.). Parmi les résultats importants de l'étude de 1991, il apparaît que les enfants en bas âge subissent plus fréquemment des châtiments corporels. L'étude a été reconduite en 2004. Le rapport confirme ces résultats, en particulier chez les enfants entre 2,5 et 4 ans. Dans l'ensemble, la fréquence des châtiments corporels a diminué par rapport à 1990, mais le nombre d'enfants qui en subissent reste inquiétant selon les auteurs (Perrez M. & al. 2004). Aux Etats-Unis, une analyse sur 897'000 enfants identifiés en 2000 comme victimes de mauvais traitements avérés a révélé que le risque de maltraitance (tous types confondus) était plus élevé chez les enfants de moins de 4 ans (Thomas & al. 2001 : 3).

Par ailleurs, dans les tendances observées, nous avons parlé des parents qui rencontrent des difficultés avec l'éducation de leurs enfants (cf. supra 2.5.3). Ceci peut augmenter les risques d'apparition de maltraitance. Chez les petits enfants, les infirmières cliniciennes SMI (FSASD) observent une augmentation des familles épuisées. Ce sont des familles dans lesquelles les

parents n'ont pas de réseau, ni de relais à Genève. Ces familles connaissent souvent des problèmes en lien avec la garde des enfants, même chez des mamans qui ne travaillent pas, mais qui auraient besoin d'être déchargées à certains moments. Des mesures de soutien existent, mais elles ne sont pas connues[56]. A cause de l'épuisement des parents, on assiste ainsi aujourd'hui à trois ou quatre hospitalisations de bébés par mois.

Le dispositif pour les enfants en âge préscolaire comporte certainement de grandes faiblesses en matière de détection, donc de protection. Il semble probable que des situations puissent perdurer et ne pas être détectées avant l'entrée à l'école primaire.

4.3 Le dispositif de détection à l'école primaire (enseignement public)

Les enseignants côtoient les enfants toute la semaine et sont bien placés pour repérer d'éventuels signes de maltraitance (ex. traces physiques lors de leçons de natation ou de gymnastique) et suivre l'évolution d'un enfant. A l'école primaire, les enseignants sont très souvent les initiateurs d'une détection : soit en remarquant les premiers des signes de maltraitance, soit en recevant les confidences de l'enfant. La procédure à appliquer, dans les deux cas, est d'alerter l'infirmière SSJ et d'informer l'inspecteur.

Dans les écoles primaires, des infirmières SSJ assurent une permanence à temps partiel, plus ou moins importante selon la taille de l'école. Elles effectuent des visites de santé dans les classes de 2ème enfantine et 5ème primaire[57]. Au cours de ces visites, elles peuvent elles-mêmes observer des éléments laissant penser que l'enfant est victime de maltraitance.

En cas de suspicion, l'infirmière fait appel au médecin répondant du SSJ pour un constat. En cas de doute (absence de traces évidentes, véracité de l'allégation à vérifier), le médecin peut faire appel à la Pédiatrie pour une hospitalisation ou un examen avec un spécialiste (ex. gynécologue). Si l'enfant est déjà suivi par un assistant social de la PDJ ou du STG, le médecin va également contacter ce dernier, afin d'organiser concrètement la suite de la prise en charge. Le cas échéant, il s'adressera aussi au collaborateur du SMP impliqué. Si les soupçons se confirment ou du moins ne sont pas levés, le médecin signale par écrit la situation à la direction de la PDJ ou du STG, ainsi que celle du SSJ. Le relais est ensuite pris par l'un des deux autres services de l'OJ.

La procédure prévoit que, dans tous les cas, l'infirmière et/ou le médecin répondant informent l'enseignant responsable de l'école et l'inspecteur de façon systématique, en se limitant aux informations utiles à la coordination des actions pour l'enfant.

Le processus théorique que nous avons décrit n'est pas formalisé par écrit. Il semble connu de la plupart des enseignants et notamment le fait de contacter l'infirmière en cas de situation de maltraitance. Par contre, il n'est pas clair pour tous que l'inspecteur doive dans le même temps être informé. Dans la pratique, nous avons entendu qu'en amont les choses se passent parfois

---

[56] Grâce à un financement accordé par le Fond de prévention de la violence (RS/Ge J 4 10.04 du 7 novembre 2001), la Croix Rouge a mis sur pied en 2002 et pour 3 ans des « bons de respiration » (baby-sitting) de 3h00 chacun, pour un coût de Fr. 6.— par bon, destinés aux mamans épuisées. Sauf cas exceptionnel, chaque famille pouvait obtenir jusqu'à 3 bons. Aucun interlocuteur ne nous en parlé. Selon la Croix-Rouge, cette mesure a eu un résultat plus limité que prévu. Le rapport d'évaluation du projet montre que les professionnels (pédiatres, infirmières SMI de la FSASD, etc.) ont cependant été largement informés (Evaluanda 2004).

[57] Depuis la rentrée de septembre 2004, la visite en 3ème est supprimée pour des raisons budgétaires. Les infirmières sont cependant présentes pour des cours sur des thèmes en lien avec la santé. D'autres collaborateurs du SSJ passent également dans les classes pour des visites de prévention de la santé et des cours (techniciennes de la vue et de l'ouïe, psychomotriciennes, éducatrices à la santé). En cas de détection, ils doivent alerter l'infirmière répondante.

différemment. Tout d'abord, les enseignants ne sont pas forcément à l'aise avec l'interprétation des signes de maltraitance. Ainsi, quand certains enfants posent des problèmes de comportement, les enseignants vont suggérer aux parents de contacter le SMP, sans toujours savoir s'ils s'y rendent vraiment. Par ailleurs, dans certaines écoles les enseignants vont d'abord discuter avec leurs collègues quand ils ont des doutes. Certaines situations peuvent ainsi ne pas être référées.

Les responsables interrogés ont une bonne impression d'ensemble sur la détection dans les écoles primaires et relèvent une amélioration notable due à une meilleure sensibilisation des enseignants. Les chiffres du SSJ sont en constante progression depuis une quinzaine d'année et en 2002-2003, les situations provenant du primaire représentaient 66,4 % des 360 cas recensés par le SSJ (2003 : 4, 6).

Au niveau du terrain, en revanche, il est constaté que certains enseignants n'ont jamais de situations de maltraitance dans leurs classes, alors que ceux qui prennent la classe l'année suivante en découvrent au fil de l'année. Ainsi, des enseignants ne remarquent pas les situations de maltraitance, voire ferment les yeux. Une année ou plus peut s'écouler avant que les autorités de protection ne soient alertées.

Nous consacrons un point au sujet de l'information que les intervenants reçoivent en retour (cf. point 7.3). Notons cependant déjà, qu'un mauvais retour, déploré par les enseignants rencontrés, a au moins deux conséquences sur la détection :

- l'enseignant ne sait pas s'il a réagi de façon adéquate et ne pourra pas rectifier, le cas échéant, sa manière de faire (ex. en cas de « surréaction » face à des jeux « sexuels » d'enfants) ;
- une démotivation voire un désengagement dans leur mission d'observation et d'alerte.

Ainsi, malgré un dispositif bien en place et bien rôdé, il existe tout de même un risque à l'école primaire que des situations perdurent et s'aggravent.

4.4 Le dispositif de détection au Cycle d'orientation (enseignement public)

Les jeunes au Cycle d'orientation (CO) sont face à un plus grand nombre d'adultes : les enseignants tout d'abord, mais aussi le personnel administratif et technique, ainsi que les membres de l'équipe pluridisciplinaire (infirmière SSJ, conseiller social, psychologue SMP). Contrairement au primaire, les enseignants qui passent moins de temps avec les élèves pendant la semaine ne sont plus en première ligne. Les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont les interlocuteurs formels en cas de problèmes. Chaque cycle d'orientation dispose d'une équipe pluridisciplinaire réunissant 4 à 5 professionnels, soit 1,5 poste de conseiller social, 1 infirmière SSJ à 40 ou 50 % et 1 à 1,5 poste de psychologue SMP. Le SSJ propose systématiquement des visites de santé en 8ème année.

En cas de détection d'une situation de maltraitance par un collaborateur de l'établissement, l'information doit être transmise au directeur ou au conseiller social. Une directive distribuée au début de l'année 2004 précise qui fait quoi. Dans ce genre de cas, l'évaluation est faite par le conseiller social du CO (en lien avec son chef de groupe) qui en informe le directeur du collège. Si la situation nécessite une évaluation médicale, le relais est passé à l'infirmière SSJ ou au médecin répondant du SSJ. Quand une situation est découverte par l'infirmière, l'élève est alors pris en charge selon le protocole SSJ (cf. processus décrit au primaire) et l'infirmière en informe le conseiller social du CO. Quant au psychologue SMP, sauf dans les cas où il fonctionne comme psychothérapeute de l'adolescent, il doit avertir le directeur de l'établissement et l'infirmière qui va alors suivre la procédure habituelle au SSJ. Le protocole du 5 décembre 2003 règle sur le

papier les rôles et relations entre les différents intervenants en matière de détection et transmission d'informations. Il est trop tôt pour dire comment le protocole est appliqué. Son élaboration avait pour but de réduire les différences de pratiques au sein d'une même profession, ainsi qu'à l'intérieur de chaque équipe pluridisciplinaire.

Plusieurs interlocuteurs ont le sentiment qu'avec cinq personnes par collège (équipe pluridisciplinaire), le dispositif mis en place est quantitativement suffisant. Les directeurs des collèges interrogés ont tout de même l'impression que des situations, même graves, passent entre les mailles du filet, ceci notamment à cause de défauts dans la transmission d'informations et d'un manque de postes d'encadrement (doyens).

Les seuls chiffres dont nous disposons sont ceux du SSJ. Pour l'année 2002-2003, sur 360 cas avérés ou soupçonnés recensés, 15,5 % proviennent du CO (contre 66,4 % au primaire). Selon le SSJ, ces chiffres ne reflètent pas la réalité, car la détection au primaire fonctionne mieux grâce à un meilleure sensibilisation des enseignants et un processus relativement bien rôdé. D'après lui, la diversité des interlocuteurs potentiels du jeune au CO et la plus grande autonomie de celui-ci peuvent expliquer la relative faiblesse du nombre de situations recensées au niveau du SSJ. De leur côté, les conseillers sociaux rencontrés déclarent gérer un nombre important de problématiques qui n'ont pas été détectées ou prises en charge au primaire. Ceci laisse penser à un manque de vision d'ensemble au CO, que l'élaboration du protocole du 5 décembre 2003 cherche à combler.

Lors des entretiens organisés au cours de l'automne 2003 et de l'hiver suivant, nous avons en outre recueilli des réflexions et commentaires pouvant avoir des incidences sur la détection et par là-même sur une prise en charge adéquate :

- Si le conseiller social estime non préjudiciable pour un élève de respecter sa demande de confidentialité, il n'informe succinctement que son directeur.
- Les conseillers sociaux n'ont pas tous la même sensibilité au phénomène de maltraitance. Avant le protocole de 2003, seuls certains d'entre eux transmettaient des informations concernant les cas de maltraitance avérés ou soupçonnés. Aujourd'hui, avec l'obligation de mentionner au moins le cas, des conseillers sociaux redoutent des dérapages pour les situations non avérées.
- Certains intervenants au CO pensent que ce sont les enseignants qui retiennent le plus des informations, de façon inconsciente parfois. Selon eux, les enseignants ne veulent pas voir le problème ou ne se sentent pas formés pour l'affronter.
- Le psychologue en référera toujours d'abord à son chef de clinique qui peut décider que rien ne doit être transmis. Selon la nécessité de maintenir le lien thérapeutique, il a la latitude de transmettre ou non l'information. Dans la pratique, le SMP ne transmet jamais d'informations sans l'accord formel du jeune.
- Un jeune n'est pas forcément en mesure de distinguer le rôle du psychologue, du conseiller social, de l'infirmière ou du médecin. Selon la personne à qui il s'adresse, son dévoilement n'aura pas le même effet.

En ce qui concerne les jeunes eux-mêmes, l'étude épidémiologique réalisée en 1994-95 sur les abus sexuels, auprès de 1130 élèves du CO, a montré que les amis ont été les confidents privilégiés (pour 23,3 % des garçons et 44,8 % des filles), suivis des mères (21,7 % des garçons et 27,6 % des filles), puis des pères et de la fratrie. Les autres interlocuteurs, notamment professionnels ont été sollicités moins fréquemment. D'une façon générale, plus l'abus est grave, plus les victimes ont tendance à se confier à leurs amis et moins à leurs parents (Halpérin & al. 1997 : 135 et ss.).

L'ensemble de ce qui précède laisse penser qu'au CO les mailles du filet de détection sont suffisamment larges pour que des situations, même graves, passent à travers.

4.5 La détection de la maltraitance dans les écoles privées

Les enfants scolarisés en écoles privées représentent, en 2002, 12% des élèves du canton pour le primaire et 14 % pour le Cycle d'orientation. Les 31 écoles qui ont répondu à l'enquête par questionnaire représentent 71 % des 45 établissements privés du canton accueillant des élèves du primaire et du secondaire inférieur. Pour les degrés correspondants, ces écoles accueillent approximativement 8100 enfants. Elles reçoivent d'une quinzaine d'élèves pour la plus petite, à près de 1'500 pour la plus grande.

Nous avons voulu savoir comment les écoles privées étaient organisées par rapport à la détection de la maltraitance et quel rôle l'Etat y jouait. Il est notamment dans la mission du SSJ de protéger la santé de ces élèves et, en cas de maltraitance dans une école, de procéder à une évaluation initiale.

Aucune infirmière du SSJ n'assure de permanence dans les écoles privées interrogées. Par contre, il arrive au SSJ d'effectuer des visites de santé dans les degrés du primaire et parfois au secondaire. Parmi les écoles avec des classes du niveau primaire ayant répondu, 35 % déclarent bénéficier de visites de santé une fois par an et 16 % tous les 2 à 3 ans. Celles ayant des visites annuelles totalisent 43,5 % des élèves du primaire des écoles ayant répondu et les autres 14,5 %.

Au niveau de l'enseignement public, différents cours jouent un rôle dans la prévention de la maltraitance et favorisent parfois le dévoilement d'une situation. Pour les écoles privées, 21 écoles déclarent organiser des cours d'éducation sexuelle, 17 sur les droits de l'enfant et 9 sur la prévention de la maltraitance. Pour les cours d'éducation sexuelle, 6 établissements mentionnent une intervention du SSJ. Les autres cours sont organisés sans la collaboration des services de l'Etat, souvent par des enseignants de l'école, parfois avec des organismes privés.

Au cours des cinq dernières années, 16 écoles déclarent avoir été confrontées à des situations de maltraitance présumée ou avérée : 6 l'ont été une fois, 2 l'ont été 2 fois et 8 l'ont été 3 fois et plus. Ces écoles totalisent 6340 élèves, soit plus des 75 % des élèves concernés par l'enquête. Avec un total de 43 cas, ce sont 8 cas environ par an en moyenne qui ont donc été repérés dans ces établissements[58]. Parmi les 16 écoles, les écoles de petite taille détectent plus de situations comparativement à leur nombre d'élèves.

[58] Soit 1 p. 1000 rapporté à l'ensemble des écoles ayant participé à l'enquête. En 2002, il y avait 34'200 élèves inscrits au primaire dans le secteur public (Rapport de gestion du Conseil d'Etat 2004 : 155). Par comparaison, en 2002 – 2003, ce taux serait d'environ 7 p. 1000 pour les écoles primaires du secteur public d'après les chiffres du SSJ qui a recensé 239 cas de maltraitance au primaire (secteur public) (SSJ 2003).

Lorsque l'école a du personnel formé ou informé sur la maltraitance, la proportion de responsables d'établissement qui déclarent avoir été confrontés à des situations de maltraitance est bien plus prononcée (85 % vs 33 %). Par ailleurs, les établissements disposant de personnel formé ou informé sont aussi ceux dans lesquels la présence de cours sur les droits de l'enfant, l'éducation sexuelle ou la prévention de la maltraitance est la plus fréquente.

Quand les écoles soupçonnent ou découvrent une situation de maltraitance, les responsables interrogés disent quasiment tous avoir pris contact en premier lieu avec les parents. Dans une moindre mesure, les écoles s'adressent aussi à un professionnel de la santé du secteur privé. En dehors du réseau privé, les écoles déclarent être en contact avec des services de psychothérapie (SMP, SPEA[59]).

Quelques interlocuteurs émettent l'hypothèse que certaines écoles renoncent à prendre contact avec un service officiel, car elle craignent une réaction négative des parents et que ceux-ci retirent leur enfant. D'autres n'interviennent pas, car elles ont des interrogations sur les limites du rôle de l'école vis-à-vis de problèmes qui relèvent selon elles de la sphère privée. Cette absence de sollicitation des autorités de protection de l'enfance est corroborée par ces dernières : tant le SSJ que la PDJ ou le Tribunal tutélaire disent avoir peu d'informations au sujet de la maltraitance dans les écoles privées.

Lorsque l'on demande aux responsables d'école leur appréciation sur le dispositif de détection au niveau de l'ensemble des écoles privées, c'est surtout la méconnaissance qui en ressort (45 % ne savent pas ou n'ont pas répondu). Ceux qui jugent la détection insuffisante (23 %), relèvent principalement le manque d'informations ou de procédures à disposition et le sentiment d'un traitement plus défavorable de la part des instances publiques. Notons que la majorité des écoles sont demandeuses d'informations.

Dans les écoles privées, nous constatons l'absence de lignes directrices et de pratiques structurées en matière de détection de maltraitance, ainsi qu'une faible action des services de l'Etat concernés par la protection des enfants. Ceci a vraisemblablement pour conséquence un manque de réponses adéquates données aux situations d'élèves victimes de maltraitance.

4.6 Les autres possibilités de détection ou de dévoilement par l'enfant

4.6.1 La police

En cas de maltraitance, des parents ou des voisins peuvent s'adresser à la police ou téléphoner au numéro 117. La police doit immédiatement entrer en matière dans les cas de maltraitance.

Dans ses activités, la police judiciaire peut être amenée à détecter des situations de maltraitance. Trois brigades sont concernées dans un certain nombre de cas.

Peu confrontée à des cas de maltraitance, la Brigade des mineurs découvre parfois l'existence de mauvais traitements lorsqu'elle prend en charge des mineurs en fugue (une vingtaine par an). Dans ce cas, elle signale la situation à la PDJ.

La Brigade des mœurs intervient dans les cas d'abus sexuels qui lui parviennent (91 enfants ou jeunes de moins de 16 ans en 2002). Les inspecteurs auditionnent l'enfant et peuvent, le cas échéant, prendre des mesures de protection. Cependant, leur rôle est d'enquêter sur l'agresseur présumé.

[59] Certains parlent encore de la « Guidance infantile ».

Jusqu'en 2003, la Brigade des enquêtes générales (BREG) ne relevait que 4 à 5 cas par an de violences physiques sur des enfants. Toutefois, depuis l'entrée en vigueur des modifications du code pénal[60], concernant les violences conjugales, la question de la protection de l'enfant est débattue au sein de la CCVM. Pour l'heure, la police ne sait pas exactement ce qui doit être pris en considération. Comme pour les actes de maltraitance physique, certains représentants de la police estiment ne pas devoir intervenir pour toutes les voies de fait, mais seulement celles qui sont graves (ex. coup de ceinture ou de bâton).

Enfin, un interlocuteur relève que, au vu de la charge de travail de la police, des cas peu graves dénoncés à un poste de police peuvent ne pas être pris en compte.

4.6.2 Psychothérapeutes, psychologues et logopédistes du secteur privé

Certains enfants sont suivis par des spécialistes installés dans le privé. Ceux-ci peuvent être amenés à détecter une situation de maltraitance chez leurs patients. Nous n'avons réuni que peu d'informations dans ce domaine.

Les pédopsychiatres

La CEPP n'a pas interrogé les pédopsychiatres installés dans le privé. Ceux-ci n'ont jamais été cités parmi les intervenants mobilisés dans le réseau autour de l'enfant, contrairement par exemple aux pédiatres ou au SMP. En tant que médecins, les psychiatres pour enfants et adolescents sont tenus au secret médical au même titre que les médecins des HUG. Ce secret participe activement au processus thérapeutique et à la construction du lien de confiance nécessaire. Comme tout médecin, ils peuvent lever le secret quand l'intérêt de l'enfant est menacé (art. 358ter CP). Le Tribunal tutélaire ne reçoit pas ou peu de signalements de ces médecins.

Les psychologues-psychothérapeutes

En mai 2003, un texte diffusé sur le site de l'Association genevoise des psychologues (AGPsy) rappelait aux membres que, depuis le 1er septembre 2001, la loi sanitaire genevoise[61] s'étend aux psychologues et que le secret professionnel prévu à l'article 11 s'applique désormais à leur pratique. Dans ce texte, seule la Commission de surveillance des professions de la santé est désignée pour les démarches de levée du secret. Il n'est nulle part fait mention de la possibilité de lever le secret en cas de danger couru par un enfant et de signaler au Tribunal tutélaire.

Les contacts entrepris avec des représentants de l'AGPsy ont été difficiles à réaliser. La CEPP a tout de même appris qu'il n'existe pas de directives particulières en matière de détection et de signalement des situations de maltraitance. Dans un article sur le secret professionnel des psychologues confrontés à la suspicion de mauvais traitements graves, d'atteintes à l'intégrité psychique ou physique de l'enfant, les auteurs préconisent de ne pas rester seul dans la décision des mesures à prendre et de se référer à des spécialistes : « La maltraitance mérite toujours un réseau de professionnels, au moins au niveau de la réflexion, le travail avec des collègues spécialisés et des équipes de santé » (Dardel & Di Luca 2001 : 60). Selon l'AGPsy, les psychologues règlent apparemment la question d'une éventuelle levée du secret professionnel dans le cadre de leur supervision individuelle.

---

[60] RS 311.0. Modifications intervenues au 1er avril 2004, permettant la poursuite d'office notamment en cas de voies de fait, de lésions corporelles simples et de menaces réitérées.

[61] Loi sur l'exercice des professions de la santé, les établissements médicaux et diverses entreprises du domaine médical, du 11 mai 2001 (RS/Ge K 3 05).

Les logopédistes

Les négligences et carences diverses peuvent notamment entraîner des difficultés de langage chez un enfant. D'après le rapport fédéral « Enfance maltraitée en Suisse » (Avis du Conseil fédéral 1995 : 68-69), les enfants dans cette situation et pris en charge par des logopédistes sont nombreux.

Nous avons voulu connaître l'état de la détection chez les logopédistes installés à Genève. La formation de base n'aborde pas la problématique de la maltraitance. Il n'existe pas de définition partagée et il n'y a pas de directives. En cas de suspicion, la question serait posée à un collègue ou dans le cadre de la supervision. L'association des logopédistes indépendants (ALIGE) est demandeuse d'informations sur la question.

La question de la détection de la maltraitance chez les professionnels de la santé du secteur privé mériterait une étude en soi. Pour l'heure, les quelques informations que nous avons recueillies permettent de relever l'absence de définitions communes, voire de connaissances partagées, et de directives en matière de détection dans ces milieux.

4.6.3 Les autres professionnels

En dehors des professionnels psychothérapeutes du secteur public ou privé, et des conseillers sociaux du CO, un enfant ou jeune peut être amené à se confier à un adulte avec lequel il a établi une relation privilégiée.

- A la PDJ, il arrive qu'un jeune se dévoile directement auprès de l'assistant social du secteur éducatif qui le suit. En 2000, sur environ 110 signalements, 26 l'ont été directement à la suite d'un dévoilement par le jeune contre 39 provenant du SSJ[62]. Il arrive aussi que les assistants sociaux de l'unité « évaluation sociale » (divorce) repèrent une situation de maltraitance lors de l'audition d'un enfant.
- Au STG, il arrive aussi que des pupilles parlent soit à leur assistant social, soit à un éducateur de foyer avec lequel ils ont développé une relation de confiance.
- Les éducatrices à la santé du SSJ interviennent dans certains degrés du primaire et du cycle d'orientation (enseignement public), par des cours visant la prévention des abus sexuels. Il arrive qu'après leurs interventions, des enfants et des adolescents se dévoilent auprès d'un adulte de l'établissement.
- Dans « l'affaire de Meyrin », l'auteur du rapport s'était interrogé sur les possibilités d'un signalement d'enfant en danger par l'Hospice général auprès de la PDJ. La directrice de l'action sociale à l'époque avait précisé qu'il était très rare que les unités d'aide sociale dans les CASS aient des informations suffisamment précises sur une situation familiale (Stettler 2001 : 10, 11). Nous savons que les assistants sociaux sont amenés parfois à accompagner des familles où les enfants courent des risques, comme par exemple en cas de violences conjugales (CEPP 2002). Que se passe-t-il alors pour les enfants ? Rien n'est prévu pour le moment en termes de procédure, car le Service de l'action sociale n'a pas de démarche active dans le domaine de la maltraitance. Par ailleurs, le signalement et la dénonciation sont perçus comme une difficulté en terme de dynamique de la relation avec les consultants adultes.

[62] Jusqu'à il y a environ trois ans, les statistiques entre le SSJ et la PDJ en matière de signalement divergeaient car le SSJ communiquait la situation à l'assistant social seulement. Des cas n'ont ainsi pas été comptabilisés par la direction de la PDJ. Aujourd'hui, les statistiques concordent, car le SSJ signale directement à la direction du service.

4.6.4 Le numéro de téléphone 147 (SOS-Enfants)

Le numéro de téléphone 147 couvre tous les jours de la semaine, 24 h. sur 24. Dans la zone « 022 » les jeunes peuvent aborder toutes les questions en rapport avec des problèmes rencontrés, de façon anonyme et confidentielle. Les professionnelles et les bénévoles sont formées à l'écoute, ainsi qu'aux questions de maltraitance. SOS-Enfants respecte la confidentialité, mais au besoin va aiguiller l'enfant vers les services compétents. Il lui arrive parfois d'accompagner l'enfant dans sa démarche. En 2003, SOS-Enfants a reçu 180 appels concernant la maltraitance.

A l'école primaire, la diffusion d'affichettes permet aux élèves de connaître le numéro 147, mais ils ne savent pas toujours à quoi il sert car cela ne leur a pas été expliqué. Il s'agit pourtant d'un numéro indispensable pour un premier contact, quand un enfant ne sait pas à qui s'adresser et se trouve seul face à une situation de mauvais traitements. Cette possibilité mériterait d'être mieux diffusée auprès du public.

Relevons encore qu'il existe d'autres permanences que les jeunes peuvent solliciter : le centre LAVI a aussi une permanence téléphonique, qui fonctionne 24 h. sur 24. En dehors des heures d'ouverture, la ligne est déviée à la Main tendue. Enfin, des jeunes utilisent aussi le site internet de SOS-Enfants ou le site « ciao », où des professionnels répondent à leurs questions.

Principaux enseignements

Il existe de fait deux voies principales à Genève pour la détection de la maltraitance : la filière santé et la filière préscolaire et scolaire. La première n'est pas organisée (sauf à l'intérieur des HUG), ni articulée avec le reste du dispositif. La seconde est mieux structurée, même si elle peut être améliorée.

- Le maillon principal de la filière santé, le Groupe de protection de l'enfant des HUG, est un groupe informel. La filière santé est en lien avec des acteurs privés (pédiatres) ou para-étatiques (FSASD) qui n'ont pas une représentation claire de leur rôle ou de leurs moyens d'action dans la lutte contre la maltraitance. Quant aux autres professions (logopédistes, psychothérapeutes), elles ne disposent d'aucune directive.
- Alors qu'ils voient environ 95% des enfants, le nombre de cas de maltraitance détecté par 39 des pédiatres ayant répondu au questionnaire semble faible (194 cas en 2 ans). Si seulement 4 pédiatres ont déjà effectué directement un signalement au Tribunal tutélaire, la plupart déclare s'adresser à la Pédiatrie quand ils sont face à une situation de maltraitance et quelques uns contactent la PDJ. Les pédiatres les plus formés ou « outillés » vis-à-vis de la maltraitance donnent des réponses qui laissent penser qu'ils sont plus sensibilisés au phénomène et tendraient à pratiquer une veille plus active.
- La FSASD, dont les infirmières se rendent à domicile, estime que la détection de la maltraitance n'entre pas dans sa mission.
- La filière scolaire est diversement dotée. Les moyens existants sont inversement proportionnels à l'âge des enfants. 3,8 postes d'infirmières SSJ pour tout le secteur petite enfance (sur 19'000 enfants âgés de 0 à 3 ans, plus de 8'000 enfants sont en crèches et en familles d'accueil agréées). Dans l'enseignement public : une vingtaine de postes d'infirmières pour 34'300 enfants (1 poste pour 2'000 enfants) au primaire. Environ 90

personnes pour le CO et ses 12’300 jeunes (1,5 poste de conseiller social, 1 infirmière à 40-50 %, 1 à 1,5 psychologue SMP pour chacun des 18 CO). Rappelons qu’aucun de ces professionnels n’a pour seule mission la maltraitance.

- Alors que la tranche d’âge des 0-4 ans est particulièrement vulnérable, le dispositif de détection pour les enfants en âge préscolaire est faible. Moins de 4 postes d’infirmières SSJ pour toutes les institutions de la petite enfance très diversement sensibilisées et leur personnel pas toujours formé à la détection ou aux démarches à entreprendre. Les mamans de jour ne sont pas formées ni suffisamment encadrées par les services de l’OJ. Pour les 55% des enfants de 0 à 3 ans qui sont gardés au sein de leur famille, le pédiatre privé est vraisemblablement le seul professionnel en contact avec eux, soit le seul susceptible de déceler une maltraitance.
- Détection défaillante chez les tout-petits ; pas de moyen d’action au primaire autre que de transmettre la situation à la PDJ ; bien des situations se sont détériorées quand les enfants arrivent au CO. Le dispositif mis en œuvre est en contradiction avec une logique de prévention.
- Les écoles privées qui regroupent plus de 12% des enfants scolarisés repèrent très peu de cas (8 à 9 par an sur les 8'000 élèves des écoles interrogées). Les écoles qui ont du personnel informé et des cours de prévention repèrent plus de situations de maltraitance. Dans l’ensemble, les écoles privées souhaitent plus d’informations sur les procédures existantes.
- SOS-Enfants (numéro de téléphone 147) fonctionne sans lien avec le dispositif public. Ce numéro d’appel et son utilité sont diversement connus des enfants. En 2003, SOS-Enfants a reçu 180 appels concernant la maltraitance.

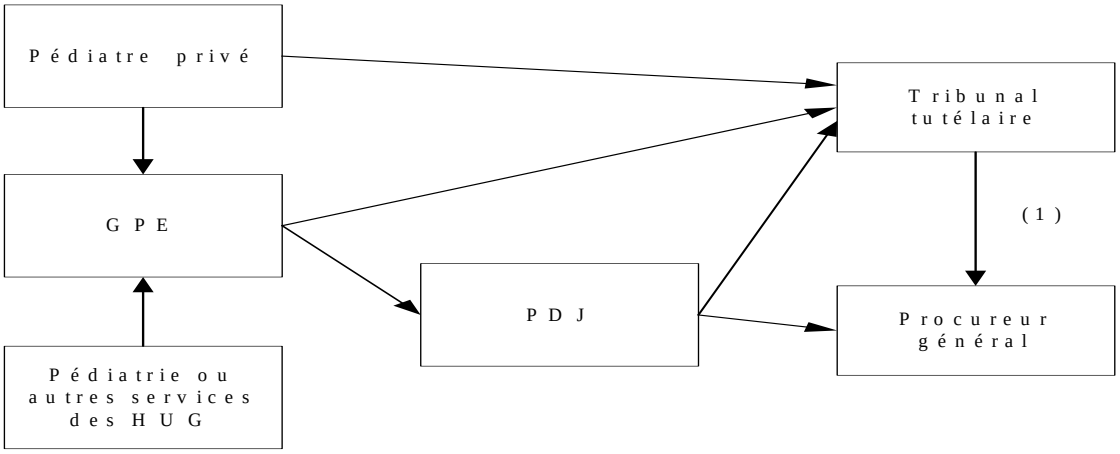
5 L'évaluation d'une situation de maltraitance : étape-clé en vue du signalement et de la dénonciation

Une fois qu'une situation de maltraitance est détectée, les professionnels désignés dans les structures concernées (SSJ, PDJ, GPE, conseillers sociaux du CO, STG pour ses pupilles) doivent en être informés. Une évaluation est réalisée, afin de compléter les informations et vérifier la pertinence des indices. Si la situation est avérée ou que les professionnels ont de fortes suspicions, un signalement est adressé à la justice civile. Selon les cas, une dénonciation est faite au Procureur général. Parallèlement les services prennent les mesures nécessaires à la protection de la victime. En cas d'urgence, la PDJ ou le STG peuvent prononcer une clause péril[63].

Il arrive qu'après une évaluation initiale (première appréciation du professionnel habilité), un signalement soit directement fait au Tribunal tutélaire, qui demande alors à la PDJ une évaluation formelle. C'est le cas, par exemple, des signalements provenant des milieux soignants. Dans les « filières » via le SSJ (crèches, écoles), la situation est en général évaluée par le SSJ, puis adressée à la PDJ qui procède à sa propre évaluation. C'est la PDJ qui ensuite signale à l'autorité tutélaire et/ou dénonce au Procureur général. Nous n'abordons pas ici les évaluations auxquelles procède le STG, tous les deux ans, afin de permettre au Tribunal tutélaire d'actualiser les jugements et les mesures de protection.

Les figures 2 et 3 illustrent les parcours possibles, dans la transmission de situations qui seront ensuite signalées et/ou dénoncées, tels qu'ils ressortent des documents reçus et des entretiens. Les flèches indiquent le sens du processus. Le processus peut être interrompu à chaque étape par la décision d'un acteur de ne pas transmettre la situation (ex. hésitation en cas de suspicion, alliance thérapeutique).

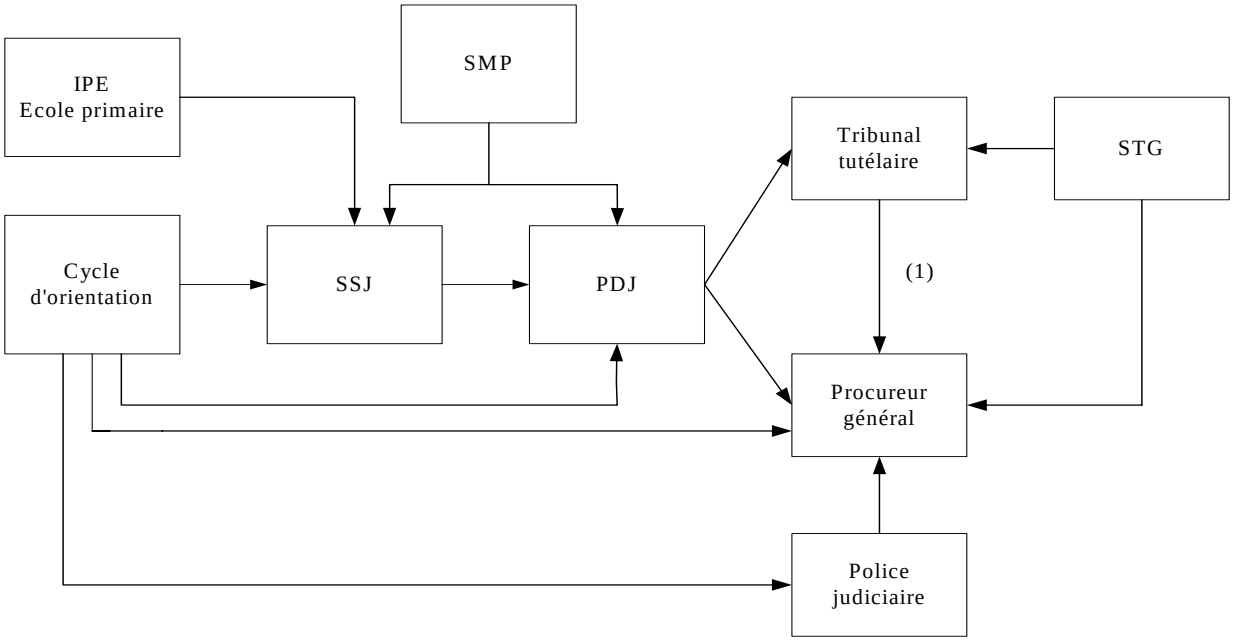
Figure 2 : Processus schématique via les pédiatres ou les HUG



(1) Parcours non mentionné dans les protocoles et procédures examinés

[63] La PDJ peut retirer provisoirement la garde de l'enfant à ses parents qui est alors placé en foyer d'accueil d'urgence ou hospitalisé. Ce service peut aussi suspendre un droit de visite. Le droit d'appliquer la clause péril a été étendu en 2000 au STG.

Figure 3 : Processus schématique depuis les institutions de la petite enfance, les écoles publiques et les services de l'Office de la jeunesse



(1) Parcours non mentionné dans les protocoles et procédures examinés

Dans ce chapitre, nous mettons l'accent sur les facteurs pouvant perturber le moment de l'évaluation d'une situation de maltraitance. L'évaluation comporte souvent plusieurs facettes : sociale, psychologique, état de santé, degré de gravité, état de souffrance de l'enfant, capacité de résilience, degré de collaboration des parents et capacité à évoluer, etc. Nous allons voir que les définitions et les seuils d'intervention propres aux institutions laissent parfois la place aux appréciations personnelles (5.1). La situation en matière de formation et de ressources ne permet pas de réduire le caractère aléatoire de l'évaluation (5.2). La plupart du temps, les protocoles et procédures sont soit absents, soit méconnus, soit diversement appliqués (5.3). Ces différents éléments ont des conséquences sur le signalement et la dénonciation (5.4).

5.1 L'évaluation dépend des définitions retenues et de l'approche institutionnelle

5.1.1 Une variété des définitions

Les définitions auxquelles se réfèrent les différentes structures varient selon les bases légales et théorique de références et les appartenances professionnelles. Pour mémoire, les définitions et termes utilisés pour le processus, sont explicités aux tableaux 5 et 7 (en annexe, pp. 123 et 124) et l'annexe 11.7 comporte un extrait du rapport fédéral « Enfance maltraitée en Suisse ».

Tableau 2 : Références des définitions retenues par les acteurs en cas de maltraitance

Références	Entité ou profession
Rapport fédéral « Enfance maltraitée en Suisse »	PDJ, assistants sociaux de la Pédiatrie
Rapport de l'OMS (2002), Manciaux & al. (1997)	SSJ
Manciaux & al. (1997) : adoptées par la CCVM	CCVM, STG[64], école primaire, directions de CO, conseillers sociaux du CO
Code pénal, code de procédure pénale (crimes, délits, infractions poursuivies d'office)	Ministère public, police judiciaire, STG, PDJ
Code civil (mesures de protection)	Tribunal tutélaire, STG, PDJ
Diagnostics et définitions de personnalité	Psychothérapeutes, SMP, SPEA
Absence de références ou pas de définitions	Crèches, foyers, familles d'accueil, pédiatres, logopédistes

Le SSJ utilise en outre dans ses définitions une gradation dans le danger (cf. tableau 6 p. 124) et inclut les « enfants en risque » par rapport à leur développement ou leur bien-être. Ce ne sont pas des enfants maltraités, mais des « enfants qui connaissent des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger leur santé, leur sécurité, leur moralité ou leur éducation ». S'il est possible que certains de ces enfants deviennent victimes de maltraitance un jour, cette évolution n'existe pas pour les autres[65]. Cette catégorie correspond en partie à ce que la PDJ appelle les cas en « zone grise »[66], mais qu'elle n'assimile pas à de la maltraitance.

Des désaccords sur ce qu'il faut inclure dans la maltraitance

Pour plusieurs responsables interrogés, les catégories utilisées par le SSJ et relevées dans ses statistiques sur la maltraitance, vont trop loin dans leur gradation, notamment en y associant les « enfants en risque ». L'utilisation conjointe des deux catégories d'enfants suivis par les infirmières du SSJ semble créer une confusion, même chez les professionnels impliqués.

Certains interlocuteurs considèrent que prendre en compte les négligences correspond à une « américanisation » du système. A l'opposé, une institution accueillant des enfants placés considère que des négligences légères, telles que laisser systématiquement un enfant seul des heures durant devant la télévision, sont de la maltraitance.

Le SMP connaît quelques cas de maltraitance (une vingtaine en 2003, soit moins de 0,5 % des enfants et adolescents traités en 2003[67]), mais seul deux d'entre eux ont été jugés « graves » au point d'entraîner la levée du secret professionnel en vue d'un signalement.

[64] En revanche, dans le protocole du STG ce sont les définitions du rapport fédéral qui apparaissent.

[65] Les statistiques du SSJ portent sur la partie des activités du service en relation avec la maltraitance. Elles font figurer les enfants en risque à côté de ceux qui sont en danger, à savoir maltraités ou soupçonnés de l'être. Les lecteurs n'ont pas une clé de compréhension explicite. Un amalgame peut être fait entre les enfants en risque et des enfants qui risquent (*trad.* : sont soupçonnés) d'être maltraités.

[66] Situations avec danger potentiel, situations à risque pouvant se déliter, négligences légères ou moyennes.

[67] Une vingtaine de cas annuels rapportés aux 4'917 enfants et adolescents traités en 2003 (Rapport de gestion du Conseil d'Etat 2004 : 192).

Une pratique orientée par la diversité des définitions

Dans l'ensemble des entretiens réalisés, les quatre types de maltraitance sont en général connus des responsables institutionnels. En revanche, certains intervenants les trouvent difficiles à utiliser (ex. pédiatres aux HUG). Dans la pratique, de nombreux professionnels de terrain interrogés prennent en compte essentiellement les abus sexuels et la maltraitance physique (ex. infirmières, enseignants, éducateurs). Chez la plupart, à moins d'être « lourde », la négligence n'est que très rarement comprise dans la maltraitance.

Les professionnels ont souvent invoqué l'absence de définitions communes comme un problème dans la collaboration. Ce qui est identifié comme de la maltraitance par l'un ne l'est pas forcément par l'autre. Par exemple, certains cas signalés par le SSJ seront ainsi « classés » par la PDJ. Autre exemple : en 2002, le Ministère public s'étonne du peu de cas qui lui parviennent de la PDJ (18), alors que le SSJ annonce presque 289 cas pour l'année scolaire 2001-2002.

5.1.2 Les seuils d'intervention

Le déroulement des interventions est jugé satisfaisant par la plupart de nos interlocuteurs, lorsque la maltraitance est grave, avérée (ex. traces de coups) ou lorsqu'il y a urgence. Dans de nombreuses situations, par contre, l'intervenant peut manquer de preuves ou les indices ne lui permettent pas franchement de conclure à de la maltraitance. Ainsi, les mauvais traitements psychologiques et certaines négligences sont difficiles à détecter. De plus, si le petit enfant ne peut pas s'exprimer par le langage, l'enfant plus âgé restera souvent loyal vis-à-vis de ses parents et dissimulera les mauvais traitements subis.

La diversité des pratiques

Nous avons observé une diversité des pratiques en matière d'urgence et de seuils d'intervention entre les institutions, parfois même à l'interne. L'encadré recense différents exemples.

Exemple à l'intérieur de la PDJ

Si la maltraitance n'est pas grave, certains assistants sociaux de la PDJ estiment parfois pertinent d'attendre avant de transmettre un cas à la direction pour signalement ou dénonciation. S'ils en ont le temps, ils travaillent avec la famille (appui éducatif) et essayent de créer un lien avec elle (faire une alliance). Parfois, il suffit d'un entretien, rappelant à la famille ses devoirs d'assistance et d'éducation, pour que les choses rentrent dans l'ordre.

Exemple entre le SSJ et la PDJ

Le SSJ procède à des évaluations qui l'amènent à signaler à la PDJ. Parfois, l'assistant social va refaire l'évaluation sans le SSJ, car il veut apprécier la situation selon ses propres critères. Les assistants sociaux rencontrés estiment que leurs collègues du SSJ s'inquiètent trop vite et qu'ils ont une définition de l'urgence de la maltraitance plus sévère. Ils relèvent aussi l'existence de pseudo-urgences. Par exemple, quand le SSJ plaide pour une intervention immédiate (ex. à la veille des vacances scolaires), alors que la maltraitance dure depuis des mois, l'assistant social peut estimer devoir prendre le temps d'entrer progressivement dans la famille si l'enfant n'est pas en danger. Il arrive donc que les conclusions diffèrent entre le SSJ et la PDJ.

Exemple entre le GPE et le SSJ

L'appréciation peut dépendre de la possibilité ou non d'approfondir l'investigation. Si une situation examinée ne permet d'avoir que des soupçons, le GPE trouve souvent des arguments pour garder l'enfant et approfondir l'observation. En revanche, le SSJ ne peut pas investiguer de façon approfondie dans le cadre scolaire (ex. en cas d'abus sexuel) et va signaler plus rapidement, afin de pouvoir compléter son appréciation par d'autres informations (médicales, sociales, etc.).

Exemple entre des structures externes et la PDJ

Des professionnels reprochent à la PDJ de vouloir à tout prix préserver le lien « parents – enfants » au détriment de l'intérêt de l'enfant. Dans des crèches ou chez certaines infirmières de la FSASD, on regrette que leur avis ne soit pas pris en considération face à une situation jugée dangereuse pour l'enfant. Les choses peuvent ainsi traîner (plusieurs mois, années). Cette remarque a également été formulée par des enseignants du primaire. A la décharge des assistants sociaux de la PDJ, relevons que des situations peuvent évoluer. Par exemple, entre l'évaluation de la cellule « accueil et première intervention » (API)[68] de la PDJ et celle de l'assistant social qui reprend le dossier, les situations ont pu devenir plus urgentes ou moins urgentes.

L'appréciation personnelle

En plusieurs endroits, une large place est laissée à l'appréciation personnelle pour déterminer s'il y a maltraitance ou non (certains groupes du secteur appui éducatif de la PDJ, enseignants du primaire et du CO, SMP, etc.). En l'absence de définitions et critères précis, les valeurs individuelles peuvent prendre une place importante dans l'évaluation. Des professionnels s'interrogent : doit-on signaler « quelques gifles » si, par ailleurs, l'enfant semble aller bien ? Selon la doctrine oui, selon le « bon sens commun », pas nécessairement. La sensibilité personnelle (certains s'alertent plus vite alors que d'autres minimisent) peut jouer un rôle, renforçant ainsi la diversité des réponses possibles.

5.2 L'évaluation dépend de la connaissance du sujet et des outils à disposition

La formation permet de réduire le fonctionnement aléatoire, lorsqu'elle donne des bases suffisantes aux professionnels pour interpréter les indices et qu'elle leur permet de connaître les rôles et missions des organes compétents en matière de protection de l'enfance. La formation des professionnels en contact direct avec les enfants et les familles (social, santé, enseignement) leur fournit-elle des informations, des références pouvant contribuer à leur donner des compétences en vue de leur intervention sur le terrain ? Les intervenants disposent-ils d'outils et de ressources pour étayer leur appréciation ?

5.2.1 Niveau de connaissance de la problématique

Une offre hétérogène de formation de base et continue

Nous avons analysé 14 programmes de formation établis par les principales écoles destinées aux futurs professionnels (7 formations de base) et au personnel en place (7 formations continues) dans les domaines de la santé, du social et de l'enseignement. La liste figure à l'annexe 11.1[69]. Pour l'essentiel, nous retenons les éléments suivants :

- Dans le domaine santé-social, les formations (de base et continue) se préoccupent de la question de la maltraitance de façon très hétérogène, que ce soit en quantité (de 2 à 24 heures), en objectifs (tantôt sensibilisation, tantôt information, tantôt méthode d'intervention) et en approches (psychologique, psychosociale, opérationnelle). Il est par ailleurs difficile de savoir dans quelle mesure ces formations sont effectivement suivies : pour les formations de base, le système des modules et de crédits ne permet pas toujours de discerner si les cours

[68] Cellule créée en octobre 2003. Elle reçoit toutes les situations nouvelles, évalue l'urgence et oriente vers le groupe concerné du secteur appui éducatif.

[69] Le détail de l'analyse a fait l'objet d'une annexe séparée qui peut être obtenue auprès du secrétariat de la CEPP.

sont obligatoires ou facultatifs ; pour les formations continues, leur fréquentation ne nous est pas connue.

- Dans le secteur de l'enseignement, la question de la maltraitance reste un objet de formation marginal dans la formation de base et absent de la formation continue.
- De manière plus générale, on constate que, comme dans le dispositif de détection et de prise en charge de la maltraitance, il n'existe ni vision globale, ni politique concertée, ni coordination interinstitutionnelle dans le domaine de la formation des professionnels concernés.

Ce caractère variable, hétérogène, parfois lacunaire des formations de base des collaborateurs en place est confirmé par les entretiens. De plus, certains collaborateurs n'ont pas du tout eu accès à des connaissances spécifiques, comme les enseignants du primaire et du secondaire formés il y a plusieurs années ou les juges du Tribunal tutélaire.

La diversité des formations contribue à l'existence de « cultures professionnelles » différentes sur le terrain. Elle entraîne aussi une connaissance inégale des définitions, des « droits et devoirs » des professionnels, des modes d'intervention et du dispositif. Sur le terrain, cela contribue, chez les professionnels des divers secteurs, à l'existence de différences, voire de divergences, dans la lecture des situations et la mise en œuvre des actions.

Des possibilités inégales de formation continue et de supervision dans les structures

La formation continue, offerte et suivie, varie énormément d'une entité à l'autre en quantité et en qualité. Nous n'avons pas toujours obtenu d'informations précises et systématiques pour chaque structure, mais nous pouvons relever plusieurs éléments significatifs.

Dans le dispositif de détection et de prise en charge, les personnes formées sont les infirmières cliniciennes SMI de la FSASD (formation ad hoc avec la Pédiatrie) et les éducateurs de certains foyers (principalement ceux de l'Hospice général). Les conseillers sociaux du CO ont suivi une formation de 2 jours sur la détection et la prise en charge initiale et un programme facultatif modulaire leur sera offert. Quelques assistants sociaux de la PDJ se sont formés de façon très complète à l'époque du groupe d'audition des enfants[70].

Certaines entités donnent la possibilité de suivre des cours ciblés et les collaborateurs peuvent se former, souvent sans obligation et selon leur intérêt personnel. La moitié environ des assistants sociaux de la PDJ se sont ainsi formés spécifiquement, certains assistants sociaux du STG, certains participants du GPE, les infirmières cliniciennes de la FSASD.

Au Ministère public, il y avait auparavant deux substituts qui s'étaient spécialisés sur les cas d'abus sexuels. Aujourd'hui, il s'agit d'une « formation sur le tas » : tous les substituts visionnent des entretiens filmés et la manière dont les questions sont posées par les enquêteurs. Ils s'impliquent aussi dans les enquêtes.

Au primaire, les nouveaux enseignants ont depuis 2003 une journée d'information sur les rôles des services de l'Office de la jeunesse. La maltraitance est évoquée parmi les autres problématiques.

Quelques entités n'offrent rien de spécifique : le SSJ, le Tribunal tutélaire, le Cycle d'orientation.

[70] Groupe interne spécialisé dans les auditions en cas d'abus sexuels. Compte tenu des exigences de la LAVI, les auditions sont devenues de la compétence exclusive de la police judiciaire, dont les inspecteurs sont formés.

Dans certaines structures, il existe la possibilité de supervisions individuelles ou collectives au cours desquelles les cas de maltraitance peuvent être abordés : au SSJ, à la PDJ (pas tous les groupes), au STG, au GPE, à la FSASD, dans les foyers. Pour des raisons budgétaires, ces supervisions sont souvent limitées, voire ont été supprimées.

Il faut cependant noter que pour des raisons de restrictions budgétaires et de surcharge, de nombreux collaborateurs se plaignent du manque de possibilités réelles en matière de formation continue. Ces éléments viennent renforcer les constats d'hétérogénéité, voire de lacunes déjà mentionnés dans la formation de base. Ils sont préjudiciables à toutes les étapes du processus, en particulier dans les premiers contacts avec l'enfant et dans l'évaluation des indices à disposition.

5.2.2 Manque de critères et de grilles d'observation

La grande majorité des professionnels ne dispose pas d'outils pour étayer ses observations et son appréciation. Seules les infirmières cliniciennes SMI en ont et les utilisent (FSASD 1998), ainsi qu'environ un quart des pédiatres interrogés par questionnaire[71]. Le protocole de la PDJ contient des listes de symptômes qui permettent de suspecter une situation de maltraitance. Selon les assistants sociaux rencontrés, ils ne sont cependant pas utilisés.

Autrement dit, il n'y a pas de base commune dans la plupart des structures, à laquelle les professionnels peuvent se référer ni, a fortiori, permettant de faciliter les échanges dans une évaluation pluridisciplinaire. La CCVM est sollicitée pour jouer ce rôle en abordant des cas exemplaires sous un angle institutionnel. Elle n'arrive cependant pas à le faire de façon soutenue, étant donné l'étendue des sujets à débattre et le peu de séances de la commission.

5.2.3 La possibilité de recourir à des ressources institutionnelles

Les intervenants de terrain peuvent parfois s'adresser à des personnes ou des groupes de référence internes pour les aider à évaluer une situation. Dans certains services, des structures existent pour ne pas laisser le collaborateur seul : si la première appréciation lui appartient, il peut s'appuyer sur des relais. Au STG, c'est le chef de groupe, dans certains groupes du secteur appui éducatif de la PDJ également. Au SSJ, les infirmières peuvent s'adresser aux médecins[72]. Au SMP, la hiérarchie et la cellule «maltraitance et abus sexuels» sont à disposition, mais il n'existe pas de définitions ou de critères pour décrire, par exemple, quand un enfant court un « danger grave ». A la FSASD, les infirmières cliniciennes en santé maternelle et infantile (SMI) regrettent de ne pas toujours pouvoir joindre la spécialiste clinique SMI dans les cas d'urgence[73]. Au Tribunal tutélaire, les juges échangent entre eux pour construire une sorte de jurisprudence interne ; celle-ci n'est cependant pas formalisée. Au GPE, il existe une pratique systématique d'évaluation à deux, sauf le week-end car les assistantes sociales ne travaillent pas.

Un récent protocole donne la possibilité aux assistants sociaux de la PDJ de solliciter la cellule « Maltraitance et abus sexuels » du SMP, lorsqu'ils ont besoin de l'éclairage de sa responsable, mais peu l'ont fait pour l'instant. Le GPE est ouvert aux demandes d'évaluation externes ; toutefois sa capacité est limitée.

---

[71] La question donnait comme exemple : grille de critères. Des pédiatres ont précisé qu'ils se référaient à des revues scientifiques ou spécialisées.

[72] Sauf quand il s'agit d'internes qui changent régulièrement.

[73] Les spécialistes cliniques sont des infirmières expertes dans une spécialité de soins. La seule spécialiste SMI ne peut pas être toujours présente. C'est parfois, une autre spécialiste qui va répondre aux infirmières sur le terrain.

A l'Office de la jeunesse (OJ), la Commission d'éthique[74] peut être interpellée, en tant qu'organe extérieur aux services, pour se prononcer du point de vue éthique sur une situation de maltraitance traitée par le SSJ, le STG ou la PDJ. Le SMP ne la saisit pas.

5.3 L'application du cadre formel

5.3.1 Connaissance et application des procédures

Nous nous concentrons ici sur l'application des documents qui ont trait à l'évaluation initiale et indiquant la suite à apporter (ex. transmission de la situation, signalement). Les informations du tableau 3, proviennent des 11 entretiens de groupes, réalisés avec 102 professionnels de terrain. Elles révèlent l'état de la connaissance des documents de référence et de leur application au moment des entretiens.

Tableau 3 : Connaissance et application par les professionnels des procédures existantes en matière d'évaluation et de transmission d'informations (hiver 2003 - 2004)

Service	Protocole	Autre	Connu de tous	Utilisé dans la pratique quotidienne	Commentaires
Enseignants du primaire (Tous avaient déjà rencontré une situation de maltraitance)	Non	Affichette Procédure via infirmière SSJ Protocole interne selon les écoles	Oui Oui ?	Oui, en général	Tous ne savent pas qu'il faut informer l'inspecteur. En cas de soupçons, certains en parlent d'abord entre collègues, avant d'alerter l'infirmière.
CO - directeurs - conseillers sociaux	Oui, 2003		Oui	A voir, trop récent	Marge de manœuvre dans l'appréciation de ce qui est transmis par les conseillers sociaux. Groupes de travail pour définir les informations utiles et nécessaires.
SSJ (infirmières)	Oui, 2003		Oui	Oui	Fonctionne bien pour la maltraitance avérée.
PDJ (assistants sociaux secteur appui éducatif)	Oui, 1998		Non mais presque	Varie selon les situations, les groupes, les personnes (sauf si avéré ou grave)	Le protocole de 1998 est parfois inapplicable (évaluer à 2). Aucun autre document cité.
STG (assistants sociaux secteur mineur)	Oui, 1998		Non	Non	Il manque un protocole clair mais souple.

[74] Commission nommée par la présidence du DIP, composée de 7 personnes extérieures à l'OJ. Elle a notamment pour mandat d'apporter un regard extérieur et éthique sur les pratiques institutionnelles internes, que ce soit en plan général (dispositif) ou à partir de situations concrètes.

Service	Protocole	Autre	Connu de tous	Utilisé dans la pratique quotidienne	Commentaires
SMP (médecin, psychologues, logopédistes)	Oui, avec SSJ, PDJ, CO	Classeur avec modalités générales de collaboration Note interne sur la levée du secret	Oui Oui	Oui Oui, en général	Au CO, le psychologue a une marge de manœuvre dans ce qu'il communique ou non. Le secret professionnel n'est pas levé, sauf en cas de danger grave couru par l'enfant.
GPE (toutes spécialités)	Non	Marche à suivre pédiatres aux urgence	Oui	Oui	La pratique de groupe interdisciplinaire supplée au manque de protocole commun.
		Lettre OJ-HUG	Non		L'information n'est pas encore parvenue à chacun.
FSASD (infirmières cliniciennes SMI)	Non	Grille d'observation Procédure via pédiatre	Oui	Oui	Chaque unité « aide et soins » (CASS) a ses modalités dans la façon d'impliquer les aides familiales, de déléguer à d'autres infirmières, etc.
Crèches	Non	Affichette SSJ - SMP	Oui	?	Certaines crèches ont des directives internes.
Foyers	HG, oui		Oui	Oui	
(ACASE, FOJ, HG)	Autres, non				Certains regrettent. Chaque cas est unique.

Les commentaires du tableau 3 relèvent le décalage pouvant exister entre les prescriptions et la pratique. Des entretiens, nous relevons en particulier :

- Les infirmières du SSJ, comme de la FSASD travaillent à partir de documents formalisés et ont en général des connaissances et des pratiques comparables entre elles.
- Les enseignants du primaire interrogés ont déjà eu à faire face à des situations de maltraitance et connaissent donc la procédure via le SSJ. Il est cependant ressorti que, selon la qualité de la relation avec l'infirmière SSJ, certains enseignants s'adressent directement à la PDJ.
- Les membres du GPE n'ont pas les mêmes définitions selon leur spécialité ou leur profession. Les procédures varient selon les services des HUG auxquels ils appartiennent. Toutefois, plusieurs personnes travaillent au GPE depuis de nombreuses années et ont appris à fonctionner ensemble, ce qui tend à atténuer les difficultés liées à des différences d'approches.
- Plusieurs travailleurs sociaux (STG, PDJ, conseillers sociaux du CO), soit ne connaissent pas le protocole, soit l'appliquent avec une large marge d'appréciation (culture professionnelle). Nombreux sont ceux qui reconnaissent cependant le besoin de lignes directrices.

5.4 Le signalement et la dénonciation

Selon les définitions utilisées, la formation reçue, les outils employés et la connaissance des protocoles, le jugement sur les seuils d'intervention va varier et influencer la démarche de signalement ou de dénonciation.

5.4.1 Le signalement

Dans le cas des médecins et professions assimilées, en cas de levée du secret professionnel, les personnes ou les services s'adressent directement au Tribunal tutélaire. Probablement en vertu de l'article 7 al. 2 LOJ, le SMP passe la plupart du temps par la PDJ et quelques fois par le SSJ. Quand un cas de maltraitance parvient à la PDJ (cf. figures 2 et 3, pp. 39 et 40), son protocole prévoit que toutes les situations, avérées ou non, sont transmises à la direction qui décide de la suite à donner au signalement.

Dans les cas de maltraitance avérée ou grave, le signalement ne semble poser aucun problème. En revanche, quand les choses sont incertaines, les témoignages concordent pour montrer la tension existant entre « signaler en se trompant et faire des dégâts » ou « ne pas signaler et passer à côté de quelque chose de grave ». Cela se traduit par des hésitations, voire un non signalement. Nous avons aussi vu qu'un tri des situations pouvait se faire au GPE, à la PDJ, au SMP. Au niveau de l'évaluation initiale du SSJ aussi, même si la focale est plus large, certaines situations de maltraitance ne sont pas communiquées à la PDJ.

Dans son analyse législative, M. Stettler relève qu'il n'appartient pas aux services de faire le tri de ce qui est transmis à l'autorité tutélaire : « selon l'article 307, al. 3 CC, c'est aussi à l'autorité tutélaire qu'il appartient, au besoin, de rappeler les père et mère à leur devoir, ou encore de donner ses indications ou des instructions relatives au soin, à l'éducation à la formation de l'enfant » (2004 : 30). Il estime que le signalement à l'autorité tutélaire devrait constituer la règle, hormis pour les cas déjà connus de la PDJ qui passent par elle pour être signalés. Du côté des professionnels de la santé, M. Stettler indique qu'il suffit d'indices sérieux « de commission d'un acte délictueux » pour que ceux-ci lèvent le secret (2004 : 20). Par ailleurs, il souligne que la procédure consistant à reconnaître au collaborateur la compétence de lever lui-même le secret professionnel (ou de fonction) s'écarte du droit fédéral et cantonal (2004 : 26-27).

Nous avons vu que les pratiques des services ne suivent pas cette direction. Cependant, en l'absence de cadre précis et commun (cf. définitions, protocoles), de critères et de règles à suivre comparables, cet état de fait est pour le moment inévitable.

5.4.2 La dénonciation

Au niveau du primaire, le cahier des charges de l'enseignant rappelle l'obligation de tout fonctionnaire de dénoncer au Procureur général les crimes et délits qui sont poursuivis d'office (article 11 CPP)[75]. En matière de maltraitance cependant, les enseignants doivent passer par le SSJ. Les situations devant être dénoncées sont adressées à la PDJ par le SSJ et le SMP. Le protocole de la PDJ prévoit que la direction du service dénonce au Procureur général ou à la police[76]. Au Cycle d'orientation, le protocole précise que la dénonciation est effectuée par la direction, le chef de groupe des conseillers sociaux ou par l'OJ. La dénonciation peut être adressée à la justice, à la police ou être déléguée à la PDJ.

[75] Cf. supra point 3.1.2.
[76] Protocole d'intervention en matière de maltraitance de la PDJ (mai 1998), p. 25.

En 1992, le Procureur général avait confirmé que « toutes les infractions contre la vie, l'intégrité corporelle ou les mœurs, dont les victimes sont des enfants, doivent être poursuivies d'office, sans qu'une plainte ne soit nécessaire, à deux exceptions près : les lésions corporelles simples et les voies de fait isolées [77]». Etant conscient que dans l'appréciation il pouvait y avoir des nuances, le Ministère public se tenait à disposition des différents partenaires, pour déterminer l'existence d'un crime ou d'un délit en cas de doute. Avec le changement de Procureur général, cette pratique s'est perdue. Les institutions (conseillers sociaux du CO, PDJ) se sont trouvées sans interlocuteur avec qui évaluer la pertinence de dénoncer une situation. La pratique a été restaurée au printemps 2004, grâce à la CCVM.

Avec la diversité des acteurs et des aléas de l'évaluation, peu de situations parviennent au Procureur général. Nous avons vu qu'en 2002 le Ministère public s'étonnait du peu de dénonciations reçues de la PDJ en particulier. Selon les différents interlocuteurs issus du pouvoir judiciaire, il appartient à la justice d'enquêter, même si les preuves ne sont pas toutes réunies. Au début de l'année 2004, les directives du Procureur général de 1992 ont été réactivées et selon la CCVM les dénonciations sont en train d'augmenter.

5.4.3 Signaler et dénoncer : quelle pratique adopter ?

En matière de seuils de signalement, les divergences du terrain sont le reflet de celles existant au plus haut niveau. Au sein de la CCVM, d'importantes divergences existent en matière de signalement et de dénonciation entre le pouvoir judiciaire, la police, les services de l'OJ. Certains sont les tenants d'une transmission systématique des situations de maltraitance, même non avérée, aux instances judiciaires civile et pénale responsables de statuer sur la suite à leur donner. D'autres sont plus nuancés sur les seuils à partir desquels intervenir (ex. dénoncer toutes les voies de fait *versus* seulement les voies de fait graves) ou estiment nécessaire d'agir selon la gravité du cas et de régler ce qui peut l'être au niveau du terrain (la dénonciation et le signalement étant perçus comme une rupture de la relation de confiance dans une aide au changement).

L'avant-projet de la loi fédérale réglant la procédure devant les autorités de protection de l'enfant et de l'adulte (LPPEA) prévoit un devoir d'aviser l'autorité[78]. Dans un article, une juge du Tribunal tutélaire se prononce en faveur de cette pratique de signalement systématique, estimant que « les inconvénients éventuels qui peuvent résulter d'une disposition telles que l'article 22, al. 1 LPPEA – tel un accroissement de signalements non fondés – doivent être considérés comme moins graves que la situation inverse, où des cas de maltraitance risquent, par une interprétation extensive de la notion de secret de fonction, de ne jamais être signalés» (citée par Stettler 2004 : 40).

Nos résultats montrent la nécessité d'une harmonisation des pratiques et des seuils. Il faut cependant aussi tenir compte de la réalité actuelle de travail dans les structures étatiques concernées. Au chapitre 6, nous verrons qu'une charge de travail importante peut amener les intervenants à réagir de façon plus rapide, tout en approfondissant moins leur appréciation. Dans ce contexte, il existe un risque objectif d' « embouteillage » au bout de la chaîne (tribunaux, STG, foyers). Le prochain chapitre montrera que la durée des procédures judiciaires peut être particulièrement longue et que les foyers manquent de places. Sans une adéquation des moyens aux objectifs, le processus de prise en charge peut devenir une source supplémentaire de difficulté pour l'enfant et ses proches : ruptures de suivi, réponses inadaptées, etc.

---

[77] Lettre de M. Bernard Bertossa au Dr Roger Mounoud (SSJ) du 31.08.1992.
[78] LPPEA, version de juin 2003, art. 22, al. 1.

Principaux enseignements

L'évaluation des situations des maltraitance infantile fait fréquemment intervenir plusieurs professionnels, de façon successive ou interdisciplinaire. La perception des situations dépend du cadre de référence théorique (ex. définitions, bagage selon la formation), de la reconnaissance du phénomène qu'en ont les institutions (mission, directives, possibilités de formation continue), ainsi que de l'expérience individuelle et institutionnelle. Nous relevons en particulier :

- Les quatre définitions de maltraitance sont en général connues des responsables institutionnels. Mais dans la pratique, plusieurs catégories de professionnels prennent en compte essentiellement les abus sexuels et la maltraitance physique. L'absence de définitions communes pose des problèmes de collaboration et de cohérence de l'action d'un service à l'autre.
- Les formations (de base ou continue) sur la maltraitance, quand elles existent, sont très diverses en durée et en contenu. Les connaissances très inégales des professionnels des divers secteurs contribuent aux différences de jugements sur les situations rencontrées. Peu de secteurs professionnels utilisent des grilles d'observation ou de critères (infirmières SMI de la FSASD, quelques pédiatres). Il n'y a pas de référence commune pour faciliter l'évaluation des cas. Les seuils d'intervention varient selon les institutions, parfois à l'intérieur d'un même service, et selon l'appréciation des professionnels. Il arrive que, malgré l'existence de protocoles qui détaillent les modalités à appliquer, des professionnels choisissent ce qui est transmis ou non.
- Si quelqu'un estime qu'il y a lieu d'intervenir pour protéger un enfant, la loi prévoit une information (signalement) du Tribunal tutélaire. A chaque échelon d'intervention, les professionnels expriment leurs hésitations, lorsqu'ils doivent prendre la décision de signaler ou non un cas.
- Pour les acteurs du système préscolaire ou scolaire, le signalement se fait à travers le SSJ et la PDJ qui gardent un pouvoir d'appréciation. C'est la PDJ qui décide de transmettre ou non au Tribunal tutélaire. L'analyse législative effectuée pour la CEPP relève que le signalement à l'autorité tutélaire devrait constituer la règle.
- Quand il y a crime ou délit poursuivi d'office, il doit y avoir dénonciation au Procureur général. Pour les acteurs du système préscolaire et du primaire, cette dénonciation passe par la PDJ qui apprécie l'opportunité de dénoncer et effectue la dénonciation au Ministère public. Le Procureur général s'étonne du peu de dénonciations qui lui parviennent de la PDJ.
- L'absence de cadre précis et commun, de critères et de modes de gestion comparables, notamment au sein des services de l'Office de la jeunesse, aboutit à une pratique fortement aléatoire à chaque étape du processus.

6 La prise en charge des situations de maltraitance

De l'avis de nombreux interlocuteurs, le dispositif genevois de protection de la jeunesse est reconnu comme étant particulièrement dense, doté d'un réseau varié, notamment lorsqu'on le compare avec d'autres cantons suisses. De nombreux intervenants estiment que le dispositif fonctionne bien dans son ensemble. Beaucoup d'entre eux, y compris les collaborateurs sur le terrain, sont en revanche conscients de ses lacunes. Au cours des entretiens, plusieurs éléments signalés de façon significative, de par leur fréquence et la diversité de leur provenance, peuvent être relevés comme autant de points critiques. Les professionnels que nous avons auditionnés sont engagés, soucieux de faire leur travail au plus près de leur conscience. Toutefois, pris dans la gestion du quotidien, souvent de façon cloisonnée, ils ne savent pas comment résoudre les problèmes rencontrés.

La prise en charge des situations de maltraitance est souvent une activité qui vient s'ajouter aux autres activités que doivent assumer les services et les collaborateurs. Nous n'avons pas analysé de façon quantitative les prestations relatives à la prise en charge des situations de maltraitance seulement, ni les moyens nécessaires pour faire face à l'ensemble des activités des services. Dans ce chapitre, nous relevons différents points critiques dans la prise en charge des victimes de maltraitance. Celle-ci est abordée au travers de critères retenus pour les questions d'évaluation. Après avoir brièvement décrit la prise en charge par les acteurs centraux du dispositif étatique (6.1), nous parlerons des conséquences de la charge globale de travail évoquée par les services sur la qualité de leurs interventions (6.2). Nous traiterons ensuite de la durée de la procédure (6.3), des zones de faiblesse dans l'application des mesures de protection (6.4), notamment dans une perspective globale qui devrait inclure les familles (6.5). Nous conclurons sur l'évaluation des mesures et activités, ainsi que de leurs effets (6.6).

Dans ce chapitre, nous ne parlerons pas de certains acteurs dont nous n'avons pas examiné le rôle ou seulement de façon marginale :

- la police judiciaire qui, en dehors des auditions d'enfants, a essentiellement pour tâche d'enquêter sur l'agresseur présumé,
- les juges du Tribunal de Première instance (ex. divorces) et les juges d'instruction qui mènent l'enquête sur les agresseurs présumés,
- le Tribunal de la jeunesse qui s'occupe des agresseurs mineurs, mais qui est dans l'impossibilité matérielle d'identifier les affaires en lien avec la maltraitance infantile,
- le centre LAVI qui ne reçoit que les gens qui acceptent de s'adresser à lui et qui doit garder le secret absolu sur les informations dont il dispose[79],
- la Consultation interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (CIMPV) qui envoie à la Pédiatrie les rares cas d'enfants de moins de 16 ans identifiés comme des victimes,
- les curateurs avocats, nommés dans certaines procédures de divorce ou chargés de la défense des intérêts du mineur dans le cas d'une procédure pénale.

[79] RS/CH 312.5 du 4 octobre 1991, art. 4.

6.1 La prise en charge effectuée par les acteurs centraux du dispositif

Une fois qu'une situation de maltraitance est évaluée, les structures concernées prennent en charge l'enfant, selon leur spécificité (socio-éducative, médicale, thérapeutique, judiciaire), avant, pendant et après un éventuel jugement.

Après une évaluation initiale et surtout dans les écoles primaires, le SSJ peut être amené à suivre des familles sur les plans de l'hygiène, du sommeil ou de l'alimentation de leur enfant. Cependant, ces questions peuvent aussi être prises en charge par le pédiatre de l'enfant.

Le SMP peut intervenir pour un soutien psychothérapeutique de l'enfant maltraité. Il intervient au même titre que des psychologues-psychothérapeutes ou pédopsychiatres du secteur privé. Les enfants suivis par le SMP sont essentiellement des enfants en âge scolaire. Selon une répartition « historique », encore non formalisée, le Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SPEA) des HUG s'occupe plutôt des plus jeunes. Les parents d'enfants maltraités ont le choix de s'adresser à l'une ou l'autre des structures. Le secret professionnel sera invoqué pour ne pas communiquer si l'enfant suit ou non une thérapie, sauf en cas d'accord des parents ou du jeune.

Au Cycle d'orientation (CO), les conseillers sociaux sont chargés d'aborder les problèmes sociaux et éducatifs rencontrés par les élèves. En cas de situations de maltraitance sans danger immédiat et si le jeune réclame la confidentialité par rapport aux autres adultes de l'école, les conseillers sociaux tendent à respecter cette demande.

La PDJ assure un appui éducatif aux parents. Dans le même temps, elle doit veiller à l'intérêt du mineur. En cas de danger couru par l'enfant, elle prononce une clause péril consistant à retirer provisoirement la garde aux parents. Lorsqu'une mesure de protection est ordonnée par le Tribunal tutélaire, la PDJ ferme le dossier et le transmet au STG. En théorie, les assistants sociaux se voient au moment de la transmission. En pratique, cela ne se fait pas systématiquement.

Le STG applique les mesures de protection décidées par le Tribunal tutélaire. Il intervient dans un rôle d'appui éducatif et social auprès des familles, dans la perspective de réintégrer au mieux l'enfant. Il coordonne les activités des autres intervenants à la suite d'un jugement civil. En cas de maltraitance grave à l'encontre de l'un de ses pupilles, le STG est aussi habilité à prononcer une clause péril.

La Pédiatrie apporte les soins physiques et psychiques aux enfants qui lui parviennent[80]. Le GPE procède aux évaluations. Une fois l'enfant sorti de l'hôpital, la responsabilité est confiée à un autre intervenant.

Le Tribunal tutélaire statue sur une éventuelle maltraitance et, le cas échéant, ordonne des mesures de protection de l'enfant.

Le Ministère public s'occupe de l'agresseur suspecté.

6.2 Temps à disposition et effet sur la prise en charge

Aujourd'hui, le nombre d'enfants augmente, le nombre de situations à prendre en charge aussi (cf. tableau 4). Parfois, des prestations viennent s'ajouter, sans que d'autres soient retirées. Dans le même temps, la plupart des acteurs constatent que les situations qui leur parviennent sont de plus en plus complexes. Des prestations de prévention sont supprimées ou réduites (ex.

[80] Le SPEA délègue des collaborateurs à l'unité de liaison basée en Pédiatrie.

diminution du temps des consultations assurées par les infirmières SSJ dans les écoles). De nombreuses institutions ont le sentiment de ne pas pouvoir faire leur travail avec le nombre postes à disposition. Dans le cadre de cette évaluation, nous n'avons pas analysé l'adéquation entre le nombre de postes et les prestations fournies par les services, puisque nous nous sommes concentrés sur les situations de maltraitance. Nous avons cependant entendu à plusieurs reprises que le manque de temps des intervenants pour leur travail en général devient aigu dans les situations de maltraitance qui sont particulièrement dévoreuses de temps et d'énergie.

La charge de travail des services de l'Office de la jeunesse

Le tableau 4 montre l'évolution de quelques activités des services et du nombre de postes en regard de l'évolution du nombre d'élèves dans l'enseignement public. Il donne des ordres de grandeur sur cette évolution, sans donner d'indications sur la nature de ce suivi, du temps consacré, etc.

Au SSJ, les interlocuteurs rencontrés évoquent une surcharge générale de travail[81]. Selon les infirmières, les conséquences sur les situations de maltraitance en particulier s'observent dans les cas où les mauvais traitements sont difficiles à prouver et qu'il faudrait suivre de façon plus soutenue. A cause d'un manque de disponibilité, quand l'enfant ou ses parents ratent des rendez-vous, il leur arrive de ne pas les relancer. Dans ce service où la détection et la « prise en soins » de la maltraitance est déclarée prioritaire, le nombre de situations détectées augmente de façon continue depuis une douzaine d'années. Entre 2001-2002 et 2002-2003, le nombre de situations avérées ou soupçonnées est passée de 289 à 360[82] (SSJ 2002 : 2 et 2003 : 2).

Par ailleurs, le SSJ intègre dans ses activités de protection des enfants en danger, les situations d'enfants en risque qui ne sont pas maltraités, mais qui pourraient l'être un jour[83]. Il s'agit d'activités relevant de la prévention primaire[84]. En 2001-2002, 422 situations de ce genre ont été relevées par les infirmières (soit 59,5 % des 711 situations d'enfants en danger ou menacés identifiées). L'année suivante, leur nombre est passé à 801[85] (soit 69 % des 1161 situations identifiées) (SSJ 2002 : 2 et 2003 : 2). Au chapitre 8, nous revenons en détail sur la nécessité d'une adéquation entre les missions, compétences et effectifs.

[81] Le 15 septembre 2004, le Conseil d'Etat a débloqué l'équivalent de 5,2 postes d'infirmières scolaires pour l'année en cours.
[82] Nous ne pouvons établir la tendance exacte puisque sur 360 situations, 144 étaient déjà connues et suivies par le SSJ et que cette information n'est pas disponible pour l'année précédente.
[83] Cf. tableau 6, p. 124.
[84] Selon la définition de l'OMS, la prévention primaire entend sensibiliser l'individu aux avantages du bien-être ou aux risques de certains comportements, avant qu'ils n'existent (Dictionnaire suisse de politique sociale 2002 : 246).
[85] Sur 801 situations d'enfants en risques, 70 étaient connues ou suivies. L'information n'est pas disponible pour l'année précédente.

Tableau 4 : Nombre d'enfants suivis par les services de l'OJ, de postes et d'élèves dans l'enseignement public et privé

	1995 (ou 1995-1996)		2002 (ou 2002-2003)	
	Nombre total d'enfants	Personnel (postes)	Nombre total d'enfants	Personnel (postes)
SSJ (infirmières scolaires) ❶ - visites de santé - suivis d'enfants (dont enfants maltraités) - etc.	22'195 *non disponible*	31,55	31'857 ① 8'013	36,05
PDJ (assistants sociaux du secteur appui éducatif) ❶	2'789	29,25	3'065	34,4
STG (assistants sociaux du secteur mineurs) ❶	1'409	30	1'958	30
SMP (médecins-assitants, psychologues et logopédistes des consultations de secteur et des adolescents) ❶ - nombre enfants traités - etc.	② 3'928	❷ 66,75	③ 4'644	❸ 103,5
	Nombre d'élèves 1995-1996 ④		Nombre d'élèves 2002 ⑤	
Classes enfantines et primaires : public	31'443		35'361	
Classes enfantines et primaires : privé	3'555		4'682	
Cycle d'orientation (public)	10'418		12'158	
Equivalent Cycle d'orientation (privé)	1'287		1'993	

Sources : Tableaux remplis par les services ou
① *Rapport de gestion du Conseil d'Etat 1996 : 186*
② *Rapport de gestion du Conseil d'Etat 1996 : 86 (chiffres 1994-95)*
③ *Rapport de gestion du Conseil d'Etat 2004 : 192*
④ *Annuaire statistique 1997 : 317, 325*
⑤ *Annuaire statistique 2003 : 346, 350*

Remarques :
❶ *Pour l'ensemble des enfants de 0 à 18 ans*
❷ *En 1999, il y a eu au SMP le transfert de 25,5 postes de conseillers sociaux des CO*
❸ *Chiffres de 2003*

Concernant la PDJ, sur un plan général, la plupart des personnes interrogées parlent d'indisponibilité et de surcharge des collaborateurs. Selon les assistants sociaux de la PDJ, cette surcharge a pour conséquence un manque de temps pour voir certaines familles qui auraient besoin momentanément d'un soutien éducatif (cf. situations en « zone grise »). Le travail de prévention ne se fait plus. Leurs partenaires soulignent que la rotation des assistants sociaux (absence pour maladie, départ) entraîne un changement répété d'interlocuteur pour un même dossier. En ce qui concerne la maltraitance, des situations « limites » qui auraient pu être stoppées à temps, se péjorent. Les assistants sociaux de la PDJ déplorent d'en arriver à « zapper » d'une situation à une autre et de ne travailler que dans l'urgence, ce qui affecte directement la qualité de la prise en charge et du suivi. Il leur arrive de se « débarrasser » d'une situation jugée trop lourde (ex. parents qui ne collaborent pas), en demandant une curatelle d'appui éducatif au Tribunal tutélaire. Ainsi, le dossier passera au STG, si cette mesure est suivie par le juge. Par ailleurs, face au manque de disponibilité de la PDJ, des conseillers sociaux du CO gèrent eux-

mêmes des situations simples qui normalement auraient dû être transmises à la PDJ. Cela a des répercussions sur leur propre travail.

Invoquant une surcharge de travail (augmentation considérable du nombre de mandats du Tribunal tutélaire), rendant impossible un suivi correct des pupilles, et constatant l'épuisement professionnel de nombreux collègues[86], les collaborateurs du STG ont décrété unilatéralement un moratoire[87]. Ainsi, entre novembre 2003 et mai 2004, les collaborateurs n'ont plus accepté de prendre en charge de nouveaux dossiers, hormis les situations d'urgence. Lorsque nous avons rencontré des collaborateurs du STG en janvier 2004, ceux-ci déploraient le manque de temps pour suivre les situations de maltraitance et les familles en particulier. Plusieurs intervenants extérieurs au STG confirment que les enfants en foyer ou en familles d'accueil, ne reçoivent pas le soutien nécessaire par manque de disponibilité des assistants sociaux. Si le placement doit être adapté (ex. changement de foyer ou de famille d'accueil), il arrive que les actions nécessaires tardent à être entreprises.

Les collaborateurs du SMP connaissent aussi une forte augmentation de leur charge de travail qui les rend moins disponibles pour procéder à des évaluations à la demande du Tribunal tutélaire. Ceci retarde d'autant la procédure judiciaire (cf. infra).

L'évolution dans les autres entités du dispositif

Au CO, les conseillers sociaux notent une augmentation des situations qui auraient pu et dû être réglées avant (école primaire). Ils expriment une inquiétude devant la montée des situations de crise et d'urgence. Ils ont moins de temps pour le travail préventif ou préalable, moins de temps pour entrer en communication avec les jeunes, les mettre en confiance, moins de temps pour les actions dans l'établissement. Certaines situations, jugées graves auparavant, sont banalisées.

Aux HUG, les participants au GPE proviennent de différents services de Pédiatrie et du SPEA. Ils n'ont pas un temps sur leur taux d'activité dévolu à cette participation[88]. Il y a donc souvent concurrence entre leurs activités principales et le temps consacré au GPE. Pour certains, il devient difficile de dégager du temps et, travaillant dans l'urgence, il leur arrive d'évaluer plus superficiellement et de signaler plus vite. Il est arrivé que des enfants soient hospitalisés, alors que cela n'était pas nécessaire.

Le Tribunal tutélaire a actuellement en cours plus de 2'800 dossiers de mineurs. La plupart des dossiers concernent des cas de maltraitance : carences de soins, négligences, inadéquation dans la prise en charge, maltraitances physiques, abus sexuels, etc. Le Tribunal tutélaire considère que lui aussi se trouve à la limite de ses capacités. Les cas sont de plus en plus nombreux, de plus en plus délicats et les juges doivent souvent trancher dans l'urgence. Ainsi, certains interlocuteurs des foyers d'accueil regrettent que les juges n'écoutent pas leur avis, alors qu'ils côtoient les enfants au quotidien.

Le Ministère public a reçu au début de l'année 2004, des postes supplémentaires. Auparavant, il estimait difficile de faire face à toutes les plaintes lui parvenant et des priorités avaient été établies. Certains cas de violence étaient traités par voie d'ordonnance, ce qui équivalait à une

[86] En 2003, le nombre de jours d'absence pour maladie s'est élevé à 913,25 jours pour 30 postes.

[87] Cf. notamment la lettre signée par les collaborateurs au Tuteur général et à ses adjoints du 4 décembre 2003, avec copies aux juges du Tribunal tutélaire, à ceux du Tribunal de première instance, à la direction de l'OJ et de la PDJ, à la Commission d'éthique de l'OJ et aux syndicats.

[88] Hormis une femme médecin pédiatre qui consacre officiellement 25 % de son temps de travail au GPE.

forme de silence sur ces condamnations. Il y avait aussi un risque que certains dossiers soient traités trop rapidement.

Les conséquences sur la prise en charge des situations

Selon les personnes interrogées, le flou dans les missions, l'inadéquation entre les objectifs et les moyens à disposition, font qu'à de nombreux échelons les professionnels se sentent débordés et manquent de temps pour prendre en charge correctement les situations de maltraitance. Deux conséquences se dégagent de leurs propos de façon évidente : la diminution du travail de prévention, ainsi que l'augmentation de situations qui auraient pu être réglées plus tôt et qui dégénèrent ou parviennent tardivement dans le dispositif.

Dans le même temps, la plus grande sensibilité du public sur les questions de maltraitance, le travail des médias sur certaines affaires, une forme de pression « juridique » sur les services, font que les situations sont plus rapidement transmises aux acteurs centraux que sont la PDJ, le Tribunal tutélaire et le STG. Cet effet d'entonnoir renforce l'engorgement du système. En bout de chaîne, on observe un manque des places en foyer d'accueil, notamment pour les accueils d'urgence.

D'après plusieurs interlocuteurs, les réponses apportées par les acteurs ne sont plus en adéquation avec les problèmes rencontrés par certains enfants et leur famille. Pour changer les choses, il manque une vision d'ensemble sur l'évolution des problèmes de la jeunesse, de la maltraitance en particulier. Chaque acteur détient un bout d'information, sans toujours le partager ou pouvoir le consolider. Aucune structure n'a à notre connaissance entrepris d'évaluation des décisions prises ni de leurs effets.

Il convient de s'interroger sur l'évolution de la mission des acteurs et sur les dimensions à privilégier (prévention, réparation). Nous aborderons ces aspects en partie au chapitre 8 consacré aux services de l'OJ.

6.3 Durée de la procédure

6.3.1 Au niveau de l'Office de la jeunesse

Selon les propos des intervenants de l'OJ, leur charge globale de travail joue un rôle dans l'allongement de la durée du processus de prise en charge des situations de maltraitance en dehors des situations d'urgence ou de celles qui nécessitent une clause péril (cf. plus bas).

Une fois que la PDJ procède à une évaluation de son propre chef ou à la demande du Tribunal tutélaire, il lui faut un certain temps pour réunir les informations, en général entre 5 à 6 semaines. Tout dépendra de la collaboration avec la famille (ex. certains parents ne répondent pas aux convocations des assistants sociaux). Préalablement, souvent, le SSJ aura mené sa propre évaluation.

Les enseignants du primaire, eux, souhaitent qu'une fois le cas signalé, les choses aillent très vite. Ils se plaignent de devoir relancer sans cesse ou de ne pas avoir connaissance des décisions prises. Les professionnels des crèches font les mêmes constats : plusieurs mois peuvent s'écouler entre un signalement et la décision de mesures permettant de protéger l'enfant.

Certaines personnes ont donné des exemples de lenteur dans la transmission des dossiers entre la PDJ et le STG. Il a fallu plusieurs mois pour leur transmission effective, et autant pour une entrée

en matière. Ces lenteurs résultent probablement de la charge interne des services, mais cela n'est pas sans conséquence sur la prise en charge.

6.3.2 La procédure devant le Tribunal tutélaire

Une fois le Tribunal tutélaire saisi, il doit déterminer s'il y a matière à prononcer une mesure de protection de l'enfant. Sur la base d'un rapport de la PDJ, le Tribunal tutélaire va citer les parents à comparaître. Des enquêtes avec audition de témoins peuvent suivre, si les faits sont contestés par exemple. Parfois une expertise psychiatrique des parents et/ou de l'enfant sera ordonnée par le juge. Elle prendra plusieurs mois avant d'aboutir (entre 3 et 6 mois) : le SMP indique constamment qu'il est surchargé, les psychiatres et pédopsychiatres installés dans le privé n'acceptent pas volontiers des missions d'expertise.

Ensuite, le Tribunal tutélaire rendra son jugement. Les décisions de l'autorité de tutelle peuvent faire l'objet d'un recours auprès de l'Autorité de surveillance des tutelles. Cette dernière est l'instance qui juge en dernier ressort sur le plan cantonal. Ses arrêts peuvent également être l'objet d'un recours au Tribunal fédéral.

Une fois les mesures de protection décidées, plusieurs acteurs reprochent la lourdeur de la procédure pour changer le mandat, comme par exemple restreindre un droit de visite ou changer le retrait de la garde par un appui éducatif. La charge du Tribunal tutélaire contribue certainement à cet état de fait.

Jusqu'au printemps, le Tribunal tutélaire déplorait l'arrivée de rapports de police avec parfois des mois retard, notamment dans les cas de violence conjugale qui pouvaient s'accompagner de maltraitance d'enfants. Un accord récent (mai 2004), via la CCVM, a été trouvé : la police judiciaire envoie simultanément les rapports d'audition à la PDJ et au Tribunal tutélaire. Le cas échéant, les juges devraient ainsi pouvoir plus rapidement prendre des mesures de protection.

6.3.3 La procédure pénale

Lorsqu'il reçoit une dénonciation pour maltraitance, le Ministère public apprécie les faits qui lui sont signalés et, si à première vue les éléments lui paraissent suffisants, une enquête pénale est ouverte. Celle-ci est confiée à un juge d'instruction, qui décide des mesures à prendre (arrestation, perquisition, audition, etc.) et qui peut déléguer certaines tâches à la police.

Avant de transmettre le dossier à un juge d'instruction, le Ministère public peut également confier à la police une enquête préliminaire. En fonction de son résultat, le Ministère public peut soit classer l'affaire, soit la transmettre au magistrat instructeur.

Pour les cas d'abus sexuels envers les enfants, le juge d'instruction demande habituellement une expertise, confiée à un pédopsychiatre. L'expert ainsi nommé doit vérifier la crédibilité du témoignage de l'enfant.

Les règles de procédure de la LAVI s'appliquent pour l'interrogatoire des enfants. Elles sont confiées à des inspecteurs spécialisés dans l'audition des enfants.

A l'issue de l'instruction, le Ministère public décide de la suite à donner à la cause. Il peut classer l'affaire ou, si les éléments lui paraissent suffisants, selon la gravité des faits, prononcer une ordonnance de condamnation, renvoyer le prévenu au Tribunal de police ou demander à la Chambre d'accusation son renvoi en Cour correctionnelle ou en Cour d'assises.

Chaque étape de la procédure pénale dure quelques mois. Il peut ainsi se passer une, voire plusieurs années, avant que l'affaire aboutisse à un jugement. La longueur de cette procédure peut être particulièrement éprouvante pour les victimes, voire leur famille. Celles-ci doivent également parfois affronter, en parallèle de la procédure pénale, une procédure civile.

6.4 Moments critiques dans l'application des mesures de protection

6.4.1 Un recours croissant à la clause péril, sans uniformité des pratiques

Selon l'article 12, al. 3 de la LOJ, en cas de péril pour un enfant, la direction de la PDJ peut provisoirement procéder au retrait de la garde ou à la suspension d'un droit aux relations personnelles. Elle doit cependant faire ratifier au plus vite cette décision par le Tribunal tutélaire. L'article 13 al. 7 de la LOJ donne aussi cette compétence au STG.

Un mémoire de l'IES a mis en évidence la progression du nombre de clauses péril prononcées par la PDJ et par le STG de 1991 à 2004. Ce nombre est passé d'une vingtaine par an, dans la seconde moitié des années 1990, à une cinquantaine au début des années 2000 (Favet 2002 : 19). Les clauses périls prononcées en 2000-2001 par la PDJ comportaient toutes une ou plusieurs formes de maltraitance (idem : 43).

Nous n'avons pas analysé les raisons de cette augmentation. De nombreux professionnels ont parlé d'une certaine pression des médias sur la PDJ et le STG, notamment suite à l' « affaire de Meyrin ». Le GPE indique aussi que, depuis quelques années, les demandes de clause péril faites à la PDJ sont en augmentation : l'enfant est hospitalisé en attendant d'autres mesures. Si l'on compare l'augmentation des clauses péril avec celle de l'ensemble des dossiers traités par le service, la progression paraît moins spectaculaire (Favez 2002 : 19-20).

Du côté de la PDJ, nous avons remarqué cependant une diversité des pratiques entre les quatre groupes du secteur « appui éducatif ». Certains assistants sociaux disent demander la clause péril plus souvent, notamment quand les parents ne collaborent pas et s'ils sont inquiets pour l'enfant. D'autres assistants sociaux déclarent n'avoir jamais besoin d'en proposer. Par ailleurs, plusieurs assistants sociaux relèvent une absence de ligne directrice claire au sein de la PDJ.

L'augmentation des clauses péril est problématique dans un contexte caractérisé par un manque de cadre et de pratiques comparables, car il s'agit d'une mesure qui prive les parents d'un droit fondamental. Il serait nécessaire de s'assurer que la clause péril est utilisée en cas de danger réel pour l'enfant. Cette analyse paraît d'autant plus opportune que M. Stettler relève : « la doctrine considère que les cantons n'ont pas la compétence d'investir d'autres organes que l'autorité tutélaire du pouvoir de prendre [de telles] mesures… Même l'urgence de l'intervention ne semble pas nécessairement justifier l'exception, les autorités tutélaires ayant la possibilité de recourir aux mesures provisoires » (Stettler 2004 : 30).

Par ailleurs, M. Stettler constate plusieurs lacunes du point de vue de la sécurité juridique dans la façon dont la clause péril est appliquée. Il n'y a aucun délai dans la loi pour faire ratifier une telle décision et rien n'est prévu en cas de refus de ratification : « on ouvre pratiquement la porte à l'arbitraire s'il on admet que le Service de protection de la jeunesse peut procéder de sa propre initiative à la levée de la clause péril, ce qui le dispenserait par ailleurs de l'obligation de solliciter l'approbation de l'autorité tutélaire » (idem : 31).

6.4.2 Inadéquation du dispositif d'accueil d'urgence

Au niveau des foyers, l'augmentation des placements en urgence dans un contexte d'un manque de places se traduit par un embouteillage. Des solutions aberrantes sont trouvées pour pallier le manque de places, comme un placement provisoire à la Clairière[89] avec de jeunes délinquants. La Pédiatrie reçoit de nombreuses situations de l'extérieur qui pourraient être prises en charge ailleurs. En Pédiatrie, il y a une centaine d'hospitalisations pour des évaluations psychosociales chaque année, ainsi que 3 à 4 nourrissons hospitalisés chaque mois parce que leurs parents craquent et n'arrivent plus à faire face. Au Foyer Piccolo (accueil d'urgence des tous petits), des enfants qui devraient rester au maximum 3 mois, séjournent en moyenne 9 mois dans l'attente soit de la fin de la procédure judiciaire (cf. délais pour des expertises psychiatriques ou psychologiques), soit de trouver une solution pour un placement à moyen ou long terme, puisqu'à Genève il n'existe pas de tels lieux[90]. Selon nos interlocuteurs, les conséquences peuvent être graves sur le développement de l'enfant.

Certains éducateurs en foyer estiment qu'à cause de leur surcharge, les assistants sociaux de l'OJ ne sont pas assez actifs et qu'ils faut les relancer pour qu'ils s'occupent de trouver une suite pour l'enfant (foyer ou famille d'accueil).

6.4.3 Placements en dehors des clauses péril : diversité et quantité insuffisantes

De manière générale trouver une place pour un enfant s'avère souvent difficile parce que les capacités actuelles des institutions genevoises (foyers et familles d'accueil) sont plutôt limitées. Les services placeurs déplorent l'absence d'un recensement quant aux places disponibles en foyers, malgré l'existence d'un service de l'OJ, le secrétariat aux institutions (SAI), dont le rôle consiste à coordonner les institutions[91]. Chaque assistant social doit faire la démarche individuellement. La recherche d'une place comporte une part d'aléatoire : selon les relations interpersonnelles, certains assistants sociaux trouvent plus facilement que d'autres des places. Parfois, des assistants sociaux ne donnent pas toute l'information aux foyers, afin d'être sûrs de décrocher une place. Pour l'enfant, ce n'est souvent pas le type de prise en charge qui va déterminer l'arrivée dans un foyer, mais le hasard d'une place qui vient de se libérer.

Le dispositif des institutions genevoises d'éducations spécialisées (ex. foyers) est sous la surveillance de l'OJ. L'OJ est épaulé par une commission officielle, dont la mission est notamment de participer à l'élaboration d'une politique de l'éducation spécialisée, d'évaluer les besoins en placements et les prestations offertes[92]. D'une façon générale, nos interlocuteurs relèvent que les institutions se sont développées sans une réflexion d'ensemble en relation avec les besoins. Aujourd'hui, ils déplorent le manque d'écoute de l'OJ pour mettre en place des structures mieux adaptées. Une alternative signalée consisterait à développer un lieu pour accueillir les mères et leurs enfants, afin de leur permettre de développer des compétences parentales. D'autres interlocuteurs mentionnent l'absence de solutions intermédiaires entre le maintien au domicile familial (sans présence de professionnel socio-éducatif) et le placement créant une rupture qui n'est pas toujours indispensable.

---

[89] Centre éducatif de détention et d'observation pour mineurs.

[90] En l'absence de famille d'accueil, dont le nombre à Genève est nettement insuffisant, les petits enfants sont placés en dehors du canton.

[91] Règlement d'application de la loi sur la coordination, le contrôle et l'octroi de subventions aux institutions genevoises d'éducation spécialisée pour mineurs et jeunes adultes (RS J 6 35.01), art. 3 al. 2

[92] RS/Ge 6 35, art. 10 al. 1 et 2.

De nombreuses solutions innovantes ont été expérimentées ailleurs, au Québec en particulier. Ces pratiques ont fait l'objet d'évaluations de leurs effets sur les jeunes et leurs familles (cf. bibliographie, point 12.4). A Genève, il n'y a rien de tel : on ne sait pas ce que deviennent les jeunes, à moins qu'ils réintègrent le dispositif. On ne sait pas si la mesure décidée et la prise en charge étaient adéquates pour permettre au jeune de s'en sortir.

6.4.4 Moments critiques : week-ends, soirs, veilles de vacances

La prise en charge comporte quelques points faibles à des moments où ceux qui peuvent décider sont absents. Depuis l'affaire de Meyrin, une permanence de la PDJ et du STG est assurée en dehors des heures d'ouverture. En cas d'urgence au GPE, par exemple, la PDJ et le STG peuvent être contactés via la police. En revanche, aux HUG, on relève que parfois, le week-end ou la nuit, personne n'est joignable à l'interne et il faut garder l'enfant. Souvent, les services doivent le garder 1 ou 2 jours de plus, loin de ses parents, jusqu'à ce qu'ils trouvent la bonne personne qui s'occupe de lui.

A la veille des vacances scolaires d'été ou de Noël, la PDJ connaît une augmentation de la pression des intervenants pour prendre des mesures de protection urgentes[93]. Certains craignent alors de laisser les enfants sans suivi. Le SMP note aussi un accroissement des demandes urgentes au mois de juin.

Relevons au passage que plusieurs foyers ferment pendant les vacances.

6.5 Quel soutien aux familles maltraitantes ?

Un mémoire de fin de formation sur le rôle et les moyens pour gérer l'accueil d'enfants révélant des difficultés de comportement ou d'accompagnement de leurs familles met en évidence que les éducateurs/trices de la petite enfance sont confrontés à des situations nouvelles en lien avec les mutations de notre société (Kunzli Monnier 2000). L'augmentation du nombre de parents qui connaissent des difficultés dans l'éducation de leurs enfants est aussi observée au niveau des écoles et des différentes structures s'occupant de jeunes.

Aujourd'hui, pourtant, les mesures prises concernent essentiellement l'enfant. En théorie, les assistants sociaux de la PDJ et du STG devraient travailler avec les familles pour les aider à évoluer dans leur tâche éducative et leur fonction protectrice. En pratique, ils n'ont pas ou pas toujours la disponibilité pour le faire et quand certains prennent ce temps, c'est au détriment des autres situations.

Des éducateurs de foyers interrogés constatent qu'ils font tout un travail avec le jeune pendant plusieurs années. Celui-ci est ensuite renvoyé dans sa famille qui n'a pas évolué. Dans certains foyers, un travail est quand même tenté avec les familles, mais d'autres estiment que cela ne relève pas de leur mission.

A Genève, il n'y a pas ou peu d'injonction juridique de suivi thérapeutique. Le Tribunal tutélaire suggère simplement aux parents de suivre une thérapie ; si ceux-ci ne sont pas d'accord, ils ne peuvent y être contraints. Dans le canton de Vaud, le juge peut prononcer ce genre d'injonction et des organismes sont spécialisés dans ce type de prise en charge.

[93] Pendant les vacances scolaires d'été, le SSJ ferme un mois complet. Pendant ce temps, les situations sont adressées à la Pédiatrie.

Il manque à Genève des structures de soutien aux parents dans leur parentalité et leur permettant de mobiliser leur ressources, afin de neutraliser les mauvais traitements. Des projets en ce sens ont été formulés par des foyers, des projets existent, mais ils n'ont pas été acceptés par l'OJ. Il manque aujourd'hui la possibilité d'explorer de nouvelles pratiques, même de façon expérimentale, afin de faire évoluer les réponses aux besoins.

6.6 Absence d'évaluation et de connaissance sur les pratiques innovantes

Nous avons mentionné le fait que les mesures prises ne sont pas évaluées, ce que déplorent également certains acteurs. Ainsi, il devient impossible de capitaliser les expériences ou de rectifier le tir. Chaque acteur dispose d'un savoir partiel issu de son expérience ou de son accès à certaines références. Ce savoir est morcelé et son partage rendu difficile. Les acteurs pris dans l'urgence du quotidien n'arrivent pas à prendre le recul nécessaire pour envisager une alternative. Quelques uns essayent malgré tout, mais à cause du cloisonnement, les services restent dans les limites étroites de leur champ d'intervention spécifique.

Nous avons aussi été frappés par l'absence quasi générale de connaissance d'expériences novatrices réalisées ailleurs en Suisse ou à l'étranger. Il manque aujourd'hui au dispositif de protection des enfants victimes de maltraitance une vision d'ensemble portant à la fois sur la problématique, les réponses apportées, leur qualité et leur effets.

Principaux enseignements

- Le manque de temps est invoqué à tous les échelons, alors que les situations complexes s'accroissent. Deux effets sont observés parallèlement : 1) des mesures de prévention qui ne sont pas prises en amont et des situations qui se péjorent, 2) des dossiers qui sont plus rapidement transmis à l'échelon suivant, après des évaluations plus superficielles.
- En dehors des situations graves et / ou avérées de maltraitance, les lenteurs du processus sont souvent évoquées. Double évaluation (SSJ, puis PDJ), expertises pédopsychiatriques ou psychologiques longues à recevoir, lenteur de la transmission du dossier entre services, etc.
- Des couacs de prise en charge sont signalés en lien avec les moments critiques que sont les veilles de week-end ou de vacances, ainsi que le soir.
- L'utilisation de la clause péril augmente, mais son cadre varie et ne semble pas clair pour les professionnels.
- Les professionnels constatent un manque de places pour l'accueil d'urgence.
- Il est difficile de trouver des places en foyer. Les institutions d'hébergement qui appartiennent à des instances différentes (essentiellement FOJ, Hospice général, ACASE) se sont développées sans coordination d'ensemble. Il n'y a pas de réflexion d'ensemble sur l'adaptation de l'offre des foyers aux besoins actuels.
- Le dispositif est largement orienté vers l'enfant. Il manque un soutien systématique et formalisé aux familles maltraitantes.
- La qualité des mesures prises n'est pas évaluée. Aucun bilan ou mesure des effets n'est effectué et les professionnels n'ont pas les moyens de savoir si les décisions prises ont été judicieuses.

7 Coordination entre les intervenants

La particularité du dispositif de protection des enfants victimes de maltraitance est de mettre en présence des professionnels issus d'organisations qui ont leurs missions respectives, leur champ d'intervention et leurs compétences propres. Leurs rôles sont complémentaires et interdépendants : ils ne peuvent avoir de vision d'ensemble qu'en échangeant leurs points de vue. Selon la littérature, les différentes étapes du processus (détection, prise en charge, suivi) nécessitent très souvent une approche pluridisciplinaire et les activités des uns et des autres doivent souvent être coordonnées pour parvenir efficacement à un résultat.

Par coordination, nous entendons donc l'articulation des activités de différents intervenants, d'après leurs responsabilités et compétences, selon une séquence définie dont le but est de vérifier l'existence d'une situation de maltraitance, de permettre les actions nécessaires pour protéger l'enfant par rapport à un contexte donné (ex. environnement familial, gravité de la situation) et le suivi de leur réalisation.

Puisque les choses semblent plutôt bien fonctionner dans les situations d'urgence, nous examinons dans ce chapitre, comment la coordination se pratique concrètement au quotidien pour les autres situations de maltraitance, perçues comme non urgentes ou pour lesquelles il manque des indices suffisants. Nous commençons par une description du cadre formel relatif à la coordination (7.1). Puis, nous voyons comment le cadre géographique interfère dans celle-ci (7.2). Nous aborderons ensuite la façon dont les informations s'échangent entre intervenants et les conséquences sur le suivi des situations (7.3). La dimension des cultures professionnelles et institutionnelles est prégnante dans les échanges et la coordination (7.4). Elle a des conséquences que nous examinerons dans le travail en réseau (7.5).

7.1 Les dispositions

> Art 317 CC : Les cantons assurent, par des dispositions appropriées, une collaboration efficace des autorités et services chargés des mesures de droit civil pour la protection de l'enfance, du droit pénal des mineurs et d'autres formes d'aide à la jeunesse.

Le code civil suisse impose aux cantons de veiller à ce que les instances concernées collaborent. A Genève, les mesures prises visent à améliorer la coordination. La CCVM joue ce rôle au niveau faîtier entre entités étatiques. Les institutions parapubliques et privées s'occupant d'éducation spécialisée (ex. foyers) se réunissent dans une autre commission prévue dans une autre loi[94]. Il n'existe pas de lieu où sont associés les autres acteurs du secteur associatif et privé (ex. SOS-Enfants, pédiatres).

Plusieurs structures ont élaboré des protocoles. Certains protocoles mentionnent explicitement cette nécessité de coordination. Un document interne au SMP précise la nécessité et les modalités de la communication de l'information aux enseignants. Des protocoles inter-services ont été établis, ou sont en voie l'être, entre le SMP et les trois autres services de l'OJ, pour préciser quand et comment les collaborateurs se transmettent des informations.

[94] Loi sur la coordination, le contrôle et l'octroi de subventions aux institutions genevoises d'éducation spécialisée pour mineurs et jeunes adultes (RS/Ge J 6 35), art. 9 et 10.

Les protocoles règlent des segments du processus ou des relations bilatérales, ou concernent certains groupes d'âges. S'ils tentent de répondre aux problèmes de coordination constatés par les acteurs eux-mêmes, leur variété et leur éclatement ne favorisent pas une continuité d'ensemble.

Dans les entretiens de groupe, il est ressorti que les protocoles n'étaient pas toujours connus (ex. PDJ, STG), appliqués de façon variable (PDJ, primaire) ou encore trop récents pour vérifier leur application (CO). Ces documents ne peuvent donc suffire à eux seuls à régler l'ensemble des interprétations et des situations auxquelles les professionnels doivent répondre concrètement.

7.2 Une organisation géographique non coordonnée

Plusieurs entités du dispositif sont organisées de façon spécifique et selon une sectorisation géographique propre. Il n'y a aucune correspondance entre les différents découpages. Plusieurs acteurs regrettent d'avoir toujours des interlocuteurs différents dans les structures avec lesquelles ils doivent se coordonner.

> Le SSJ comprend des divisions (dont une intitulée « petite enfance ») et 4 régions, différentes des 4 groupes du secteur socio-éducatif de la PDJ. La section des mineurs du STG se découpe en 3 sections. Le SMP couvre 8 secteurs géographiques et a des structures spécifiques (ex. adolescents). Le primaire se répartit sur 5 régions géographiques couvertes par 25 inspecteurs[95]. Les 38 équipes de la FSASD sont ventilées dans 22 CASS. Les quelques 170 crèches et autres IPE dépendent soit de la Ville de Genève, soit de communes, soit sont privées. Enfin, les foyers hébergeant les jeunes appartiennent à de nombreux organismes[96] dont certains sont fédérés par l'AGOER et d'autres pas. (*Etat au début de l'année 2004*)

7.3 La communication d'informations

Vu la multiplicité des intervenants et les différentes étapes, l'échange d'informations entre intervenants est essentiel à l'efficacité du dispositif. Nous examinons ici certains obstacles dans la communication entre les intervenants et leurs conséquences.

7.3.1 Les secrets : application par les services

Les membres du personnel de l'administration publique et des HUG sont tenus au secret de fonction. Les professionnels de la santé sont tenus par ailleurs au secret professionnel (cf. encadré)

> Le secret professionnel vise d'abord la protection de la personnalité du patient, du client, de l'élève. En droit suisse, le patient est le maître du secret : c'est lui qui peut délier le médecin de ce secret. Selon l'article 321 du CPS, les médecins et leurs auxiliaires seront punis s'ils révèlent des informations qui leur ont été confiées dans le cadre de leur activité, sans le consentement du patient. Par la doctrine admise en Suisse, dès que l'enfant est considéré comme doué de discernement (dans la pratique : aux alentours de quatorze ans), il peut lui-même décider de lever ou non le secret, y compris vis-à-vis de ses parents. Pour un enfant plus jeune, les parents doivent donner leur accord. En cas de maltraitance envers des mineurs, l'art. 358 ter du CPS donne la possibilité d'aviser l'autorité tutélaire. Nous avons vu que le dépositaire du secret n'a pas besoin d'avoir la preuve d'une infraction : il suffit qu'il dispose d'indices sérieux (cf. supra, point 5.4.1).

[95] Sans compter l'enseignement spécialisé.
[96] Hospice général, FOJ, Astural, ACASE, etc.

Les intervenants concernés par le secret professionnel dans notre évaluation sont : les pédopsychiatres du SMP et du SPEA, les médecins du SSJ, les pédiatres des HUG, les pédiatres installés, les psychologues du SMP et du privé, les logopédistes du SMP et du privé. Pour les psychologues, le secret médical s'applique s'ils sont auxiliaires d'un médecin : en tant qu'employé (psychothérapie déléguée) ou en tant que hiérarchiquement subordonné (SMP, SPEA).

Dans le secteur privé, les professions de psychologue et de logopédiste sont réglementées par la loi cantonale sur l'exercice des professions de la santé, les établissements médicaux et diverses entreprises du domaine médical (LPS)[97]. Ces intervenants sont soumis au secret professionnel défini à l'article 11 de cette loi et donc l'article 358ter s'applique par analogie.

De nombreuses données personnelles peuvent être considérées comme sensibles (ex. santé) et sont secrètes (Bellanger 2002). En l'absence d'infraction poursuivie d'office (ex. si suspicion de maltraitance), mais en présence d'une base légale spéciale, l'échange est possible. L'article 7 al. 2 et 3 LOJ, permet la transmission de données à l'intérieur de l'OJ, ainsi que l'échange à l'extérieur quand il s'agit d'informations utiles aux mineurs et que les interlocuteurs sont tenus au secret de fonction ou au secret professionnel.

Le secret médical pratiqué par le SMP

En dehors d'un « danger grave » pour l'enfant, le SMP ne transmet rien sans l'accord des parents ou du jeune. De nombreux intervenants considèrent cette interprétation restrictive comme un obstacle majeur. Les acteurs du CO, interrogés un mois après l'entrée en vigueur du protocole du 5 décembre 2003, avaient l'impression que les psychologues donnaient désormais un peu plus d'informations.

Les collaborateurs de la Pédiatrie relèvent que lorsqu'un enfant est adressé au SMP, ils ne savent pas si l'enfant s'y rend effectivement, ni s'il interrompt le traitement[98]. Dans les problèmes de communication entre ces deux services, ils notent que ceux-ci sont moindres entre les pédopsychiatres (même spécialité) qu'entre les pédiatres et les pédopsychiatres.

Au primaire, les enseignants adressent parfois des enfants au SMP, souvent après avoir fait tout un travail pour convaincre les parents. Lorsque les enseignants veulent savoir si l'enfant suit un traitement, ils s'entendent dire : « Je n'ai pas le droit de vous répondre ». Ils restent donc sans information, alors que l'enfant en classe continue à manifester des comportements problématiques. Des enseignants précisent que ce genre de réponse dépend des interlocuteurs. De son côté, le SMP rappelle que les règles sur la communication d'informations sont formalisées par écrit. Nos interlocuteurs affirment transmettre des informations toutes les fois où les parents l'autorisent, à savoir la plupart du temps.

Les infirmières du SSJ relatent les mêmes problèmes avec le SMP que les enseignants, malgré leur appartenance au même office et l'article 7 al. 2 et 3 LOJ. Sans l'accord des parents, elles ne peuvent pas savoir si l'enfant suit ou non une psychothérapie au SMP. Etant donné les définitions très différentes de la maltraitance des deux services, il est probable que des enfants qui auraient besoin d'un appui thérapeutique échappent ainsi à un suivi.

Les assistants sociaux de la PDJ se plaignent de ne pas obtenir des collaborateurs du SMP l'information qui leur est nécessaire. Ils leur reprochent de se réfugier derrière le secret professionnel. Les collaborateurs du SMP admettent des attitudes de rétention dues

[97] Du 11 mai 2001 (RS/Ge K 3 05), art. 3 al. 1 lettre b.

[98] Dans le cas de la petite G. (situation étudiée par la commission de contrôle de gestion dans son rapport sur l'office de la jeunesse, 25 mars 2003), l'Hôpital n'a pas su que la fillette n'avait pas eu de rendez-vous.

principalement à deux facteurs. Premièrement, il est arrivé que des propos aient été mal retranscris dans certains rapports adressés par la PDJ au Tribunal tutélaire. Un protocole spécifique entre ces deux services a été conclu : désormais, le collaborateur du SMP amende le texte concernant son appréciation. Deuxièmement, quand des assistants sociaux semblent vouloir récolter des informations auprès des autres intervenants, sans avoir évalué une famille, il arrive que des collaborateurs du SMP refusent de leur en transmettre. Le protocole délimite aujourd'hui dans quels cas le SMP communique avec la PDJ.

Le SMP, quant à lui, est dans une logique de service de consultation au même titre qu'un service privé. Il estime que le secret médical n'est pas un problème, puisque le collaborateur lève le secret en cas de « danger grave » pour l'enfant. En 2003, sur une vingtaine de situations de maltraitance avérées ou soupçonnées par ce service, deux ont fait l'objet d'une levée du secret médical.

Le secret professionnel pratiqué par le SSJ

Au primaire, les enseignants déplorent l'absence fréquente d'un retour d'informations à la suite d'un signalement, mais relèvent que cela dépend des personnes : l'information passe plus ou moins bien selon l'infirmière. Le retour d'informations est donc variable selon les écoles. De leur côté, les infirmières du SSJ rencontrées déclarent toutes informer les enseignants. Quelques partenaires évoquent une surcharge du SSJ pour expliquer une baisse de la disponibilité vis-à-vis des écoles et un mauvais retour d'informations.

On reproche aux médecins du SSJ un blocage dans quelques situations avec l'école primaire (ex. enfant emmené sans avertissement par la police et un médecin du SSJ, dans la cour de récréation) et dans leurs contacts avec les assistants sociaux de la PDJ.

L'échange d'informations est en général jugé bon avec les infirmières travaillant au CO dans le cadre de l'équipe pluridisciplinaire. Toutefois, la notion d'informations dites « utiles », pouvant être communiquées, devait encore être clarifiée (hiver 2004).

Le secret professionnel et le GPE

Le STG, la PDJ et le Tribunal tutélaire sollicitent le GPE pour évaluer ou confirmer une suspicion de maltraitance. Le SSJ envoie des enfants à l'hôpital pour compléter son évaluation. Sans l'accord des parents, le GPE ne peut rien communiquer en retour. Une solution a été trouvée en septembre 2003. Lorsque le SSJ envoie des enfants à l'Hôpital, le médecin du SSJ fait signer un document aux parents qui autorise le médecin de l'hôpital à lui transmettre des informations en retour.

Le secret professionnel et la FSASD

Les infirmières cliniciennes SMI ne peuvent communiquer d'informations qu'au pédiatre de l'enfant. Cela pose un problème à la PDJ qui sollicite des informations auprès des infirmières sur le contexte à domicile.

7.3.2 La communication d'informations avec la PDJ

Selon plusieurs interlocuteurs (ex. collaborateurs du SMP, infirmières du SSJ, pédiatres), la création de la cellule API[99] permet désormais d'avoir facilement un premier contact avec la PDJ. En revanche, les assistants sociaux qui suivent déjà une situation restent difficilement joignables.

La messagerie électronique fonctionne, mais pas systématiquement (ex. en cas d'absence, elle ne sera pas forcément relevée). Il faut beaucoup de persévérance pour parvenir à joindre les assistants sociaux.

Une fois contactés, les assistants sociaux opposent parfois le respect de la confidentialité (secret de fonction) à la demande d'informations exprimée. De nombreux acteurs le leur reprochent, comme les directeurs de collèges, les conseillers sociaux et les enseignants du primaire qui se réfèrent à l'article 7 al. 2 de la LOJ. Par exemple, un mineur victime de maltraitance est placé et ne vient plus en classe : personne de la PDJ n'a informé l'école de son départ. Les conseillers sociaux doivent aller à la « pêche aux informations ». Si par chance, ils connaissent l'assistant social à la PDJ, cela sera plus facile d'en obtenir. Les directeurs de CO rencontrés pensent qu'avec la non transmission d'informations, on peut passer à côté d'un cas grave. Mais, surtout, tous ces acteurs relèvent la perte d'énergie à essayer d'obtenir des informations, ne serait-ce que pour pouvoir s'ajuster face à l'élève en classe.

En cas d'appréciations différentes des assistants sociaux de la PDJ avec d'autres intervenants, il n'y a pas forcément d'informations en retour même succincte. Ainsi, plusieurs acteurs (école primaire, crèches notamment) ont parlé d'incompréhension face aux décisions de la PDJ quand ils ont l'impression que l'enfant continue d'aller mal. Ces acteurs, en contact avec l'enfant au quotidien, finissent pas être démotivés.

7.3.3 Les échanges entre les services de l'OJ et l'enseignement

La PDJ a besoin de temps pour faire son évaluation. Dans l'intervalle, les écoles ont les enfants, les jeunes, au quotidien dans les classes. L'absence d'informations crée une tension : se passe-t-il quelque chose ? Le dossier s'est-il enlisé ? A-t-il été classé ? Faut-il signaler à nouveau ? Les enseignants sont conscients qu'ils n'ont pas besoin de tout savoir, mais ils demandent à connaître l'état d'avancement du dossier, les personnes qui le suivent, s'il a été transmis à un autre service ou s'il a été clôturé.

Au primaire, selon la qualité de la relation avec l'infirmière SSJ, les enseignants supportent plus ou moins bien un retour d'informations succinct. Si la relation est bonne, on fait confiance au professionnalisme de l'infirmière. Dans le cas contraire, cela crée un malaise, une frustration, mais surtout cela peut amener des enseignants à procéder autrement, comme prendre contact directement avec la PDJ.

Avant l'entrée en vigueur du protocole du CO, l'absence de retour d'informations ou avec retard était relevée comme la cause de dérapages dans l'accueil scolaire des adolescents, pouvant occasionner de gros dégâts.

7.3.4 La non-transmission entre structures encadrant les enfants

Quand un enfant quitte la crèche, l'information sur une maltraitance possible se perd. Les crèches pensent qu'elles n'ont pas le droit de transmettre de telles informations, lors d'un changement de

[99] Accueil et première intervention. Créée en octobre 2003.

crèche ou lors du passage à l'école primaire. Le fait de ne pas dépendre des mêmes entités (Ville d'une part, canton de l'autre) est invoqué. Personne n'a parlé, dans un tel cas, de la possibilité de se référer au SSJ ou à la PDJ.

Entre écoles primaires, il n'y a pas de transmission systématique, sauf si le cas est grave ou aigu. Il en va de même entre ordres d'enseignement : cela dépend des enseignants ou des équipes scolaires. Du côté du SSJ, on reconnaît que des informations se perdent entre collaborateurs du SSJ, lors du passage entre ordres d'enseignement.

Ceci explique comment certaines situations ont pu durer pendant des mois, voire des années, avant que les autorités de protection n'en prennent conscience ou n'interviennent. En cas de soupçons de la part des intervenants, des parents ont retiré leur enfant de la crèche, ou ont déménagé changeant ainsi de secteur géographique. Par conséquent, les inspecteurs, les assistants sociaux et les infirmières changeaient, accroissant la probabilité pour la famille d'être oubliée pendant quelques temps.

7.3.5 Les effets secondaires de la LIPAD[100]

Certains intervenants scolaires notent que les parents demandent de plus en plus fréquemment à consulter le dossier scolaire et qu'ils ont tendance à prendre des avocats dans leurs relations avec l'école. Dans ce contexte, en cas de suspicion de maltraitance, les pratiques s'adaptent : on ne note pas tout, on transmet les informations par oral ou par téléphone, on les note dans le dossier sur des « post-it » qui peuvent s'enlever. Ces pratiques demandent plus de temps, alors que d'une façon générale les intervenants en ont de moins en moins. Elles accroissent le risque de perte d'informations.

En Pédiatrie, les informations sont aussi devenues plus succinctes avec l'introduction de la LIPAD, mais le caractère technique des informations (ex. fracture inexpliquée) permet d'alerter le médecin qui reprendra le dossier sans évoquer explicitement une maltraitance.

7.3.6 Ne pas informer pour trouver une place en foyer, en crèche

Nous avons vu que les assistants sociaux du STG, dans leur recherche d'une place en foyer, étaient fréquemment confrontés au manque de places. Afin d'éviter un refus, il leur arrive de ne pas donner toute l'information nécessaire, ce qui peut poser des problèmes par la suite aux équipes éducatives et à la dynamique interne des groupes.

Cette pratique a aussi été relevée lorsque la PDJ cherche à placer un enfant dans une crèche. L'enfant peut se trouver dans une équipe qui, au mieux, sera formée et informée sur son cas ou, au pire, ne sera pas outillée pour faire face à la situation.

7.3.7 Procédure judiciaire et non-information

Dans le déroulement d'une procédure pénale, la PDJ regrette la mauvaise transmission d'informations du Ministère public, malgré la procédure retenue en 1993[101]. Plusieurs de nos interlocuteurs estiment que le pouvoir judiciaire ne tient pas compte des besoins des services. Or, pendant que la justice intervient, la PDJ doit continuer à s'occuper de la victime. Si par exemple

[100] Loi sur l'information du public et l'accès aux documents.
[101] Procès-verbal de la réunion du 16 décembre 1993 entre le Parquet, la police et la protection de la jeunesse.

c'est le père qui a été arrêté, on ne l'avertit pas du moment où il sera libéré. Il est donc impossible de préparer la famille au retour de celui-ci.

Des problèmes ont aussi été soulevés avec la procédure civile. Une fois que les assistants sociaux de la PDJ ont signalé une situation au Tribunal tutélaire, ils n'ont pas de retour d'informations et ils doivent aller la chercher. Les assistants sociaux ont l'impression de travailler à l'aveugle et n'ont pas la possibilité d'ajuster leur travail.

Jusqu'en 2003, lors d'auditions d'enfants par la police judiciaire dans des situations parvenues par d'autres voies que la PDJ, l'information n'était pas systématiquement transmise à la PDJ. La prise en charge de l'enfant sur d'autres plans (socio-éducatif, thérapeutique, etc.) n'était donc pas forcément assurée[102]. Un accord a été trouvé au début de l'année 2004, par le biais de la CCVM, pour que la PDJ soit systématiquement informée des auditions passées avec des enfants victimes.

7.3.8 Les conséquences des pratiques en matière de transmission d'informations

Les obstacles sont donc à la fois juridiques (cf. secrets), interprétatifs ou subjectifs (l'interprétation plus ou moins large que l'on s'en fait, par méconnaissance ou volontairement), et culturels (les représentations que l'on se fait de l'autre profession et des ses « attributs »). Ils relèvent aussi d'un cadre imprécis concernant les missions vis-à-vis de la maltraitance (cf. bases légales et protocoles). Ils alimentent les incompréhensions mutuelles et des représentations négatives.

Les obstacles à la transmission d'informations qui précèdent sont inquiétants, car ils viennent s'ajouter à ceux que nous avons déjà relevés pour la détection, l'évaluation et la prise en charge. Ils accroissent les risques objectifs d'absence de suivi ou de prise en charge adéquate, voire d'aggravation de la situation compromettant ainsi le développement de l'enfant.

7.4 La diversité des approches selon les cultures professionnelles et institutionnelles

Selon les institutions, les approches ou les écoles de pensées des différents intervenants peuvent varier. Lorsqu'il s'agit d'offrir une prise en charge adaptée aux problématiques spécifiques, la diversité des regards croisés constitue un enrichissement. Nous avons découvert que les références et la conception de l'intervention des différents groupes de professionnels étaient fréquemment investies sur un mode « identitaire » pouvant parfois exclure la prise en compte des autres approches. Ceci se répercute sur la coordination.

7.4.1 Les différentes approches

Nous en avons repéré au moins trois au cours de nos entretiens, que le tableau ci-dessous illustre, sans inventorier cependant toutes les nuances existantes.

[102] La loi oblige la police d'informer la victime de l'existence du centre LAVI, mais celle-ci n'est pas tenue de s'y rendre. De plus, les collaborateurs du centre doivent respecter la confidentialité la plus absolue, y compris dans une situation de maltraitance qui leur serait parvenue sans passer par une autorité. On ne sait pas si l'enfant qui en a besoin est pris en charge.

Illustration des différentes approches repérées chez les intervenants (discours, documents)

Approche	Service ou profession	Caractéristiques
Centrée sur la protection de l'enfant	Tribunal tutélaire SSJ, STG	Parmi les mesures de protection de l'enfant, séparer l'enfant de sa famille est une des réponses retenues face au problème des parents défaillants. La prise en charge de la famille ne se fait pas forcément.
Orientée sur l'enfant et sa famille (ex. approche systémique)	PDJ (appui éducatif), assistants sociaux du GPE, la plupart des foyers, conseillers sociaux du CO	Le maintien du lien avec la famille est préservé et celle-ci fait partie intégrante de la démarche. On considère que la maltraitance se manifeste dans un contexte ou une interaction particulière et que l'on ne peut pas protéger l'enfant tout seul. Il faut travailler avec tous les protagonistes. Cela n'exclut pas la séparation, si c'est dans l'intérêt de l'enfant.
Orientée sur les soins a) Primauté des soins sur la « répression » (soit le processus judiciaire auquel se réfèrent les services de l'OJ)	Pédiatrie, SPEA, pédiatres du privé, FSASD	On tente d'abord une alliance thérapeutique avec la famille, avant de signaler.
b) Centrée sur l'individu, selon la théorie analytique	SMP notamment	La collaboration des parents est sollicitée (alliance thérapeutique), mais en cas de refus seul l'enfant est pris en charge.

7.4.2 Des obstacles à une approche interinstitutionnelle

L'entrave à la collaboration interinstitutionnelle la plus fréquemment mentionnée est celle entre l'approche systémique (travailleurs sociaux) et l'approche analytique du SMP. On invoque ainsi une sorte d'incompatibilité « culturelle ».

Le SMP de son côté craint les approches des autres acteurs, la façon de se comporter des enseignants en particulier, qui surévalueraient les situations. Selon lui, ceux-ci voient souvent de la maltraitance là où il n'y en a pas et cela augmente les risques de dérapage (ex. action trop rapide, insuffisamment fondée).

Dans le monde médical hospitalier, les intervenants estiment qu'il faut se donner du temps pour aborder les situations de maltraitance. Les soins priment sur l'approche perçue comme étant plus juridique de certains services de l'OJ. Par exemple, le GPE pense qu'en matière d'abus sexuels, le SSJ est davantage dans l'action immédiate et qu'il applique de façon très large les principes juridiques. Il l'explique pas le fait que le SSJ n'a pas la possibilité de garder l'enfant pour l'observer et faire des examens spécialisés, lors de son évaluation initiale, contrairement à l'Hôpital. Cette diversité des approches peut être une source d'incompréhension et de tension.

Des incompatibilités existent entre la FSASD qui revendique un rôle de soins et la PDJ qui voudrait que les infirmières surveillent des situations, puisqu'elles vont à domicile et que les assistants sociaux n'y vont pas tous systématiquement.

7.4.3 Les conséquences

La variété des cultures professionnelles est diversement appréciée. Pour les assistants sociaux de la PDJ, c'est un enrichissement qui permet d'avoir des visions complémentaires. Les infirmières du SSJ pensent de même. Toutefois, dans la pratique, le partage de ces visions se fait selon les affinités et varie selon les personnes.

Les situations sont souvent complexes. L'intérêt fondamental de l'enfant peut être vu sous des angles différents : insertion sociale, accompagnement parental, soins. Ces angles de vue ne se complètent pas toujours. Les divergences d'approches sont parfois sources de conflits. Selon plusieurs de nos interlocuteurs, elles peuvent amener des blocages, constituer des freins dans la prise en charge d'enfants (peut-être) victimes de maltraitance, voire empêcher toute prise de décision.

Les assistants sociaux de la PDJ travaillent souvent au carrefour des différents courants de pensées. Plusieurs d'entre eux se sont déclarés déroutés sur l'attitude à adopter entre l'objectif de « protéger l'enfant avant tout » et celui de « protéger les liens familiaux avant tout ». Les difficultés d'accès à la formation continue et le manque de temps pour se documenter les amènent à réclamer de leur direction une ligne plus claire en la matière.

D'après certains assistants sociaux, il manque une réelle approche pluridisciplinaire des situations. En général, les différents professionnels ressentent le besoin d'une telle approche. Ils souhaitent pouvoir accéder à une structure ad hoc, sorte de groupe de référence, qui leur permettrait d'analyser la situation sous différentes facettes. La particularité de ce groupe serait cependant d'être externe aux services, voire extra institutionnel.

7.5 Les faiblesses du travail en réseau

Pour avoir une vision globale d'une situation de maltraitance, les professionnels sont souvent amenés à solliciter d'autres intervenants concernés. Le travail en réseau[103] permet de compléter une évaluation et de confirmer des soupçons, d'assurer le suivi d'une situation, de garantir une filet de sécurité, notamment si les situations sont complexes. Nous avons été frappés par la récurrence de certains aspects du fonctionnement en réseau, affectant la coordination.

7.5.1 L'absence de « leadership » et le manque d'organisation

Le réseau est convoqué par un professionnel qui peut changer selon la situation : assistant social de la PDJ, directrice d'une crèche, pédiatre, médecin de la Pédiatrie, inspecteur. Le rôle de « répondant » principal n'est pas clairement défini, ce qui aura des conséquences sur le suivi des décisions. Quand les personnes sont d'accord entre elles et se connaissent, les choses fonctionnent plutôt bien. En revanche, en cas de désaccord, personne n'a la légitimité pour trancher. Les décisions traînent alors et la prise en charge n'est pas bien assurée. L'absence de « leadership » laisse aussi la place à des rapports de pouvoir entre professionnels, perturbant l'efficacité du processus.

[103] Cette terminologie varie beaucoup selon les acteurs et leur pratique. Dans notre utilisation, il s'agit d'établir des contacts et des connexions entre des professionnels de différents services, afin de comprendre une situation souvent complexe et de lui apporter des réponses coordonnées. Un réseau peut être convoqué qu'une fois ou plusieurs fois, selon les besoins. Pour plus d'informations, cf. Libois & Loser 2003 : 41 et ss.

Dans le travail en réseau, il n'y a pas de règles formelles de fonctionnement. Selon l'intervenant qui le convoque, il n'y a pas forcément une organisation de la séance. En l'absence de procès-verbal, donc de trace écrite, le suivi est rendu difficile et il manque souvent un retour sur les interventions respectives des intervenants.

Dans le cadre des travaux de la CCVM, la PDJ avait proposé que les assistants sociaux de la PDJ et du STG jouent le rôle de coordinateur de réseau, avec un certain nombre de responsabilités. Les inspecteurs du primaire et les pédiatres ne sont pas convaincus que ce soit systématiquement aux assistants sociaux d'assumer ce rôle.

7.5.2 Des approches qui se juxtaposent, sans forcément s'intégrer

Certaines situations peuvent mobiliser, lors d'un colloque de réseau, un nombre très important d'intervenants (jusqu'à une dizaine et plus). L'absence de définitions et de critères communs pose un problème dans l'appréciation pluridisciplinaire d'une situation. La multiplicité des approches peut aussi avoir pour conséquence de diluer les points de vue au lieu de les enrichir. Les participants auront de la peine à parvenir à une décision et la prise en charge s'en trouvera ralentie d'autant.

7.5.3 Le manque de disponibilité à participer à un réseau

La Pédiatrie n'a pas pour mission de suivre un enfant une fois que celui-ci quitte l'Hôpital. A sa sortie, elle organise un réseau quand une situation comporte des risques ou quand il y a des soupçons de maltraitance. La responsabilité est alors donnée à un intervenant extérieur. Les membres du GPE pensent qu'ils ont peut-être tendance à surévaluer la capacité des autres intervenants à assurer le suivi de l'enfant.

C'est le cas des assistants sociaux de la PDJ qui manquent de disponibilité, ce qui est aussi relevé par des directeurs de CO, des conseillers sociaux, des directions de crèche. Pour cette même raison, les infirmières de la FSASD notent que certains assistants sociaux règlent tout par téléphone au lieu de convoquer une séance de réseau.

Les pédiatres installés ont aussi peu de temps pour assurer un suivi continu au sein d'un réseau. Moins d'un tiers des pédiatres interrogés dans notre enquête participe de façon occasionnelle ou régulière au suivi de situations au sein d'un réseau (Erasm 2004 : 28, 34).

Si la pratique de réseau permet d'éviter des doublons, certains relèvent le temps nécessaire pour une telle pratique et son coût (ex. 2h00 par intervenant multiplié par le nombre de personnes). Des collaborateurs du SMP observent que cette pratique croissante est liée à la complexité des situations et qu'elle alourdit leur travail. Les éducateurs en foyer déclarent avoir peu de temps pour du travail en réseau, surtout lorsqu'ils sont en présence de situations lourdes. Travailler en réseau se fait au détriment de la prise en charge quotidienne.

7.5.4 Des pratiques variables du travail en réseau

Dans certaines crèches, on pratique un travail en réseau, dans d'autres pas. Cela dépend beaucoup des directions.

Chez certains collaborateurs du SMP, le travail de réseau est la première piste en cas de doute ou pour tenir la situation (filet de sécurité), afin qu'elle ne se dégrade pas. Toutefois, il y a des

différences selon les collaborateurs : certains sollicitent le réseau, d'autres non. Il en va de même à la PDJ.

Il s'agit aussi d'un problème de formation : certains ont été formés au travail en réseau, d'autres pas.

En fonction des contacts déjà établis, plusieurs professionnels déclarent solliciter des personnes déjà connues, ou avec lesquelles ils ont des affinités. Quand les personnes ne se connaissent pas, il est relevé que les contacts sont souvent plus difficiles à établir et que l'absence d'affinité est un véritable problème.

Certains font remarquer le tournus existant dans certaines fonctions ou structures : médecins internes (Pédiatrie, une région au SSJ), assistants sociaux de la PDJ. Ceci accentue la difficulté de construire une relation de confiance ou du moins d'avoir une connaissance réciproque indispensable au fonctionnement du réseau.

Principaux enseignements

Les principes de coordination sont consacrés dans la loi, dans la mission de la CCVM et dans certains protocoles. La coordination passe par la communication d'informations et le travail en réseau. Plusieurs obstacles ont été identifiés :

- La connaissance des intervenants de terrain d'une instance à l'autre est rendue difficile par des questions d'organisation administrative. Rien qu'au sein de l'Office de la jeunesse, les découpages géographiques des services ne coïncident pas.
- L'absence de retour d'informations est un grief fréquemment exprimé. Les obstacles réels (secret médical, respect de la confidentialité) sont dans plusieurs cas amplifiés par des interprétations trop larges. La mauvaise transmission d'informations qui en découle vient accroître les risques de suivi et de prise en charge inadéquats.
- En vertu de l'article 7 al. 2 et 3 LOJ, l'échange d'informations est possible entre certaines entités. Il serait nécessaire de définir quelles informations et dans quelles circonstances, ce qui n'est aujourd'hui pas le cas de façon formelle et prête à des interprétations restrictives. Au sein des services de l'OJ, les interprétations de ce qui peut être transmis ou non comme information sont différentes. Il est reproché au SMP, qui s'estime tenu par le secret médical, d'être peu collaborant.
- La diversité des cultures professionnelles et institutionnelles mène parfois à des incompatibilités. Les approches sont de fait souvent perçues comme exclusives : protéger l'enfant *versus* maintenir le lien familial ; soigner l'enfant victime *versus* prendre en compte le système familial dans son ensemble. Face à des cas complexes, ces différences d'approche mènent parfois à des non-décisions, d'où des situations pouvant traîner en longueur.
- L'hétérogénéité des cultures et des pratiques constatées jusque-là pose plus de problèmes pour les situations où les soupçons sont difficiles à prouver ou pour les situations limites.
- Il n'y a pas de pratique systématique du travail en réseau. Des réunions sont parfois organisées à la suggestion de l'un des intervenants. En l'absence de procédures, un groupe s'auto-organise alors (pas de procès-verbal, suivi des décisions, etc.). En cas de désaccord, personne n'a de légitimité pour trancher. Dans certains cas, la multiplicité des points de vue peut aboutir à une paralysie. A noter que le travail en réseau est lourd en temps et disponibilité.
- Les nombreuses occasions de dysfonctionnement rendent aléatoire une approche coordonnée entre les acteurs. Elles altèrent l'efficacité du processus. La qualité de la prise en charge et du suivi s'en ressentent. Des situations stagnent sans réponse adéquate ou se dégradent ; certaines d'entre elles peuvent passer entre les mailles du filet.

8 L'Office de la jeunesse dans le dispositif

Selon le mandat de la Commission de contrôle de gestion, un accent particulier est mis dans ce chapitre sur l'Office de la jeunesse. Nous présentons ici les traits caractéristiques des services (8.1 à 8.4) et de la direction générale (8.5) par rapport au fonctionnement du dispositif de détection et prise en charge de la maltraitance, ainsi que certains points de chevauchement dans les missions méritant une clarification (8.6).

8.1 Le Service de santé de la jeunesse

Le SSJ a fait de la maltraitance une mission prioritaire. Il s'est doté d'une structure interne (« cellule maltraitance ») active dans la réflexion et l'orientation des activités relatives au processus de protection. Le protocole du service guidant l'action des infirmières sur le terrain émane de cette cellule. Le SSJ est assurément aujourd'hui le service le plus engagé en matière de détection des situations de maltraitance. Là où il est le plus présent, à savoir au primaire, les mailles du filet sont certainement les plus serrées du dispositif.

Au chapitre 6, nous avons parlé de la difficulté invoquée par les infirmières à faire face aux situations croissantes d'« enfants en risque » et d'enfants maltraités, alors qu'elles continuent à assumer les autres tâches telles que visites de santé, vaccinations, etc. Nous avons déjà dit qu'elles n'arrivaient pas à assurer correctement le suivi des situations difficiles. Dans un contexte émotionnellement lourd, plusieurs d'entre elles sont au bord de l'épuisement. La charge des activités relatives aux « enfants en risque » est prédominante dans le travail des infirmières. Parmi les types de risques significatifs illustrant ces situations se trouvent des conflits conjugaux et climats de violence, des difficultés économiques, l'isolement social pouvant fragiliser certaines familles, des parents en voie de séparation ou divorce. Ces situations ne relèvent pas de la seule prise en charge des infirmières du SSJ. Des interventions de type social ou socio-éducatif seraient nécessaires à l'école primaire.

Dans son protocole interne, le SSJ relève une mission de prévention tertiaire[104] qui engage sa responsabilité dans le suivi après son intervention. Ainsi, après transmission au service partenaire (PDJ, STG), le SSJ et ses collaborateurs gardent la responsabilité de surveiller que la prise en charge suit bien son cours[105]. Le dispositif général souffre effectivement d'un manque de coordination et de suivi, et l'initiative du SSJ comble un vide. Le service se donne ainsi une tâche supplémentaire, alors qu'il fait face à un problème de moyens et de positionnement par rapport aux autres entités. Par ailleurs, la réponse est partielle : nous estimons que les situations devraient être suivies en termes de projet global pour un enfant, en assurant une continuité tout au long du processus.

[104] La prévention tertiaire cherche à éviter un ancrage ou une rechute (Dictionnaire suisse de politique sociale 2002 : 246).

[105] Prise en charge des situations de maltraitance. Normes et procédures pour les collaborateurs du SSJ (mars 2003), p. 7

8.2 Le Service de protection de la jeunesse

8.2.1 Le secteur « appui éducatif »

Ce service connaît des difficultés depuis des années (sens de sa mission et la façon d'y répondre). Nous n'avons pas analysé les fonctionnements internes des services, mais pour la PDJ, plusieurs audits l'ont déjà fait et l'un d'eux relève notamment le mauvais climat relationnel qui y règne (Jouffroy 2002). Les conséquences (absentéisme, poids de la charge de travail, tensions entre la direction et certains travailleurs sociaux, etc.) ont des répercussions sur la qualité du travail des assistant sociaux. Des études faites ailleurs qu'à Genève montrent à quel point le climat organisationnel a un impact sur la qualité des services et de leur coordination (cf. Glisson & Hemmelgarn 1998).

Dans notre étude, nous avons repéré quatre aspects qui ont des répercussions sur la qualité du travail des assistants sociaux du secteur « appui éducatif » :

- Avec l'augmentation des cas de maltraitance transmis par le SSJ, les assistants sociaux procèdent à des évaluations en nombre croissant, dans des situations complexes et émotionnellement lourdes. Ils doivent souvent déterminer si une famille est maltraitante ou non, en l'absence d'indices concrets. Leurs activités prennent place dans un contexte où l'intervention de l'Etat dans la sphère privée ne peut pas s'envisager sans justes motifs. Dans le même temps, en cas d'intervention tardive, les médias se saisiront du cas qui a dysfonctionné. Ces contradictions et pressions génèrent des tensions difficiles à gérer.
- La formation des assistants sociaux les a préparés à une logique d'accompagnement et d'aide visant l'autonomie. Par ailleurs, la loi sur l'OJ définit de façon très large la mission de la PDJ (« assister la famille dans sa tâche éducative et veiller à l'intérêt du mineur »). Or, l'évolution du nombre de situations et des problèmes rencontrés par les jeunes et leur famille rend désormais difficile le travail en amont, avant que les choses se détériorent. La question des seuils d'intervention est de plus en plus présente chez nos différents interlocuteurs : jusqu'où accompagner la famille et à partir de quand lui poser des limites claires en signalant la situation ? Plusieurs d'entre eux soulignent un manque de clarté, voire un conflit, entre le rôle attendu par l'institution aujourd'hui et la pratique des collaborateurs qui se réfèrent à leur culture professionnelle.
- Le service n'a pas de mode de gestion harmonisé : l'application des protocoles et directives varie d'un groupe à l'autre, d'une personne à l'autre. L'autonomie dans l'appréciation des situations laisse une grande marge de manœuvre, revendiquée en tant que partie intégrante de la fonction. Dans le même temps, en l'absence de lignes directrices claires, la liberté d'action est vécue par certains comme désécurisante face aux situations de maltraitance non avérées ou graves.
- La surcharge, quelqu'en soit l'origine, a pour conséquence un manque de temps pour la formation et pour la réflexion. Le travail se fait dans l'urgence, renforçant le malaise des assistants sociaux qui auraient besoin de plus de connaissances, de plus de temps pour évaluer certaines situations de maltraitance et pour proposer une prise en charge adaptée.

Face à l'augmentation des signalements de maltraitance par une meilleure détection, la PDJ assure difficilement une réponse adéquate en dehors de situations avérées ou graves. De plus, dans la collaboration interinstitutionnelle, les assistants sociaux sont perçus comme peu disponibles. Les conséquences en sont importantes, entraînant une mauvaise communication et

un manque de suivi des situations. Alors que ce service est au cœur du dispositif de protection, il est débordé et parfois l'initiative est prise par d'autres.

Jusqu'à présent, la PDJ a tenté de résoudre les problèmes rencontrés en élaborant des protocoles. Rappelons que certaines études montrent qu'il ne suffit pas de déterminer des normes détaillant l'exécution des tâches pour obtenir les résultats visés, car elles risquent de limiter l'autonomie des intervenants, indispensable pour faire face aux situations complexes de maltraitance. Au contraire, une approche de gestion centrée sur les résultats à obtenir et les objectifs à atteindre (ex. les mesures dans le meilleur intérêt du jeune), permet de valoriser les savoir-faire des professionnels et leur laisse la marge de manœuvre nécessaire (cf. Osborne & Gaebler 1992).

Le travail de la PDJ dans le dispositif « maltraitance » révèle des problèmes plus généraux du dispositif de « protection de la jeunesse ». Il nous semble indispensable aujourd'hui d'entreprendre une réflexion d'ensemble sur les rôles et missions de l'OJ, en analysant les besoins des jeunes et en fixant des priorités.

8.2.2 L'unité « Evaluation des lieux de placement » (ELP) et le secrétariat aux institutions (SAI)

Ces deux unités ont été retirées de la PDJ à fin mars 2004, lors du départ de la directrice. Elles sont aujourd'hui rattachées pour une durée indéterminée à la direction générale de l'OJ. Ces deux unités ont en commun le fait que les collaborateurs ne sont pas en contact direct avec les usagers, mais contrôlent des institutions. Toutes les deux ont une mission de veiller au respect d'exigences légales des institutions qui sont sous la surveillance de l'OJ.

Selon plusieurs interlocuteurs, l'ELP n'arrive pas à assurer cette mission de surveillance par manque de moyens[106]. Elle ne peut donc pas veiller aux normes d'encadrement ni à la qualité des prestations offertes dans les crèches, les familles d'accueil, les foyers.

Le SAI est notamment chargé du contrôle et de la coordination des institutions, sur le plan qualitatif et celui de la gestion financière[107]. De nombreuses critiques ont été émises à son endroit : absence de liste de places disponibles, absence de réflexion d'ensemble sur l'offre institutionnelle en réponse aux besoins des enfants. Il manque notamment des lieux d'hébergement appropriés aux enfants en bas âge et d'autres permettant d'évaluer et d'accompagner les familles dans l'acquisition de compétences parentales.

8.3 Le Service du Tuteur général

Quand les situations de maltraitance ont fait l'objet d'une décision du Tribunal tutélaire, c'est le secteur des mineurs du STG qui reçoit le mandat de mettre en œuvre les mesures de protection et de suivre les situations[108]. Ce transfert de la PDJ vers le STG implique un changement d'interlocuteur et une rupture pour l'enfant et sa famille. Les collaborateurs du STG sont peu disponibles. Au STG, le climat est également tendu par rapport à la charge de travail et se traduit

[106] Dans l'argumentaire du budget 2003, il est fait état d'un manque de 6,10 postes par rapport au 13,8 postes dont dispose alors le service (PDJ, Argumentaire du 6 avril 2002, pour le projet de budget 2003).
[107] RS/Ge J 6 35.01. Règlement d'application de la loi sur la coordination, le contrôle et l'octroi de subventions aux institutions genevois spécialisées pour mineurs et jeunes adultes, article 3 al. 2.
[108] A l'exception des mesures de « droit de regard et d'information » (art. 307, al. 3 CC) qui sont attribuées à la PDJ.

par une démotivation et une perte de confiance des collaborateurs envers leur direction[109]. Comme nous l'avons vu pour le secteur éducatif de la PDJ, ceci a des conséquences directes sur la qualité des prestations. Ajoutons que les collaborateurs du STG ne disposent pas de directives, ni d'offre de formation en matière de maltraitance.

Pour les mesures plus simples (ex. curatelles d'appui éducatif), les collaborateurs du STG ont une marge de manœuvre très grande, mais dans le même temps ils se disent débordés. Selon plusieurs interlocuteurs, ils n'ont pas assez de temps pour faire un véritable travail social dans l'accompagnement de l'enfant et de sa famille. Or, il y a là un rôle essentiel à jouer, en particulier avec les jeunes placés, afin d'optimiser les chances d'évolution. Les mesures de protection prises perdent ainsi de leur efficacité.

Souvent, les assistants sociaux font un travail de coordination des actions des autres professionnels : thérapeutes, éducateurs en foyer. Environ tous les deux ans, ils évaluent la situation pour que le Tribunal tutélaire actualise le jugement. En cas de problème, la possibilité d'évaluer plus souvent existerait, mais cela ne se fait pas par manque de temps. Ceci est relevé par les foyers, où l'on déplore la faible présence des assistants sociaux pendant le placement.

Le STG est en bout de chaîne du processus concernant la maltraitance. Sa charge de travail est liée à l'évolution des jugements du Tribunal tutélaire. Comme pour la PDJ, l'adéquation des moyens du STG devrait donc être revue à la lumière de l'évolution des problèmes de la jeunesse et dans une perspective d'ensemble des rôles et missions de l'OJ face à cette évolution.

8.4 Le Service médico-pédagogique

Le Service médico-pédagogique a la définition la plus restrictive de la maltraitance et ne lève le secret professionnel que quand l'enfant court un « danger grave ». En dehors de situations de « danger grave », le SMP ne communique jamais d'informations aux autres services sans l'accord des parents ou du jeune lui-même. Les protocoles le confirment.

A la lumière de l'article 7 alinéas 2 et 3 de la LOJ, la confidentialité pratiquée par le SMP nous paraît excessive, notamment à l'intérieur de l'OJ. Elle handicape la prise en charge et le suivi des situations par les autres services. Par exemple, le STG ne saura pas que tel pupille ne suit plus son traitement au SMP, alors qu'il est censé coordonner les différentes interventions. Le SSJ a les mêmes doléances pour des enfants suivis par les infirmières.

Le SMP a connu une forte augmentation des consultations. Sa charge de travail l'empêche de répondre dans des délais acceptables aux demandes d'évaluation du Tribunal tutélaire. Dans l'intervalle, les victimes restent dans des situations temporaires parfois difficilement supportables.

[109] Cf. divers échanges de courrier entre le Tuteur général et les collaborateurs du secteur des mineurs à propos de la prise en charge des mandats tutélaires, entre le 20 novembre 2003 et le 3 mais 2005. Des copies ont été largement diffusées (cf. notamment lettre des collaborateurs du 4 décembre 2003, avec copies aux juges du Tribunal tutélaire, à ceux du Tribunal de première instance, à la direction de l'OJ et de la PDJ, à la Commission d'éthique de l'OJ et aux syndicats).

8.5 Des missions qui s'interpénètrent

A plusieurs moments, des chevauchements de responsabilités nous sont apparus. Ils seraient à prendre en compte dans la réflexion sur la clarification des rôles et missions des différents services de l'OJ.

8.5.1 Prise en charge initiale : chevauchements entre le SSJ et la PDJ

Les infirmières SSJ suivent toutes sortes de situations pour lesquelles les indices ne permettent pas de soupçonner franchement de la maltraitance. Certaines situations sont limites (cf. enfants en risque) et nécessiteraient une prise en charge pluridisciplinaire ou de type social (ex. isolement social, problème de chômage), comme nous l'avons dit au point 8.1.

Il conviendrait d'analyser de façon plus détaillée ces situations et les problématiques rencontrées, ainsi que les actions à entreprendre, afin de les prendre en charge de façon adéquate. Dans un deuxième temps, il s'agirait de voir si ces situations doivent être prises en charge par la PDJ, ou si d'autres intervenants du réseau seraient susceptibles d'être mobilisés (ex. CASS), ou encore si une prise en charge spécifique devrait être envisagée.

8.5.2 Signalement : une voie supplémentaire via le SSJ

En théorie, n'importe quel service de l'OJ peut signaler à l'autorité tutélaire. Selon les procédures retenues par la CCVM, le SSJ doit cependant en principe transmettre toute situation de maltraitance à la PDJ (signalement administratif) qui, le cas échéant, signale au Tribunal tutélaire. Ceci nécessite deux évaluations : celle du SSJ (évaluation initiale), puis celle de la PDJ. Etant donné la possibilité que la PDJ ne donne pas suite au signalement (appréciation différente), le SSJ aurait souhaité pouvoir directement signaler certains cas au Tribunal tutélaire. Ce dernier demanderait une évaluation à la PDJ qui serait alors tenue de la réaliser formellement.

Cette proposition nous semble vouloir apporter une solution au caractère aléatoire du signalement au sein de la PDJ. Or, si la PDJ disposait de règles internes claires et appliquées d'une manière comparable, il ne serait pas nécessaire de prévoir une voie supplémentaire de signalement.

8.5.3 Seuils d'intervention : chevauchements entre la PDJ et le pouvoir judiciaire

Nous avons vu que la PDJ opérait un tri dans les situations signalées au Tribunal tutélaire. Il en va de même avec les situations dénoncées au Procureur général. D'après les représentants du pouvoir judiciaire, il incombe à la justice et non aux assistants sociaux de déterminer la suite à apporter.

Avant de prendre la décision d'une transmission systématique des situations, il nous paraît opportun d'analyser les situations retenues et celles transmises jusqu'à présent, afin de dégager des critères pertinents. Il est indispensable de définir et d'harmoniser les seuils d'intervention. Sans cela, on court le risque d'entamer des procédures parfois inutiles et douloureuses pour les familles

8.5.4 Des actions comparables en termes d'appui socio-éducatif : entre la PDJ et le STG

Dans certains cas, il arrive aux assistants sociaux de la PDJ de transmettre une situation au Tribunal tutélaire qu'ils auraient pu gérer, en demandant par exemple une curatelle d'appui éducatif. Si le tribunal suit l'avis de la PDJ, le dossier passe au STG. Il existe vraisemblablement

des cas avec des caractéristiques similaires gérés par les deux services, les uns avec un mandat tutélaire, les autres sans. Une analyse permettrait de le clarifier et de dégager des pistes de collaboration entre les deux services, voire des articulations différentes au sein de l'OJ.

8.6 La direction générale

Les fonctions de la direction générale de l'Office de la jeunesse consistent notamment à :

- étudier les problèmes concernant l'office ou plusieurs services,
- à coordonner leurs activités.

Aujourd'hui l'OJ donne l'image d'une juxtaposition de services aux cultures et professions différentes, fortement cloisonnés. Par exemple, sur certaines questions, le SMP vit en marge : ainsi, il ne participe jamais aux séances de la Commission d'éthique de l'OJ.

En matière de maltraitance, il n'y a aucune vision partagée et très peu de mise en commun des expériences et compétences développées au sein des services. Des problématiques transversales, telles que la communication d'informations, les critères et seuils d'intervention ou le signalement, se discutent de façon bilatérale, quelques fois à la CCVM. Pour la maltraitance, nous l'avons vu, ces problématiques buttent sur les particularités des services et les interprétations respectives. Les conséquences en matière d'efficacité sont un gaspillage certain, mais en matière de maltraitance, elles deviennent dangereuses.

Nous pensons que la direction générale de l'OJ doit donner les impulsions nécessaires, assurer le suivi de réalisations transversales au sein de ses services et garantir une cohérence d'ensemble.

Principaux enseignements

- Depuis 1998, le SSJ a défini la lutte contre la maltraitance comme l'une des priorités de son service, sans modifier les autres missions accomplies. C'est le service le plus engagé en matière de détection des situations de maltraitance. Face au manque de coordination et de suivi du dispositif général, le SSJ a pris l'initiative d'être le service qui vérifie que la prise en charge suive bien son cours. Actuellement, les infirmières évoquent une situation de surcharge.
- Selon les statistiques du SSJ, les situations d'enfants en risque ont beaucoup augmenté. Ces situations (conflits conjugaux et climat de violence, isolement social, etc.) qui nécessiteraient des interventions de type social sont devenues quantitativement très importantes au sein des activités des infirmières concernant la détection d'enfants en danger ou menacés.
- Face à l'augmentation des signalements, le secteur « appui éducatif » du SPJ doit procéder à un nombre croissant d'évaluations dans des situations complexes et émotionnellement lourdes. Le travail se fait de plus en plus dans l'urgence. En l'absence de lignes directrices claires, les situations sont appréciées de façon très diverse. Le climat de travail est considéré comme mauvais depuis plusieurs années.
- Chargée de la surveillance des familles d'accueil, des foyers et des crèches, l'unité d'évaluation des lieux de placement (ELP) n'arrive pas à assurer sa mission. Alors qu'un secrétariat aux institutions (SAI) est chargé du contrôle et de la coordination des institutions d'hébergement, il n'y a pas de vue d'ensemble des places disponibles ni d'adaptation aux besoins.
- Quand il y a décision du Tribunal tutélaire, la situation prise en charge jusque-là par la PDJ passe au STG, ce qui implique un changement d'interlocuteur pour la famille. Le climat de travail du STG est conflictuel. Face à l'augmentation des mesures tutélaires, les assistants sociaux n'ont pas assez de temps pour faire un véritable travail social durant l'intervalle qui sépare l'actualisation des jugements du Tribunal tutélaire (tous les deux ans).
- Ayant à faire face à une forte augmentation des consultations, le SMP met beaucoup de temps à réaliser les évaluations demandées par le Tribunal tutélaire. Il utilise une définition restrictive de la maltraitance. Y compris à l'intérieur de l'Office de la jeunesse, le SMP pratique une politique de communication d'informations très restrictive à propos des enfants suivis.
- L'OJ fonctionne de façon cloisonnée, sans vision d'ensemble quant à la prise en charge de la maltraitance. Chaque service a développé sa pratique, sans que la direction de l'OJ n'en vérifie la cohérence. La pratique du signalement et de la dénonciation est variable d'un service à l'autre, mais aussi d'un groupe ou d'un individu à l'autre. La transmission au STG d'une situation suivie par la PDJ implique aujourd'hui une rupture de prise en charge dont le bien-fondé organisationnel est à examiner.

9 Conclusion

Le dispositif de protection des enfants victimes de mauvais traitements est dense et diversifié. Il mobilise une multiplicité d'acteurs en interaction les uns avec les autres. Nous avons rencontré plus de 150 intervenants, lors d'entretiens individuels ou de groupes, et interrogé par questionnaire les écoles privées et les pédiatres. Nous avons analysé leurs réponses, ainsi que les documents qui nous ont été remis, en fonction des critères retenus pour chacune des questions de l'évaluation. Avec cette grille de lecture, notre évaluation met en évidence certaines caractéristiques du dispositif de protection que nous détaillons dans nos réponses (9.1).

La plupart des acteurs institutionnels et des professionnels de terrain sont conscients des lacunes et points d'amélioration du dispositif. Des projets sont en cours. C'est pourquoi, nous avons jugé opportun de le mettre en évidence (9.2), avant d'aborder le chapitre des recommandations.

9.1 Les réponses aux questions d'évaluation

Question 1 : **Comment les rôles et missions de chacun des acteurs sont-ils définis?**

Des principes et des responsabilités formulés en des termes généraux

Les termes « maltraitance infantile » n'existent dans aucune disposition juridique. Le code civil contient le catalogue des mesures de protection de l'enfant destinées à sauvegarder son intégrité physique et psychique. Le code pénal comprend les bases pour la poursuite d'office des infractions, dont relève la maltraitance. Le droit fédéral fixe les règles que les cantons doivent appliquer.

Sur le plan cantonal, les bases légales décrivent les responsabilités ou règlent les principes d'intervention des autorités en matière de protection des enfants et des jeunes, mais seulement en des termes généraux. La protection des enfants victimes de maltraitance est englobée dans plusieurs politiques sectorielles mises en œuvre par des services ou entités ayant des missions spécifiques en la matière.

Des rôles et des missions relevant de politiques sectorielles

- Le Tribunal tutélaire est désigné par la loi de procédure civile en tant qu'instance assurant la protection de l'enfant au sein de sa famille, à qui les signalements doivent être adressés.
- Le Procureur général reçoit les dénonciations selon les termes du code de procédure pénale.
- Plusieurs lois confèrent à l'Office de la jeunesse (OJ) une responsabilité dans la protection des enfants placés hors du foyer familial (institutions genevoises d'éducation spécialisée[110], institutions de la petite enfance, familles d'accueil).
- Les différents services de l'OJ ont une mission décrite en des termes très généraux par la loi sur l'office de la jeunesse (LOJ), dont le règlement d'application n'a jamais vu le jour. Le Service de santé de la jeunesse (SSJ) doit s'occuper de l'hygiène et de la santé des mineurs, en particulier de ceux fréquentant les écoles publiques et privées. Le Service médico-pédagogique (SMP) est compétent en matière d'hygiène et de santé mentale des mineurs. Le

[110] Foyers.

Service de protection de la jeunesse (PDJ) apporte un appui socio-éducatif aux familles et veille à la sauvegarde des intérêts des mineurs. Le Service du Tuteur général (STG) assure un rôle socio-éducatif visant en particulier à permettre la réintégration des enfants dans un cadre familial et social favorable.

- Le Tribunal tutélaire et, par délégation, la PDJ et le STG détiennent la puissance publique en matière de retrait de la garde des enfants.
- La Pédiatrie assure les soins des enfants sur les plans physique et psychique[111]. Un groupe pluridisciplinaire informel, le Groupe de protection de l'enfant (GPE), a pour mission d'évaluer les situations de maltraitance et de veiller à la protection des enfants qui lui parviennent de l'intérieur ou de l'extérieur des HUG.
- L'école primaire et le Cycle d'orientation collaborent avec les intervenants de l'OJ pour prendre en charge les élèves en difficulté.
- La police judiciaire applique les dispositions du code pénal et de la LAVI[112], en matière d'enquête et d'audition des victimes.

Une commission transversale sans réelle assise

Des principes de coordination et d'échange d'informations sont énoncés dans l'une ou l'autre loi, mais sans articulation générale. C'est pourquoi, en 1997, une instance transversale a été désignée, afin notamment de coordonner les actions des entités étatiques concernées par la maltraitance infantile : la Commission cantonale de référence en matière de violence et de maltraitance envers les mineurs (CCVM). Cette commission n'a ni assise juridique, ni réel pouvoir de décision.

En quelques mots

- Les rôles et missions des acteurs sont définis seulement en termes généraux, dans différentes politiques sectorielles, parmi d'autres tâches. La maltraitance n'est pas considérée comme une problématique particulière. Le terme n'est pas utilisé dans les dispositions légales qui, par ailleurs, sont dispersées dans plusieurs lois.
- Une commission transversale aux structures étatiques, la CCVM, est censée coordonner les interventions des acteurs, mais elle ne dispose d'aucun pouvoir de mise en application.

Question 2 : **Comment cette définition des rôles et missions concourt-elle à la mise en œuvre des pratiques de protection de l'enfance maltraitée ?**

L'absence de précision quant aux rôles et missions, relevée à la question précédente, a des conséquences.

Entre foisonnement de protocoles et absence de directives

Avec la montée de la sensibilisation face à la maltraitance infantile dans les années '90, plusieurs services ont élaboré des protocoles et directives, afin de pallier les manques décrits précédemment. Fruit d'une réflexion propre à chaque service, ces protocoles expriment souvent

[111] Des collaborateurs du Service de psychiatrie de l'adolescent et de l'enfant (SPEA) interviennent au sein d'une unité de liaison basée en Pédiatrie.
[112] Loi sur l'aide aux victimes d'infraction.

des logiques de territoire ou d'action. Ainsi, chaque instance retient ses définitions de la maltraitance.

Quelques accords servent à préciser les échanges d'informations découlant de l'application du secret professionnel. Ceux qui concernent le SMP révèlent une application restrictive de l'article 7 alinéas 2 et 3 de la LOJ qui traite des possibilités de transmission d'informations. Au CO, un récent protocole clarifie les rôles et devoirs des différents professionnels présents.

Depuis l'affaire dite « de Meyrin »[113], une directive instaure une permanence de la PDJ et du STG à l'intention de la police judiciaire et de la Pédiatrie (via la police), afin de pouvoir répondre aux situations urgentes en dehors des heures d'ouvertures de l'administration.

En Pédiatrie, l'absence de protocoles communs aux différentes spécialités est compensée par une pratique interdisciplinaire régulière.

En dehors des structures étatiques, les acteurs en contact avec les enfants tels que les institutions de la petite enfance (IPE), les professionnels de la santé du privé[114], les écoles privées, font état dans leur grande majorité d'un manque de directives en matière de détection et de marche à suivre.

Une application aléatoire des protocoles

Au niveau des protocoles internes existant, seul celui du SSJ est appliqué par l'ensemble des collaborateurs. Les autres documents sont diversement connus et appliqués par les collaborateurs des services publics : problème de diffusion, non-adaptation à l'évolution des situations et aux moyens à disposition, etc. [115]

Un impact insuffisant de la CCVM

En 1999, la CCVM a retenu quatre types de maltraitance et fait un important travail de clarification, en recensant les principaux chemins qu'une situation pouvait emprunter suite à une détection, selon les services amenés à procéder à l'évaluation et à la prise en charge initiales. Etant donné la complexité du dispositif, ces « filières » ne sont pas exhaustives (ex. la Pédiatrie n'apparaît pas). Les étapes du processus de protection des victimes, une fois les situations examinées par la justice civile et pénale, n'ont pas encore été abordées par la CCVM. Par la suite, les travaux de la commission ont porté sur des thématiques transversales et permis quelques avancées, comme dans l'échange d'informations entre les services. Toutefois, la CCVM manque de légitimité politique et, dans la pratique, elle n'a pas le pouvoir d'imposer une décision. De plus, elle ne se réunit que quatre fois par an environ.

Le SSJ est le seul service à se référer formellement dans son organisation interne aux procédures retenues à la CCVM[116]. L'enseignement primaire s'en inspire, mais sans support écrit. Dans les autres services, il y a souvent un décalage entre les positions de la CCVM et le fonctionnement des services orienté dans la pratique selon leur spécificité professionnelle. Les travaux de la CCVM sont souvent méconnus des intervenants de terrain, probablement en raison de la

[113] Une maman toxicomane incarcérée a dissimulé où se trouvait sa fille, la croyant à l'abri, par crainte qu'elle ne lui soit retirée. La fillette en est morte (cf. Stettler 2001).
[114] Les pédiatres installés estiment qu'ils voient 95 % des enfants.
[115] Il est trop tôt pour se prononcer sur l'application de celui du Cycle d'orientation (CO) entré en vigueur au début de l'année 2004.
[116] Le président de la CCVM est aussi le directeur du SSJ.

confidentialité qui les entoure et de l'absence de documents édités sous la responsabilité de la commission. Le secteur subventionné et privé échappe à la sphère d'action de la CCVM.

Des pratiques mal articulées entre elles

Les difficultés exprimées par les professionnels à comprendre les missions et prérogatives des différentes institutions traduisent une absence de visibilité et d'articulation du dispositif.

Au sein de l'OJ, plus particulièrement, l'absence de précision quant aux rôles et missions a des conséquences sur le travail des collaborateurs. Le SSJ cherche à combler des lacunes du dispositif, mais il est débordé par ses propres initiatives. La PDJ est confrontée à un manque de limites précises dans son mandat d'intervention et ne parvient pas à répondre correctement à toutes les situations. Les mandats parvenant du Tribunal tutélaire sont en augmentation et le STG est tenu de tous les accepter ; les situations de maltraitance ne font pas l'objet d'un traitement différencié. Selon son approche très restrictive, le SMP ne constate presque pas de cas de maltraitance par comparaison aux autres services de l'OJ.

Cela n'est pas sans conséquence sur la détection et la prise en charge (cf. réponses aux questions suivantes).

En quelques mots

- L'absence de précision au niveau légal et le manque de clarté des rôles et missions ne sont pas compensés par des documents administratifs harmonisant sur un plan général les définitions et l'articulation des différentes interventions. Lorsque des protocoles existent, ils ne sont pas forcément appliqués.
- La CCVM, censée répondre aux manques d'articulation du dispositif, ne dispose pas des moyens nécessaires. Elle joue un rôle indispensable, mais trop discret.
- Le dispositif souffre d'un manque de visibilité. Le manque de précision dans les rôles et missions a des conséquences sur la pertinence des prestations des services de l'OJ en matière de maltraitance.

Question 3 : **Quel est le dispositif de détection, signalement et dénonciation des cas de maltraitance (avérés ou suspectés) au préscolaire, au primaire et au secondaire inférieur ?**

Un dispositif de détection aux multiples points d'entrée

Quand un professionnel suspecte une situation de maltraitance, il s'adressera principalement à l'un des trois organismes suivants : SSJ, PDJ ou Pédiatrie (et GPE)[117]. Si ces « points d'entrée » dans le dispositif sont cités par les intervenants, ils sont dans la pratique diversement sollicités.

La détection au préscolaire est particulièrement lacunaire[118], malgré le fait qu'un enfant sur deux soit gardé en institution de la petite enfance (IPE) ou en famille d'accueil. Le SSJ exerce une détection active dans les écoles publiques, grâce à une présence régulière des infirmières et à des

[117] Certains organismes privés (ex. n° de téléphone 147) peuvent être amenés à recevoir les confidences d'enfants maltraités ou des témoignages. Cependant, ces organismes n'ont pas pour mission de détecter des situations et, dans certains cas, ils garantissent la confidentialité à l'appelant.

[118] En 2002-2003 : 10 cas en 2002-2003 sur plus de 18'000 enfants (SSJ 2003, Pecorini & Le Roy-Zen Ruffinen 2002).

cours de prévention donnés dans les écoles. La détection est en augmentation depuis plusieurs années, surtout au primaire[119], notamment grâce à une meilleure sensibilisation dans les écoles. Toutefois, même si les mailles sont plus serrées au primaire, il arrive que des situations ne soient pas repérées et qu'elles se retrouvent, aggravées, au Cycle d'orientation (CO). Au CO, différents professionnels peuvent détecter une situation, mais une responsabilité particulière est conférée à la cellule pluridisciplinaire (infirmières SSJ, conseillers sociaux, psychologues SMP). Jusqu'à l'introduction du protocole (début 2004), cette multiplicité non coordonnée posait problème. Par ailleurs, il n'est pas certain que le jeune choisisse de s'adresser à l'un de ces adultes[120]. Enfin, au niveau des écoles privées, il y a très peu de détection[121].

Du côté des milieux soignants, le GPE en Pédiatrie est un groupe informel spécialisé sur les questions de maltraitance. Il évalue les situations détectées au sein de l'hôpital ou qui lui parviennent de l'extérieur. Sa capacité d'évaluation est limitée par les ressources à disposition[122]. La détection via les pédiatres privés est faible[123]. Cependant, ces médecins sont souvent en contact avec la Pédiatrie et le GPE qui peuvent prendre le relais d'un signalement. Ce relais semble également sollicité par les cliniques privées.

Facteurs handicapant la détection

La détection est gênée par plusieurs facteurs :

- Les cadres de référence théoriques utilisés par les institutions, les définitions et les seuils de reconnaissance du phénomène retenus, ainsi que les sensibilités personnelles à l'œuvre, sont extrêmement divers. L'éventail des situations prises en compte se déploie entre deux extrêmes : de très large (au SSJ) à très restrictif (au SMP). Le cumul de ces facteurs rend la détection aléatoire, notamment en dehors des cas graves ou avérés.
- La formation à la détection de signes de maltraitance (selon les quatre types retenus[124]) est assez peu développée chez les professionnels du dispositif. Quelques professionnels sont spécifiquement outillés, notamment les infirmières cliniciennes en santé maternelle et infantile (SMI) de la FSASD[125], les médecins de la Pédiatrie et les participants au GPE, les éducateurs de quelques foyers[126]. Les infirmières du SSJ sont quant à elles bien informées[127].
- Certains types de maltraitance sont plus difficiles à observer, comme la maltraitance psychologique et la négligence, ceci notamment dans le cadre d'une consultation médicale isolée, en particulier chez le petit enfant.

---

[119] En 2002-2003 : 239 cas détectés et suivis au primaire sur plus de 34'000 élèves (SSJ 2003, Rapport de gestion du Conseil d'Etat 2003).
[120] En 2002-2003 : 56 cas recensés en 2002-2003 sur plus de 12'000 élèves (SSJ 2003, Rapport de gestion du Conseil d'Etat 2003).
[121] Entre 1998 et 2004 : 8 cas en moyenne par an sur 8'000 élèves (Erasm 2004).
[122] En moyenne, 150 cas par an (GPE).
[123] Ces deux dernières années : 194 cas constatés par 39 pédiatres (sur 48 ayant répondu). 4 d'entre eux seulement se sont déjà adressés au Tribunal tutélaire (Erasm 2004).
[124] Définitions retenues par la CEPP, voir tableau 5 p. 123.
[125] Fondation des services d'aide et de soins à domicile.
[126] Pour les psychologues, leur formation de base leur donne différents outils très utiles : formation à l'évaluation, diagnostic, développement de l'enfant, etc. Cependant, elle n'est pas axée spécifiquement sur la maltraitance. De plus, les définitions retenues par le SMP restreignent la détection de situations relevant de maltraitance.
[127] Au SSJ, un groupe « maltraitance » partage et coordonne l'information entre les différentes unités internes.

- Les ressources spécialisées vers lesquelles les intervenants peuvent se tourner pour confronter leurs impressions sont relativement rares. Il n'existe que deux groupes en fonction : la cellule « Maltraitance et abus sexuel » du SMP, le GPE pour les services de l'Hôpital. Le GPE reçoit des demandes notamment de pédiatres ou du SSJ en vue d'approfondir leurs premiers constats. Depuis quelques mois, la cellule du SMP est ouverte aux collaborateurs de la PDJ. Dans les équipes éducatives de certains foyers, quelques personnes se sont spécialisées dans le domaine de la maltraitance. La FSASD dispose d'une spécialiste clinique SMI, mais qui ne peut pas être disponible en permanence.

Des voies de signalement et de dénonciation différentes selon les acteurs

Selon les procédures convenues au sein de la CCVM, les signalements au Tribunal tutélaire de situations découvertes via le SSJ se font par la PDJ ou le STG, s'il s'agit de l'un de ses pupilles. Les professionnels de la santé peuvent directement signaler auprès de l'autorité tutélaire, quand l'intérêt de l'enfant est menacé, en levant le secret professionnel conformément à l'article 358ter du code pénal. Dans la pratique, ce second circuit est peu emprunté par les médecins privés.

En général, c'est aussi via la PDJ (ou le STG) que se font les dénonciations au Procureur général. Au CO, la direction d'un établissement ou le responsable des conseillers sociaux peuvent choisir de dénoncer directement sans passer par l'OJ.

Facteurs influençant le signalement et la dénonciation

Les professionnels du secteur public sont relativement au clair sur les institutions existantes du dispositif (réseau). Ceux du privé le sont nettement moins. En revanche, ni les uns, ni les autres ne sont toujours au courant des procédures à appliquer en cas de maltraitance : soit parce que les protocoles formels sont inexistants (école primaire, crèches, écoles privées), soit parce qu'ils sont trop récents (CO), soit encore parce qu'ils ne sont plus appliqués (PDJ, STG).

En cas de soupçons ou dans les cas en « zone grise »[128], les professionnels hésitent sur les seuils à partir desquels une situation doit être communiquée aux services compétents. Ces seuils varient d'une institution à l'autre, d'une profession à l'autre, d'une personne à l'autre. Un certain filtre**,** volontaire ou non, est donc opéré dès le départ : situations non transmises aux autorités compétentes ou non repérées.

Au GPE, sauf en cas de danger, l'équipe soignante tente souvent d'abord une alliance thérapeutique avec les parents. En cas de succès, elle ne signale pas au Tribunal tutélaire, ni à la PDJ. A la sortie de l'enfant de l'hôpital, elle met en place un réseau pour prévenir la récidive, un intervenant externe prenant alors la responsabilité du suivi.

Etant donné la gravité d'une dénonciation pénale, la PDJ et les conseillers sociaux peuvent avoir des hésitations, car ils ont parfois besoin de pouvoir déterminer préalablement si la situation correspond à un crime ou à un délit. Depuis le printemps 2004, les instances judiciaires se sont mises à disposition des services pour apprécier les cas concernés.

L'information des professionnels et du public joue un rôle primordial en matière de détection et de signalements. Ces derniers augmentent à la suite d'évènements relayés par la presse, de cours organisés dans les écoles, de présentations faites devant les professionnels (ex. pédiatres). Si l'information n'est pas maintenue, les signalements retombent après quelques temps.

[128] Situations avec danger potentiel, situations à risque qui pourraient se déliter, négligences légères et moyennes.

En quelques mots

- Une filière de détection passe par les services de l'OJ (SSJ, PDJ) ; les approches y sont très diverses et certaines ressources manquent (formation, références, moyens). Une deuxième filière existe via les milieux soignants (Pédiatrie et pédiatres). Le GPE manque de moyens ; la capacité de détection s'en ressent. Quant aux pédiatres privés, ils manquent d'informations.
- La détection peut être particulièrement aléatoire selon l'âge de l'enfant (préscolaire), la structure fréquentée (écoles privées), le cadre du contact (consultation en cabinet privé, psychothérapie). Dans les écoles primaires, les mailles sont plus serrées, mais des situations passent quand même à travers le filet et se retrouvent, souvent péjorées, au CO. Au CO, avant l'introduction du protocole, la multiplication des intervenants posait problème. Dans les écoles privées, la détection est presque inexistante.
- Tant au niveau de la détection que du signalement et de la dénonciation, le processus s'achoppe à la diversité des définitions et seuils d'intervention, à la diversité des cadres théoriques, à la méconnaissance des procédures, au manque d'informations. Ces facteurs opèrent comme autant de filtres des situations de maltraitance et ceci dès les premières étapes du processus.

Question 4 : **Quelle est l'organisation de la prise en charge, au préscolaire, au primaire et au secondaire inférieur ?**

Une fois la situation parvenue aux services compétents, différentes interventions doivent avoir lieu soit avant un signalement ou une dénonciation, soit en parallèle, soit encore après.

Plusieurs acteurs pour évaluer les situations de maltraitance

Dans la filière venant des écoles et des IPE, les services (SSJ, PDJ, SMP, STG) vont procéder ou participer à une évaluation, afin de vérifier si les indices confirment l'existence d'une maltraitance. La PDJ et le SMP sont aussi amenés à effectuer des évaluations formelles, chacun dans sa spécialité, à la demande du Tribunal tutélaire.

En cas de maltraitance avérée et/ou grave, si l'enfant court un danger ou ne peut rentrer chez lui, la PDJ et le STG ont le pouvoir de retirer provisoirement la garde aux parents (clause péril). S'ils maintiennent cette décision, celle-ci doit être ratifiée par le Tribunal tutélaire[129]. L'enfant est alors placé en foyer d'accueil d'urgence, en attendant que sa situation soit évaluée. Le nombre des clauses péril prononcées a augmenté ces dernières années.

Dans la «filière » suivie par les milieux soignants, la Pédiatrie procède aussi à une évaluation. Si l'enfant est en danger, elle demande à la PDJ de prononcer une clause péril et peut au besoin garder l'enfant à l'hôpital.

Une prise en charge à plusieurs facettes

A l'OJ, une évaluation comporte souvent plusieurs facettes : sociale, psychologique, juridique, etc. En fonction de son résultat, différentes mesures peuvent être envisagées, parfois simultanément, pour une prise en charge de l'enfant adaptée à ses besoins :

[129] Entre septembre 2000 et août 2001, 17 clauses péril ont été prononcées par la PDJ. Toutes présentaient un ou plusieurs types de maltraitance. 5 clauses péril ont été levées par le service (Favet 2002 : 43, 47).

- Le SSJ peut conseiller les parents en matière d'hygiène, de sommeil, d'alimentation, etc.
- La PDJ intervient par un appui éducatif aux parents, tout en veillant à l'intérêt du mineur. Le cas échéant, elle procède à un signalement et/ou une dénonciation.
- Le SMP peut intervenir pour un soutien psychothérapeutique, au même titre que le secteur privé.
- Le STG applique les mesures de protection décidées par le Tribunal. Il coordonne les activités des autres intervenants à la suite d'un jugement civil.

Lors d'un signalement, le Tribunal tutélaire statue sur une éventuelle maltraitance et décide des mesures de protection de l'enfant. S'il y a une dénonciation, le Procureur général enquête sur l'agresseur suspecté.

Lorsqu'un retrait de la garde est prononcé, des foyers et des familles d'accueil hébergent les enfants. A ce propos, le manque de places pour l'accueil d'urgence (ex. clause péril) ou celui pour les enfants en bas âge est souvent relevé.

L'organisation du dispositif et la prise en charge comportent de nombreux points faibles, présentés ci-dessous.

Formation de base hétérogène, formation continue insuffisante

La connaissance du phénomène est en général insuffisamment étayée par une formation ciblée. Les programmes de formation de base et continue se préoccupent de façon très inégale de la maltraitance. La formation continue demeure souvent une démarche individuelle. Pour la plupart, les services employeurs n'offrent que très peu de possibilités de formation, soit par manque d'argent, soit par manque de temps. Il n'existe plus de lieu d'échange transversal à l'OJ (ex. ateliers). Deux groupes ressources existent en tant qu'instance de consultation (cf. supra, page 86), mais leur sollicitation par les intervenants externes est limitée. En dehors du secteur public, la situation est très contrastée et dépend souvent de la sensibilisation d'une direction ou d'une personne : crèches, foyers, pédiatre, infirmière d'une école privée.

Nombreuses occasions de rupture dans le suivi

Normalement, un suivi des mesures prises devrait être assuré, afin de garantir une continuité et une articulation entre elles. Toutefois, la surcharge générale de travail, évoquée pour les services de l'OJ, affecte le suivi de situations de maltraitance qui ne nécessitent pas de mesures urgentes. Selon plusieurs personnes interrogées, le SSJ et la PDJ ne l'assurent pas de façon satisfaisante pour les situations avec suspicions de maltraitance ou celles en « zone grise ». Ces situations peuvent s'aggraver et nécessiter une intervention plus lourde ultérieurement. D'après de nombreux interlocuteurs, le STG n'assure pas non plus des prestations suffisantes dans le suivi de l'enfant placé et dans l'accompagnement de sa famille, ce qui entraîne parfois une péjoration de la situation.

D'autres facteurs peuvent interrompre ou gêner le suivi des situations :

- Lors du travail en réseau, les professionnels relèvent très souvent une absence de leadership ou d'organisation. Personne n'a la légitimité de veiller au suivi des décisions prises.
- Quand un enfant victime sort de l'Hôpital, un réseau est mis en place autour de la famille et le suivi est confié à un intervenant externe. Or, les difficultés suivantes ont été mentionnées : ni

les pédiatres ni la PDJ n'ont la disponibilité nécessaire, les infirmières de la FSASD ont une mission de soins et non de contrôle.

- Dans certaines structures, les interlocuteurs changent fréquemment (ex. médecins en formation en Pédiatrie ou au SSJ).
- Des assistants sociaux de la PDJ et surtout ceux du STG sont fréquemment absents pour cause de maladie.

Les aléas de la circulation de l'information

La façon dont l'information circule entre les intervenants participe à la qualité et à la continuité de la prise en charge. Plusieurs obstacles viennent entraver la circulation d'informations :

- Entre les IPE et le primaire, entre le primaire et le CO, en cas de déménagement ou de passage à l'enseignement privé, les information relatives à une situation suspecte ne sont pas toujours transmises entre les différents intervenants concernés.
- A moins que l'enfant ne soit « en danger », le secret professionnel interdit aux soignants de communiquer des informations sans l'accord des parents ou du jeune. Les dispositions de la LOJ autorisent cependant la communication entre les services sous certaines conditions. L'interprétation restrictive du SMP entrave le travail des autres services de l'OJ (ex. savoir si un enfant suit une thérapie ou non).
- Le Ministère public ne communique pas d'informations (secret de l'enquête). Si l'agresseur est libéré, la PDJ se plaint de ne pas pouvoir préparer l'enfant et la famille à ce retour. La communication d'informations avec le Tribunal tutélaire n'est pas fluide, notamment pour la PDJ qui s'occupe de la situation dans l'attente du jugement.
- Certains services sont réputés pour être difficilement joignables : la PDJ[130] surtout, mais également le SSJ.

A l'école primaire et au Cycle d'orientation, les intervenants à l'origine d'un signalement ne reçoivent pas toujours d'informations en retour du SSJ ou de la PDJ, ou parfois avec retard. Les enseignants en classe avec l'enfant ne savent pas comment faire face aux conséquences d'une situation (ex. comportement perturbateur), ni s'ils doivent relancer le processus.

Des procédures parfois trop longues

En cas d'urgence, entre le moment où la situation est détectée et celui où des mesures de protection sont prises, les temps de réponses des intervenants sont désormais rapides. Pour les autres situations, le délai nécessaire dépend de la complexité des situations et de la durée des évaluations.

En cas de procédure judiciaire, selon les besoins en information (ex. auditions de témoins), le processus peut prendre plusieurs mois avant qu'un jugement ne soit rendu[131]. La lenteur s'observe en particulier lorsque des expertises psychologiques ou psychiatriques sont nécessaires : le SMP notamment n'arrive pas à répondre dans des délais raisonnables, invoquant une surcharge de travail. Pendant ce temps, les différents services sont déjà à l'œuvre, mais l'adéquation de la prise en charge en souffre souvent.

---

[130] Depuis le 1er octobre 2003, une cellule « Accueil et première interventions » (API) reçoit les appels concernant les nouveaux cas, ce qui a amélioré la situation. Mais le problème reste entier pour les autres dossiers.

[131] Au foyer d'urgence Piccolo, les petits enfants qui ne devraient pas séjourner plus de 3 mois, y restent en moyenne 9 mois.

Enfin, plusieurs interlocuteurs relèvent des temps de transmission de dossiers entre la PDJ et le STG s'élevant à plusieurs mois.

Une prise en charge conditionnée par le manque de temps

Les situations de maltraitance traitées par les services sont souvent lourdes, demandent du temps et impliquent un important investissement émotionnel. Le temps à disposition pour les traiter dépend de la charge de travail globale et de la place que leur accorde le service par rapport aux autres activités. Au SSJ, où la détection et la prise en charge initiale de maltraitance sont déclarées prioritaires et où les définitions sont très larges, les situations détectées et suivies sont en constante augmentation. Les infirmières se trouvent débordées par cette évolution. A l'inverse, au SMP, où les définitions sont restrictives, les situations d'enfants maltraités représentent moins de 0,5 % des enfants et adolescent traités ; les professionnels ne relèvent pas de problème dans leur travail à cause de celles-ci. Entre ces deux extrêmes, les situations de maltraitance sont prises en charge parmi d'autres activités. A la PDJ, des assistants sociaux déclarent que par manque de temps, des situations qui n'entrent pas dans la catégorie « graves et/ou avérées » ne sont souvent pas suivies correctement. A l'hôpital, des soignants invoquent la surcharge globale de travail comme cause d'évaluations des situations parfois plus superficielles et de signalements plus rapides qu'autrefois.

Un processus de décision problématique et incertain

Plusieurs dysfonctionnements apparaissent dans le processus de prise de décision des services. Des divergences de cultures et de sensibilités professionnelles, des approches spécifiques (sociale, sanitaire, thérapeutique, juridique) génèrent des différences dans l'évaluation et dans le genre d'intervention à retenir. Selon plusieurs interlocuteurs, au lieu de construire une approche pluridisciplinaire, ces différences entrent souvent en concurrence. Elles sont alors une source de blocage dans le travail en réseau et retardent la prise de décision.

A cette diversité, viennent s'ajouter des modes internes de management qui accentuent les différences entre les intervenants d'une même institution (PDJ, école primaire, CO). A l'intérieur de certaines entités (PDJ, STG, conseillers sociaux, SMP notamment), la marge de manœuvre dont disposent les collaborateurs et le style de l'organisation aboutissent à des décisions qui peuvent fortement varier d'un individu à l'autre, en particulier en fonction de sa connaissance de la problématique et de sa sensibilité personnelle. Le fonctionnement du dispositif comprend donc, en de nombreux endroits, une dimension aléatoire.

Des moments critiques dans la prise en charge

Certains moments de la semaine ou de l'année constituent des moments critiques pour une prise en charge adéquate. Le week-end et la nuit, à l'hôpital, les professionnels ne peuvent accéder facilement à leur hiérarchie ou aux instances compétentes et il leur arrive de ne pas prendre la décision adéquate.

A la veille des vacances scolaires, la PDJ est sont fortement sollicitée par les autres acteurs qui craignent que des situations fragiles se dégradent. Les assistants sociaux ne peuvent pas subitement absorber ce surcroît de situations, dont le caractère urgent leur semble relatif.

Des chevauchements entre les interventions des services de l'OJ

L'absence de précision dans les missions génère parfois des interventions inopportunes : double évaluation (SSJ - PDJ), prise en charge et suivi de situations dont la compétence appartient à un autre (SSJ - PDJ - …), tri des situations à signaler (PDJ - autorités judiciaires), appuis éducatifs dans des situations apparemment similaires (PDJ - STG).

Il est évident que dans certains cas cela amène un gaspillage d'énergie et une perte d'efficacité.

Une absence de suivi global

Une des lacunes majeures observée dans le dispositif est l'absence de suivi global par rapport à une situation donnée (de la détection jusqu'à la sortie du dispositif). Une fois un dossier fermé à la PDJ ou au GPE, on ne sait pas ce qu'il devient.

La prise en charge des familles maltraitantes présente des défaillances, notamment après un jugement du Tribunal tutélaire. L'enfant maltraité séparé momentanément de sa famille, risque de réintégrer celle-ci sans qu'elle n'ait évolué.

Enfin, les mesures prises par les diverses entités ne sont pas évaluées, ce qui ne permet pas de capitaliser les expériences ni d'orienter les pratiques.

En quelques mots

- Pour les cas de maltraitance grave ou avérée, les mesures de protection fonctionnent relativement bien. Pour les autres situations, la prise en charge souffre de plusieurs défauts : l'absence de définitions comparables, de seuils d'intervention partagés, de formations communes.
- De nombreux obstacles nuisent à la continuité de la prise en charge, en particulier des faiblesses dans le travail en réseau, rendu aléatoire par l'absence de règles d'organisation et la diversité des cultures professionnelles.
- D'autres obstacles handicapent la communication d'informations entre les intervenants, dont un respect excessif de la notion de confidentialité et du secret professionnel, malgré des dispositions spécifiques permettant la transmission de certaines informations (article 7 al. 2 et 3 LOJ, art. 358ter CP).
- La lenteur des procédures judiciaires, le manque de temps, les aléas dans la prise de décision, le manque de place en foyers, le manque de clarté dans les missions ont des conséquences sur la qualité des prestations et le suivi des situations.
- Il manque une évaluation du caractère approprié des mesures de protection prises, de leurs résultats et de leur effets.

Question 5 : **Les interventions des différents acteurs sont-elles coordonnées et contribuent-elles à un suivi effectif des situations ?**

Malgré un dispositif dense et diversifié, malgré le professionnalisme des collaborateurs, plusieurs défauts sont apparus dans la coordination entre les acteurs du dispositif. Par effet de cumul, ces défauts peuvent véritablement altérer le suivi et la qualité de la prise en charge des situations :

- Les réponses aux questions 1 et 2 ont montré l'absence de précision dans les rôles et missions, l'absence de cadre commun (légal, protocoles), une application variable des

procédures. Ces éléments ont des conséquences sur la pertinence des réponses apportées par les services, en particulier ceux de l'OJ. Les réponses aux questions 1 et 2 ont aussi souligné l'impact limité de la CCVM, spécifiquement chargée de la coordination des services de l'Etat.

- Les réponses aux questions 3 et 4 ont mis en évidence l'absence de définitions partagées de la maltraitance, la concurrence entre les approches professionnelles, des filtres qui s'opèrent dans les situations transmises, la grande marge de manœuvre des services, les difficultés de circulation de l'information, une interprétation excessive du secret professionnel, l'absence de règles de fonctionnement en réseau et l'insuffisance de temps. Au niveau des situations individuelles, les approches centrées sur les spécificités institutionnelles renforcent le cloisonnement et la division du travail au sein de l'OJ, au détriment de la construction d'un projet global pour l'enfant et de sa prise en charge dans la continuité.

D'autres facteurs génèrent des problèmes de coordination, ayant des conséquences sur le suivi effectif des situations.

Un manque de vision d'ensemble

La CCVM a entrepris des travaux permettant d'accéder à une certaine connaissance du rôle des acteurs et des nœuds dans le fonctionnement du dispositif (cf. supra, page 83). Le résultat est cependant encore insuffisant pour accéder à une vision d'ensemble permettant d'orienter une politique globale : absence de statistiques, absence de vision longitudinale du processus (jusqu'à la « sortie » de l'enfant), absence de connaissance des résultats des mesures prises (évaluation des effets). La segmentation des connaissances et expériences des collaborateurs des différents services et leur non capitalisation constituent une déperdition certaine par rapport à la construction d'une vision globale.

Une coordination peu efficace

La CCVM est un lieu de réflexion non décisionnel sur la coordination entre les responsables d'entités publiques. En outre, le secteur subventionné et le secteur privé ne sont pas associés aux réflexions sur les améliorations nécessaires.

Par ailleurs, à propos des foyers, plusieurs acteurs déplorent un manque de coordination de l'offre de places, ainsi que l'absence de lieux offrant des réponses ciblées sur certains besoins de prises en charge différentes. Cette coordination, ainsi que le développement de l'offre incombent à l'OJ et à la commission de l'éducation spécialisée.

Des problématiques qui se complexifient

Les intervenants estiment que la coordination fonctionne dans les situations graves et avérées. En revanche, pour les autres situations, ils sont conscients de ne pas être en mesure d'assurer correctement le suivi. Avec l'augmentation des problèmes des jeunes en général et la complexification des problématiques, les intervenants déclarent avoir de moins en moins de temps pour la prévention ou pour assurer un filet de sécurité autour de certains cas. Ceci entraîne une multiplication de situations plus lourdes à gérer. Les entités en bout de processus (STG, foyers) reçoivent des situations qui auraient pu être réglées en amont et dont le nombre croissant dépasse leurs possibilités de réponse.

En quelques mots

- Les interventions des acteurs étatiques sont insuffisamment coordonnées entre elles. Les conséquences se traduisent pas un manque de suivi effectif des situations, des réponses inadéquates aux besoins des enfants et des jeunes.
- Le dispositif manque de vision d'ensemble et de lieux de coordination efficaces.
- Des situations de maltraitance qui auraient pu être traitées à un stade précoce perdurent voire s'aggravent. L'intervention de l'Etat entraîne alors des réponses qui risquent d'être plus lourdes pour l'enfant, ainsi que pour les services, et donc plus coûteuses pour la collectivité.

9.2 Les propositions des acteurs interrogés et les projets en cours

Plusieurs problèmes que nous avons identifiés ne sont pas récents. En 1990, lors d'une journée de réflexion organisée à Genève sur l'enfance maltraitée, qui avait réuni environ 70 participants, des pistes avaient déjà été esquissées (Vanotti & al. 1992 : 218-220), mais à ce jour la plupart n'ont pas abouti.

Aujourd'hui, les responsables et professionnels que nous avons rencontrés sont conscients des faiblesses du dispositif. Ils ont émis de nombreuses propositions et suggestions visant à améliorer la qualité de la prise en charge de la maltraitance. Face à la richesse des suggestions émises, nous avons choisi de répertorier ces propositions (cf. annexe 11.2). D'une part, elles illustrent les obstacles auxquels se heurtent les intervenants et les services; d'autre part, elles suggèrent souvent des pistes d'action ou de réformes pertinentes. Bien sûr, elles procèdent aussi de réflexions sectorielles et il peut arriver que certaines d'entre elles soient contradictoires. Il appartiendra à un organisme de pilotage de la politique de prise en charge de la maltraitance de retenir les options les plus adéquates.

De nombreuses propositions concernent l'ensemble du dispositif ; elles tournent autour des questions de formation, de clarté des critères et des procédures, de communication de l'information et de coordination entre instances. Il est intéressant de noter que plusieurs d'entre elles, évoquant non plus le fonctionnement du dispositif, mais le type d'action à mener, suggèrent de développer sous diverses formes un appui éducatif aux familles. Par ailleurs, un certain nombre de propositions concernent de façon spécifique chacune des instances qui agit dans le cadre de la maltraitance ; elles émanent aussi bien de l'intérieur que de l'extérieur de l'instance concernée.

Parmi les projets en cours, citons des protocoles à l'intention des institutions municipales de la petite enfance hors de la Ville de Genève. Le SSJ travaille à un canevas avec la commune de Vernier qui pourrait être étendu aux autres. Un autre protocole est en voie d'élaboration pour les écoles privées. Il nous paraît important de rappeler ici que les protocoles, seuls, ne suffisent pas à régler les problèmes rencontrés qui touchent autant à des questions de définition, de formation et de moyens.

Dans les projets visant à améliorer la coordination et la complémentarité de multiples intervenants concernés, le département de l'action sociale a soutenu la création d'une Unité mobile d'urgences sociales (UMUS). Cette unité a vu le jour le 1er octobre 2004 et elle est rattachée à l'une des unités de la FSASD. L'UMUS intervient en urgence, en dehors des heures d'ouverture des autres structures : la nuit, les week-ends et les jours fériés. Elle assure une prise en charge cohérente et transmet ensuite les situations aux structures ad hoc. L'un de ses partenaires les plus importants est la police. Depuis sa création, une proportion importante des

interventions a eu lieu dans des situations avec violence conjugale, dans lesquelles des enfants sont parfois impliqués. Une fois les situations transmises, la responsabilité de la prise en charge et du suivi incombe aux structures « diurnes » concernées.

La Commission d'éthique de l'Office de la jeunesse[132] organise des ateliers de formation à l'intention des collaborateurs de tous les services de l'OJ. Une journée de novembre 2004 a été consacrée au thème de la légitimité de la dénonciation. Ce genre de rencontre pourrait être étendu à l'ensemble des entités concernées (cf. Etats Généraux dans le canton de Vaud), étant donné l'interdépendance des rôles et missions de chacun.

[132] Commission nommée par la présidence du DIP, composée de 7 personnes extérieures à l'OJ. Elle a notamment pour mandat d'apporter un regard extérieur et éthique sur les pratiques institutionnelles internes, que ce soit en plan général (dispositif) ou à partir de situations concrètes.

10 Les recommandations

Il existe aujourd'hui à Genève un dispositif important qui assure plusieurs objectifs de protection de la jeunesse. Quand on observe ce dispositif du point de vue de la lutte contre la maltraitance, on constate cependant qu'il n'existe pas de politique commune, mais de multiples actions dispersées. Il est désormais urgent de dépasser les territoires administratifs ou les prérogatives de chacun, pour définir un objectif commun et mettre en place une « coalition contre la maltraitance ». Du reste, celle-ci ne concerne pas que les services de l'Etat, mais elle inclut aussi des partenaires privés.

Composante essentielle du dispositif actuel, l'Office de la jeunesse (OJ) pose un problème spécifique. Il consiste aujourd'hui en une juxtaposition de services qui n'ont pas de vision ni d'objectifs communs. Par ailleurs, certains de ses services font face à des difficultés internes importantes : surcharge chronique, démotivation partielle, « burn out », taux d'absence élevé, etc. Du point de vue de la prise en charge de la maltraitance, l'organisation interne de l'OJ n'est pas efficace. Toutefois, la CEPP n'ayant pas examiné l'ensemble des prestations de cet office, elle ne se permet aucune recommandation concernant son fonctionnement interne. Elle souligne néanmoins que les priorités et modes de travail de l'OJ sont à réexaminer et que, une fois ceux-ci définis, sa dotation en personnel et ses moyens devront être en concordance. Ces clarifications exigent une action déterminée et fédératrice de la direction générale de l'OJ.

L'action de l'Etat dans la lutte contre la maltraitance doit être améliorée et renforcée. Les changements doivent être pensés en fonction des enfants maltraités et de leur famille, même s'ils peuvent remettre en question les modes d'organisation administrative actuelle. La CEPP formule une série de recommandations, dont les premières (1 à 5) visent à **élaborer une politique commune d'intervention**. Les recommandations 6 à 10 concernent l'**amélioration du dispositif** existant. Deux recommandations (11 et 12) proposent des mesures qui tiennent compte de l'**évolution des problèmes sociaux et des besoins**. Quant à la dernière, elle évoque le **cadre législatif** qui accompagnera ces changements.

1. Désigner un organe de pilotage

La CEPP recommande au Conseil d'Etat de créer une commission mixte chargée de piloter le dispositif de protection de l'enfance maltraitée, composée de représentants expérimentés tant des services publics que des milieux privés et dotée d'une présidence indépendante.

Dotée d'un réel pouvoir de décision, cette commission aura pour tâche de définir une politique commune d'action contre la maltraitance qui intègre les trois piliers qui la mettent en œuvre (justice, filières sanitaire et socio-éducative). Il s'agira d'articuler les missions des uns et des autres, en fonction des besoins identifiés et de clarifier le rôle des organismes subventionnés et des partenaires privés (foyers d'hébergements, SOS-Enfants, Pro Juventute, écoles privées, etc.). Cet organe veillera à la mise en œuvre de cette politique commune.

La CEPP recommande de s'inspirer du fonctionnement de la « Commission mixte en matière de toxicomanie »[133] en exercice depuis 1981.

Les mesures liées aux recommandations relatives à l'élaboration d'une politique commune d'intervention (2 à 5) doivent être réalisées sous la responsabilité de l'organe de pilotage.

[133] RS/Ge K 1 75.03.

2. Créer des références et des outils communs

Vu le nombre et la diversité des professions impliquées dans le dispositif, la CEPP recommande de réaliser des références et des outils communs.

2.1 Des définitions et des seuils d'intervention harmonisés

L'objectif est de réduire le caractère aléatoire de la détection, du signalement, de la dénonciation et de la prise en charge, ainsi que rendre plus fluide la coordination.

2.2 Des guides d'action ou directives cohérents

Chaque entité ou groupe professionnel concerné par la détection des situations doit en disposer. Ces directives doivent être cohérentes par rapport au dispositif global.

2.3 Un module de connaissances interprofessionnelles

La formation de base des nouveaux professionnels et la formation continue des personnes déjà en activité doivent comporter un module obligatoire de connaissances minimales communes : définitions, critères d'observation, informations sur le dispositif genevois d'intervention, règles d'action et responsabilités de chacun.

2.4 Des statistiques compatibles et une veille documentaire

Chaque entité doit enregistrer les cas de maltraitance à partir des définitions retenues et selon les mêmes critères. Les statistiques doivent pouvoir être consolidées.

Une veille documentaire à l'usage de toutes les entités (ex. informations sur les expériences menées en Suisse et à l'étranger en matière de maltraitance) doit être organisée, afin de nourrir la réflexion sur les pratiques et de formuler des propositions pour une politique commune.

3. Evaluer l'utilité des mesures prises et leurs effets sur les enfants et leurs familles

La CEPP recommande que l'évaluation de l'utilité des mesures et de leurs effets fasse partie intégrante des missions des services et entités concernés, ainsi que de celle du Tribunal tutélaire.

Les institutions ne connaissent pas aujourd'hui les résultats et effets concrets des mesures prises. Elles sont donc dans l'impossibilité de capitaliser les expériences et d'ajuster leurs pratiques. Evaluer les pratiques existe pourtant ailleurs, par exemple au Québec, où des programmes sont mis en place et systématiquement évalués (cf. bibliographie, point 12.4).

4. Mettre sur pied un groupe de référence pluridisciplinaire externe

La CEPP recommande de mettre sur pied un groupe de référence pluridisciplinaire externe.

Avant d'agir, les professionnels de terrain peuvent avoir besoin de confronter leurs impressions avec des spécialistes de la maltraitance infantile, en dehors des clivages professionnels et institutionnels, en toute confidentialité. Conscient de ce besoin, le canton de Vaud a instauré des groupes de référence, composés d'un spécialiste de chacun des domaines concernés : droit, pédiatrie, pédopsychiatrie, travail socio-éducatif. Les groupes donnent un avis concerté aux professionnels qui les consultent sur la meilleure façon d'aborder la situation exposée.

5. Favoriser un processus participatif

La CEPP recommande de mettre en place un processus participatif qui implique l'ensemble des intervenants.

Le succès de la mise en œuvre d'une politique commune et d'un dispositif de protection efficace sera favorisé si la démarche repose sur un processus qui associe les multiples intervenants de terrain provenant de cultures professionnelles différentes.

6. Intégrer la filière santé dans le dispositif institutionnel actuel

La CEPP recommande deux mesures, afin d'intégrer la filière santé au dispositif actuellement largement articulé autour des services de l'OJ. Cette filière n'est pas formalisée pour l'instant. Les possibilités de signalement à l'autorité tutélaire sont méconnues ou sous-utilisées. Le Groupe de protection de l'enfant (GPE) ne dispose d'aucun statut formel, ni de ressources nécessaires pour répondre à la demande tant interne (HUG) qu'externe (ex. pédiatres, SSJ). La responsabilité de l'impulsion de ces mesures devrait appartenir à l'organe de pilotage. Celui-ci désignerait les acteurs chargés de la mise en œuvre.

6.1 Intégrer le GPE dans le dispositif

Le groupe doit être reconnu formellement comme structure de contact pour les situations de maltraitance que les professionnels de la santé hésitent à signaler directement au Tribunal tutélaire (ex. suspicions, besoin d'approfondir un diagnostic, etc.). Il doit disposer à cet effet des ressources matérielles et financières adéquates.

6.2 Sensibiliser les acteurs privés de la santé et informer du contenu de l'article 358ter CP

Les professionnels de la santé (ex. pédiatres privés, psychologues, logopédistes, FSASD) doivent être sensibilisés au rôle qu'ils ont à jouer dans la lutte contre la maltraitance et à leurs possibilités d'action. Par ailleurs, les dispositions légales permettant de lever le secret professionnel quand l'enfant est en danger et de signaler à l'autorité tutélaire (art. 358ter CP) doivent être connues et mieux appliquées. Des actions d'information doivent être entreprises en ce sens.

7. Améliorer la transmission des informations

La CEPP recommande quatre mesures destinées à améliorer les échanges d'informations. Tous les professionnels concernés par une situation de maltraitance doivent pouvoir bénéficier des informations nécessaires à leur intervention. Les retours d'informations utiles doivent être assurés.

7.1 Appliquer l'article 7 alinéas 2 et 3 de la loi sur l'office de la jeunesse (LOJ)

Afin de clarifier les possibilités d'échanges déjà couvertes par cet article, la direction de l'OJ doit élaborer une seule directive générale d'application à propos de la communication concrète entre tous ses services (SSJ, PDJ, STG, SMP), ainsi que de ceux-ci vers les partenaires extérieurs (ex. écoles).

7.2 Elaborer les dispositions légales manquantes

Pour les autres acteurs, lorsque cela est nécessaire, il convient de créer les dispositions légales permettant de transmettre les informations requises entre eux et l'OJ ou les autres organismes concernés.

7.3 Etablir des procédures en cas de changement d'établissement

En cas de déménagement, de changement d'ordre d'enseignement, de passage du préscolaire au scolaire, de sortie du système scolaire public ou du canton, une procédure doit garantir la transmission des informations utiles au suivi de l'enfant.

7.4 Assurer la communication des autorités judiciaires vers les services administratifs concernés

Le Ministère public et le Tribunal tutélaire doivent communiquer les informations utiles aux services (PDJ, STG) ou aux professionnels (conseillers sociaux) impliqués dans la gestion quotidienne d'une situation, en attente d'une décision de la justice.

8. Garantir le suivi

La CEPP recommande deux mesures pour améliorer le suivi.

8.1 Désigner un répondant de l'enfant

Il est nécessaire qu'un professionnel assure le rôle de répondant chargé de veiller à l'intérêt de l'enfant, tout au long de sa prise en charge. Ce professionnel a la légitimité de vérifier l'application des décisions et leur suivi, ainsi que de veiller à la cohérence des mesures prises sur le long terme et sur un plan global.

8.2 Définir un mode d'emploi pour le travail en réseau

Le travail en réseau est nécessaire pour la prise en charge interdisciplinaire des situations de maltraitance. Des règles minimales de fonctionnement sont à élaborer concernant le mode de décision, la désignation d'un responsable du suivi des décisions, la rédaction et la diffusion d'un procès-verbal de séance, etc.

9. Développer une offre coordonnée et adaptée de places en institutions d'hébergement

La CEPP recommande que la direction de l'OJ répertorie les besoins en places de foyers, coordonne l'offre des institutions d'hébergement en fonction de ces besoins, et favorise la création de modes de prise en charge adaptés à des besoins émergents (ex. foyer mère-enfant).

L'offre actuelle n'est pas coordonnée et un ajustement aux nouveaux besoins est nécessaire. Selon de nombreux intervenants, il manque des places en foyer pour les tout-petits, ainsi que des places d'accueil d'urgence ou des foyers pouvant accueillir momentanément des enfants avec leurs parents.

10. Améliorer les possibilités de détection

La détection doit être améliorée, parallèlement à des mesures qui garantissent une prise en charge coordonnée et sans retard inutile. La CEPP recommande trois mesures en ce sens.

10.1 Renforcer la détection dans les institutions de la petite enfance (IPE)

Différentes mesures sont à envisager : directives, renforcement de la présence du SSJ, formation des éducateurs, etc.

10.2 Développer la détection dans les écoles privées

Renforcer la collaboration avec le SSJ : formation, aide à l'élaboration de procédures, etc.

10.3 Créer une voie simple d'appel pour le public

Que ce soit un numéro d'appel court ou une instance clairement désignée, il est indispensable que toute personne qui est témoin d'actes de maltraitance sache à qui s'adresser.

11. Développer l'action auprès des familles maltraitantes

La CEPP recommande de développer les mesures d'accompagnement et d'appui aux familles maltraitantes.

Dans les cas de maltraitance jugés par le Tribunal tutélaire, de nombreux professionnels soulignent que peu de choses existent pour accompagner la famille défaillante : le système est essentiellement organisé autour de la protection de l'enfant et le temps à disposition ou dévolu est insuffisant. Des actions sont entreprises, notamment par certains assistants sociaux de la PDJ et en amont d'un signalement, mais elles demeurent isolées par rapport à l'ensemble du dispositif. Il est aujourd'hui nécessaire de développer une action qui vise la famille dans son ensemble, afin de renforcer les compétences parentales défaillantes chaque fois que c'est possible. Il s'agit de permettre au contexte familial d'évoluer, afin d'optimiser l'efficacité des mesures prises pour l'enfant.

Si un appui aux familles existe parallèlement à l'action auprès de l'enfant, la sanction administrative ou légale éventuelle peut plus facilement être perçue comme faisant partie du processus de réparation. Des enseignements sont à tirer d'expériences de participation à des thérapies familiales ou des programmes éducatifs pour les familles maltraitantes, de foyers de séjour mère-enfant permettant de renforcer les compétences parentales, etc.

12. Elaborer une politique de prévention de la maltraitance

Le mandat de la CEPP ne concernait pas la prévention primaire. Les résultats de l'évaluation ont cependant montré la nécessité d'agir non seulement à chacune des étapes du processus, mais aussi en amont. La CEPP tient à attirer l'attention sur la nécessité de développer des actions de prévention et de les intégrer au sein d'une politique globale axée sur les négligences et les carences éducatives.

Plus particulièrement, dans les écoles primaires, les intervenants sont de plus en plus confrontés à des situations d'enfants en risque[134] ou en « zone grise » comportant des problématiques sociales ou éducatives qui ne peuvent pas être assumées entièrement par les infirmières SSJ. Il convient de mettre sur pied les modalités d'une prise en charge de type social ou éducatif, adaptée aux structures du primaire (ex. équipe mobile, intervenants spécialisés).

Sur un plan général, face au constat unanime de l'augmentation des carences éducatives et des négligences, ainsi que des troubles du comportement, diverses actions ont déjà été menées auprès des jeunes et des familles, en lien avec les quartiers et les écoles. Parmi elles, des cycles de conférences, des semaines de sensibilisation, des brochures destinées aux parents, etc. Ces actions mériteraient d'être systématisées et articulées entre elles.

[134] Cf. tableau 6, p. 124.

13. Inscrire la lutte contre la maltraitance dans les bases légales

Les recommandations décrites plus haut permettront de changer les pratiques. Pour leur assurer une pérennité et marquer la volonté de lutter efficacement contre la maltraitance, la CEPP recommande deux axes.

13.1 Inclure la prévention et la protection des enfants maltraités dans les rôles et missions des services de l'Office de la jeunesse

La loi sur l'OJ est en cours de révision. L'objectif commun à tous les services de l'OJ concernant la maltraitance devrait y figurer, ainsi que les missions et rôles de chaque service qui en découlent. Le règlement d'application de la loi doit être élaboré, développant les aspects plus opérationnels.

13.2 Elaborer une loi cadre pour une action transdépartementale

Afin d'asseoir l'objectif de lutte contre la maltraitance, une loi-cadre facilitera une action transdépartementale et permettra notamment d'impliquer des partenaires tant publics (dont les communes avec des IPE) que privés.

11 Annexes

11.1 Précisions sur la méthodologie et les résultats obtenus

11.1.1 Analyse documentaire

Nous avons demandé aux responsables des services de nous communiquer les protocoles, directives ou autres utilisés par leurs collaborateurs lorsqu'ils étaient confrontés à une situation de maltraitance. La liste ci-dessous comprend les documents reçus en rapport avec cette demande. Il existe encore d'autres documents que nous n'avons pas repris et qui servent de repères aux collaborateurs pour les prestations en général.

L'extrême diversité des formats et des contenus ne nous a pas permis de procéder à une analyse comparative exhaustive. Celle-ci a cependant été effectuée que pour les documents utilisés par les services de l'office de la jeunesse.

Liste des protocoles et directives intra-/inter-services en matière d'intervention et de coordination

Service(s)	Intitulé
OJ (tous)	Intervention des services de l'office de la jeunesse en matière de maltraitance. Principes de base- janvier 1995
PDJ	Protocole d'intervention en matière de maltraitance de la PDJ – mai 1998
PDJ	Directive du service sur l'évaluation en cas de suspicions relatives à la sécurité ou à la santé des enfants – septembre 1998
PDJ	Création d'une équipe d'accueil et de première intervention au PDJ - aux partenaires du 26 septembre 2003
PDJ	Directives sur les permanences de week-end et de nuit – juillet 2003
PDJ - Police	Lettres sur les permanences de la PDJ (20.12.2001 et 18.01.2002)
PDJ (SAI[135])	Maltraitance et autres faits graves dans les institutions – octobre 1997
PDJ (SAI) et IGE[136]	Directives d'application de la loi et du règlement sur la coordination, le contrôle et l'octroi de subventions aux institutions genevoises d'éducation spécialisée pour mineurs et jeunes adultes (IGE) – 25.1.1995, révisées le 1.9.1999
SSJ - PDJ	Note aux professionnels du réseau (crèche) – septembre 2000
SSJ - PDJ	Note aux professionnels du réseau (écoles primaires) – novembre 2001
SSJ	Prise en charge initiales des situations de maltraitance. Normes et procédures pour les collaborateurs du SSJ – mars 2003
STG	Protocole sur la maltraitance du STG – 23 décembre 1998
SMP	5. Règles générales concernant les dossiers et la consultation, pp. 18 –19 – extrait non daté
SMP	11. Résumé des bases légales du secret médical, p. 48 – extrait non daté

[135] Secrétariat aux institutions.
[136] Institutions genevoises d'éducation spécialisée pour les mineurs et jeunes adultes.

Service(s)	Intitulé
SMP	Changement de responsable de l'unité SMP de maltraitance et abus sexuels (levée du secret médical pour protéger l'enfant / l'adolescent en cas de maltraitance, abus sexuel ou tout autre danger grave) – note de service du 1er février 1999
SMP et SSJ	Protocole de collaboration entre le SMP et le SSJ – septembre 2002
SMP et PDJ	Protocole de collaboration entre le SMP et la PDJ – décembre 2003
SMP et STG	Protocole de collaboration entre le SMP et le STG – **projet**
SMP – EP[137] - CO	Collaboration entre l'école primaire, le cycle d'orientation et/ou le secteur spécialisé *Contenu dans le document « Protocole de collaboration entre le SMP et le SSJ »*
DEP[138]	Charte et cahier des charges de l'enseignant primaire
Professionnels du CO (SSJ, SMP, conseillers sociaux, directions)	Protocole « Prise en charge d'une situation de maltraitance au cycle d'orientation » - document du 5 décembre 2003
Enseignants du CO et personnel administratif	Situation de maltraitance. Directive 2003 – 07 – Document du 5 décembre 2003
HUG -OJ	Secret médical et collaboration entre les services de l'office de la jeunesse et les HUG – lettre du 29 septembre 2003
HUG	Guide pratique d'intervention
HUG (pédiatrie) et GPE	K. Maltraitance – K.1 Les situations de maltraitance – juin 2002
HUG (SPEA) ET SMP	Convention entre le SPEA et le SMP – signature ajournée suite à un différend entre le conseil d'administration des HUG et l'OJ.
FSASD - PDJ	Protocole de collaboration entre la FSASD et la PDJ – **projet** d'août 2002 non validé *Confidentiel*
FSASD – PDJ – Pédiatres -SSJ	Partenariat FSASD/PDJ/Pédiatres/SSJ – Conditions d'accès aux prestations – **projet** groupe de travail, non validé *Confidentiel*
Police judiciaire	Droits de la personne entendue par la police – extrait du code de procédure pénale genevois
Police judiciaire	Informations à l'intention des victimes d'infractions
Police judiciaire	Directive du Parquet en matière d'audition par la police, au stade de l'enquête préliminaire, de victimes âgées de moins de 18 ans – 10 mars 2003
Police judiciaire	Levée du secret médical – mars 2002
Police judiciaire - PDJ	Audition vidéo des enfants victimes dans la procédure pénale – lettre du procureur général à la directrice du PDJ (7 février 2003)

[137] Ecole primaire.
[138] Direction générale de l'enseignement primaire.

11.1.2 Entretiens semi-directifs et approfondis

Nous avons retenu 38 entités impliquées ou pouvant avoir un avis pertinent sur le fonctionnement du dispositif, mais nous avons dû opérer une sélection dans les organismes à rencontrer. Ainsi, certains acteurs et organismes susceptibles d'intervenir dans de la prévention ou la prise en charge, n'ont pas pu être interrogés. C'est le cas par exemple du CTAS (Centre de consultation thérapeutique pour les victimes d'abus sexuels), du site internet ciao, des pédopsychiatres, des gynécologues, de l'Arcade Sage-femmes, de l'Ecole des parents, etc. En ce qui concerne la maternité, l'unité de développement est très active auprès des familles à risque. Toutefois, les cas de maltraitance sont en général envoyé au GPE.

Les entretiens se sont déroulés en face-à-face, à l'exception d'un qui a mobilisé un groupe de 5 personnes. Pour les entretiens effectués avec des collaborateurs de l'administration cantonale et des organismes assimilés, la levée du secret de fonction a été accordée par les chefs des départements et présidents des conseils d'administration concernés. Ainsi, 39 entretiens ont été réalisés essentiellement pendant la période allant d'octobre 2003 à décembre 2003, mobilisant au total 55 participants, auxquels s'ajoutent des contacts avec différents interlocuteurs, dont les apports sont venus compléter les informations obtenues.

Quelques interlocuteurs ont été auditionnés dans le cadre d'un entretien approfondi avec des questions spécifiques. Pour tous les autres, l'entretien a été mené sur la base d'un questionnaire comportant une trentaine de questions semi-ouvertes[139], pour une durée moyenne d'entretien de deux heures. Comme les activités de certaines entités sont plus ciblées sur un ou l'autres des segments, le questionnaire comportait des parties modulaires (détection et/ou prise en charge). A la fin de l'entretien, un questionnaire complémentaire sous forme de tableau a été remis dans 15 cas, afin d'être complété et renvoyé.

Tous les entretiens réalisés ont fait l'objet d'un compte-rendu dactylographié envoyé aux participants. Ils ont ainsi pu vérifier et corriger leurs déclarations. Une synthèse des comptes-rendus a été réalisée, en fonction des questions d'évaluation et critères retenus. Ceci a permis de recouper des informations et mettre en évidence des fréquences de résultats.

11.1.3 Entretiens de groupe

Nous avons organisé 11 entretiens de groupe avec 102 des professionnels de terrain de décembre 2003 à mars 2004. Les responsables hiérarchiques n'ont pas été conviés. Pour les groupes réunissant des collaborateurs de l'administration cantonale et des organismes assimilés, la levée du secret de fonction a également été accordée.

Pour 10 groupes, les organismes ont fourni à la CEPP la liste de leurs collaborateurs, à partir de laquelle la composition des groupes a été définie, en cherchant à respecter une certaine représentativité de l'organisation interne des organismes et des professions présentes. Le détail figure ci-dessous.

La méthodologie utilisée a été celle des « focus groups ». Quatre thèmes ont été définis pour lesquels une quinzaine de questions ont été précisées. Selon les groupes, plusieurs sous-questions ou questions de relance ont été prévues[140]. Les entretiens ont duré chacun 4 heures. Un animateur avait pour tâche de traiter l'ensemble des questions dans le temps imparti. Un observateur s'assurait que toutes les questions aient obtenu une réponse suffisante et demandait, le cas échéant, des précisions. En fin d'entretien, l'observateur faisait la restitution orale des propositions émises par les participants pendant les discussions. Une secrétaire a pris des notes au « kilomètre » et les a retranscrites dans un procès-verbal exhaustif, à partir duquel l'observateur a rédigé un protocole synthétique axé sur les questions d'évaluation et leurs critères.

[139] Le questionnaire est à disposition sur demande au secrétariat de la CEPP.
[140] La grille est à disposition sur demande au secrétariat de la CEPP.

- **Groupe PDJ – 1er décembre 2003 – 11 personnes**

Professionnels concernés

Il s'agissait des assistants sociaux de la cellule « accueil et première intervention » (API) et des groupes A, C, D et G du secteur « appui éducatif ». La cellule est composée de 5 collaborateurs. Les groupes A, C, D et G ont respectivement 11, 12, 9 et 8 collaborateurs (total 50).

Critères de composition du groupe

Afin de respecter une certaine représentativité des secteurs concernés, le groupe prévoyait 2 places pour la cellule API et 3 pour chacun des 4 autres groupes, soit un total de 14 places.

Mode de sélection des participants

Ce premier entretien a été organisé sur une base volontaire, selon des places réparties à l'avance. 11 collaborateurs se sont annoncés. Pour éviter une sous-représentation de l'un des groupes, la CEPP a procédé au tirage aléatoire pour une seconde place et un groupe a été maintenu à 2 participants (problème de surcharge de travail)

- **Groupe SSJ – 10 décembre 2003 – 14 personnes**

Professionnels concernées

Nous voulions auditionner les infirmières des quatre régions géographiques (primaire et secondaire) et de la division « petite enfance ». Les régions se répartissaient 50 infirmières, dont certaines ne travaillaient que pour le primaire, d'autres que pour le cycle d'orientation (CO) et quelques unes travaillent dans les deux ordres d'enseignement. Pour la composition du groupe, ces dernières ont été prises en compte parmi les places attribuées au CO. La petite enfance disposait de 7 infirmières.

Critères de composition du groupe

Constitution d'un groupe de 14 infirmières, avec la représentation suivante (5 sous-groupes) : 2 places pour la division « petite enfance », 3 places pour chacune des quatre zones géographiques (soit 2 pour le primaire et 1 pour le secondaire).

Mode de sélection des participantes

Le choix des participantes s'est fait par tirage aléatoire, opéré pour chacun des sous-groupes.

- **Groupe STG - 13 janvier 2004 – 9 personnes**

Professionnels concernés

Il s'agissait des assistants sociaux du secteur des mineurs. Ceux-ci sont répartis en 3 sections (A, C et D) comprenant respectivement 13, 9 et 11 personnes (total 33).

Critères de composition du groupe

Nous avons retenu 3 places par section, soit un total de 9.

Mode de sélection des participants

Par tirage aléatoire, pour chacune des trois sections.

- **Groupe des directrices et directeurs du cycle d'orientation - 21 janvier 2004 – 8 personnes**

Personnes concernées

Les directrices et directeurs des 18 cycles d'orientation. Ce groupe professionnel a connu un fort renouvellement ces trois dernières années pour environ une moitié des établissements.

Critères de composition du groupe

Nous avons retenu de rencontrer 8 personnes, dont 4 étaient entrées en fonction dans le CO avant le 31 décembre 2001 et 4 après.

Mode de sélection des participants

Par tirage aléatoire, pour chacun des deux sous-groupes décrits ci-dessus.

- **Groupe des conseillères et conseillers sociaux du cycle d'orientation - 27 janvier 2004 – 9 personnes**

Professionnels concernés

Les conseillers sociaux des 18 cycles d'orientation, soit 30 collaborateurs (situation au 1er décembre 2003), répartis sur 27 postes. Ce groupe professionnel se compose aussi d'« anciens » et de « nouveaux ».

Critères de composition du groupe

9 places ont été prévues, selon les critères suivants : 5 personnes entrées en fonction avant le 31 décembre 2000 et 4 après.

Mode de sélection des participants :

Par tirage aléatoire, pour chacun des deux sous-groupes décrits ci-dessus.

- **Groupe SMP – 12 février 2004 – 11 personnes**

Professionnels concernés

Le SMP est divisé en 8 consultations de secteur réunissant chacune des équipes de tailles variable. Les professionnels visés étaient les médecins (13 personnes), les psychologues (48), les psychologues détachés au CO (36) et logopédistes (31).

Critères de composition du groupe

Nous avons retenus 4 secteurs avec les caractéristiques suivantes : ville, commune suburbaine et campagne, équipes de grande taille et de petite taille. Les 4 consultations sélectionnées étaient : les Pâquis (24 collaborateurs), Onex (19), Meyrin (13) et le Lignon (10).

Nous avons prévu des places selon la représentation proportionnelle des professions au niveau du SMP, soit : 1 médecin, 4 psychologues avec une permanence dans une école primaire, 3 psychologues détachés au CO et 3 logopédistes.

Les places par professions ont été ensuite attribuées en fonction de la taille des équipes

Mode de sélection des participants

Les 11 participants ont été désignés par un tirage aléatoire, parmi les collaborateurs de chacune des équipes et selon les places prévues.

- **Groupe GPE (Groupe de protection de l'enfant – Pédiatrie) – 26.02.04 - 12 personnes**

Professionnels concernés

Le Groupe de protection de l'enfant comprend 17 professionnels (médecins, pédopsychiatres, gynécologues, chirurgien pédiatre, infirmières, psychologues et assistantes sociales), détachés par les départements de pédiatrie et de psychiatrie (service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent). 2 médecins interviennent en tant que consultants extérieurs.

Critères de composition du groupe

Avoir au moins un représentant de chaque profession et spécialité.

Critères de sélection des participants

Convocation de l'ensemble du groupe (à l'exception des personnes en congé). 12 personnes ont pu participer à la réunion.

- **Groupe des éducateurs des lieux d'hébergement – 4 mars 2004 – 9 personnes**

Professionnels concernés

Les éducateurs travaillant dans les trois plus grosses structures avec foyers, subventionnées par le DIP: Fondation officielle de la jeunesse (FOJ), établissements de l'Hospice général et ACASE [141]. Afin d'éviter des absences liées aux horaires irréguliers des éducateurs, nous avons demandé la liste des personnes en activité dans le foyer à la date et à l'heure de la réunion.

[141] Association catholique sociale et éducative.

Critères de composition du groupe

Rencontrer les éducateurs travaillant dans des foyers accueillant les 0 – 15 ans, ainsi que dans des foyers d'urgence. Les institutions sélectionnées ont été les suivantes :

- FOJ : Piccolo (urgence pour les tous-petits), Les Chouettes, La Spirale, Le Toucan.
- Hospice Général : Chalet Savigny, Pierre-Grise, Le Pont (urgence pour les préadolescents).
- ACASE : Saint-Vincent et Salvan.

Mode de sélection des participants

1 éducateur a été choisi par tirage aléatoire, dans chacun des 9 foyers.

- **Groupe FSASD – 11 mars 2004 – 9 personnes**

Professionnels concernés

Les 38 infirmières cliniciennes SMI travaillant dans les équipes unités « aide et soins » réparties dans les 22 centres d'action sociale et de santé (CASS), ainsi que les deux infirmières de liaison avec la Pédiatrie (rattachées à l'équipe HAD-RUMS[142]).

Parmi les 22 CASS, 3 sous-groupes ont été établis : Ville de Genève (9), suburbain (8), campagne (5).

Critères de composition du groupe

9 places ventilées comme suit : 3 pour les CASS de la Ville, 3 pour ceux en zone suburbaine, 2 pour la campagne, 1 pour les infirmières de liaison.

Mode de sélection des participants

Par tirage aléatoire. Si des infirmières travaillant dans le même secteur étaient listées, la première était retenue et les seconde et troisième places étaient attribuées aux « viennent ensuite » de la liste du tirage.

- **Groupe des enseignants du primaire - 15 mars 2004 - 9 personnes**

Professionnels concernés

Les enseignantes et enseignants ayant été impliqués dans les dernières des situations de maltraitance connues de la direction générale de l'enseignement primaire.

Critères de composition du groupe

9 places.

Mode de sélection des participants

Tirage aléatoire.

- **Groupe éducatrices de la petite enfance (crèches) – 25 mars 2004 - 4 personnes**

Professionnels concernés

Educatrices de la petite enfance travaillant dans des crèches de la Ville de Genève. La dispersion des institutions et le temps à disposition n'ont pas permis de contacter un grand nombre d'entre elles. Plusieurs ont refusé de participer à l'entretien. Aussi, ce groupe a pris un caractère particulier puisque seules 4 personnes ont finalement participé, provenant de deux crèches.

Mode de sélection des participants

Pour une crèche, par tirage aléatoire. Pour la seconde, la direction a désigné 3 de ses collaboratrices (problème de disponibilité) dont 2 seulement sont venues.

11.1.4 Enquêtes par questionnaire

Nous avons rédigé deux questionnaires, l'un à l'intention de 45 écoles privées et l'autre à celle de 82 pédiatres installés. Un mandat a été attribué à l'institut érasm SA qui a mis en forme les questionnaires, les a envoyés, a géré les rappels (par lettre, puis par téléphone), a saisi les réponses, procédé à une analyse

[142] « Hospitalisations à domicile – Relais des urgences médico-sociales »

statistique des questions fermées et à une analyse succincte des questions ouvertes. De son côté, la CEPP a travaillé directement sur certaines données.

Le rapport de synthèse et les questionnaires sont à disposition sur demande auprès du secrétariat de la CEPP, ou peuvent être téléchargés sur le site de la CEPP (www.geneve.ch/cepp).

11.1.5 Analyse des programmes de formation de base et continue

Nous avons procédé à une analyse documentaire des programmes de formation de base (futurs professionnels) et continue (personnel en place) récoltés auprès des organismes les plus fréquentés. La synthèse est à disposition sur demande auprès du secrétariat de la CEPP, ou peut être téléchargée sur le site de la CEPP (www.geneve.ch/cepp).

Cette analyse ne permet pas de vérifier la formation dont a bénéficié l'ensemble des personnels en fonction : cela impliquerait de remonter aux différentes époques de leur formation de base. Elle ne permet pas non plus de mesurer la qualité de ces formations : cela serait l'objet d'une évaluation en soi. Son but est plus modeste : il s'agissait de se faire une idée, à travers les programmes tels qu'ils sont publiés, de l'importance accordée à la problématique de la maltraitance et de la façon dont elle est abordée (nature, objectifs, contenu, ampleur).

Le détail de cette analyse figure dans une annexe séparée pouvant être obtenue sur demande auprès du secrétariat. La liste des formations et programmes examinés figure ci-dessous :

- **Institut d'études sociales (IES) – Genève** : formation en « travail social » commune aux trois « options », à savoir l'animation socioculturelle, le service social et l'éducation spécialisée. Programmes examinés : 1ère année 2001-2002, 2e et 3e années 2002-2003.
- **Centre d'études et de formation continue (CEFOC) / IES – Genève** : diplômes et certificats postgrades, formations courtes sous forme de sessions du programme 2003-2004.
- **Ecole d'éducatrice(teur)s du jeune enfant (EEJE) – Genève** : école professionnelle supérieure (non HES[143]) faisant partie du Centre de formation professionnelle social-santé (CEFOPS). Forme le personnel qualifié des institutions de la petite enfance du canton. Formation à plein temps alternant 1800 heures de cours théoriques et 1600 heures de formation pratique (stages). Le programme examiné est le « Catalogue des cours 2001-2002 », comprenant les 3 années de formation.
- **Ecole d'aide familiale (EAF) – Genève** : rattachée au CEFOPS. formation du degré « secondaire II » (Certificat fédéral de capacité - CFC), à plein temps ou en emploi, d'une durée de 3 ans[144]. Examen du règlement fédéral d'apprentissage (objectifs de formation et programme des cours, stages).
- **Ecole d'études sociales et pédagogiques (EESP) – Lausanne** : l'homologue lausannois de l'IES. Elle offre en effet les formations suivantes : éducation spécialisée ; service social et animation socioculturelle ; éducatrices et éducateurs de la Petite Enfance ; ergothérapie ; maîtres socioprofessionnels. Les programmes observés sont ceux des années scolaires 2001-2003 (avant HES). L'EESP met aussi sur pied une « session thématique interfilières » (s'adressant donc aux étudiants de toutes les formations) sur le thème de la « *maltraitance* » ou des « *mauvais traitements* »).
- **Formation continue EESP – Lausanne** : préparation à des titres postgrades : diplômes (600 heures de cours et 200 heures de travail de fin de formation) et certificats (150 heures de cours minimum + travail écrit). Le programme examiné est celui de l'année 2003-2004.
- **La formation intégrée aux soins infirmiers de l'unité de développement (UD) des HUG – Genève :** formation continue en cours d'emploi de 150 heures sur une année pour une prise de soins optimale des enfants hospitalisés et de leur famille par le personnel infirmier (programme 2003).

[143] Haute école spécialisée.

[144] La 1ère année s'obtenant, à Genève, par une équivalence accordée par une commission ad hoc de l'office d'orientation et de formation professionnelle, l'EAF offre en fait 2 ans de cours (2ème et 3ème).

L'UD organise pour le personnel infirmier de la Pédiatrie des stages notamment à la FSASD en vue d'optimiser la collaboration extrahospitalière.

- **Formation de base des enseignants primaires (LME) – Genève** : Depuis 1996, la formation de base des enseignants primaires est dispensée à l'Université et aboutit à une licence en sciences de l'éducation, mention « enseignement » (LME). Elle dure quatre ans (1 année de tronc commun et 3 ans de spécialisation « enseignement »). Programme examiné : non daté, remis en novembre 2003.
- **Service de perfectionnement de l'enseignement primaire – Genève :** Les enseignants ont droit chaque année à 42 périodes de formation continue (28 périodes de formation en commun, par école et 14 selon un choix individuel). Catalogue des offres de formation 2003-2004 (187 pages).
- **Institut de formation des maîtres et maîtresses de l'enseignement secondaire (IFMES) – Genève** : Formation pédagogique initiale des enseignants du cycle d'orientation. C'est une formation qui dure deux ans, en alternance avec la pratique de l'enseignement.
- **Formation continue des enseignants du cycle d'orientation (CO) – Genève** : catalogues de « Formation continue du corps enseignant secondaire » 2002-2003 et 2003-2004 (284 pages chacun), publiés par la direction générale du CO et la direction générale de l'enseignement secondaire postobligatoire .
- **Le Bon Secours – Genève** : Haute école de santé (HEDS) qui comprend deux filières : infirmière et sage-femme. Les programmes ont donc en cours d'élaboration et l'ensemble des documents n'est pas encore disponible ou finalisé. Programme présenté : celui avant le passage en HES (avant octobre 2002).
- **Le Bon Secours – Genève** : spécialisation postgrade en santé maternelle et infantile (SMI). Il s'agit d'une formation en emploi dont les participantes sont choisies par l'employeur.
- **Service de formation continue de l'Hospice général :** formations organisées à l'interne et offres à l'externe pour les collaborateurs.

11.1.6 Mandat d'analyse législative

La CEPP a confié à Monsieur Martin Stettler, professeur ordinaire à la faculté de droit de l'Université de Genève, le mandat à un examen de la législation fédérale et cantonale genevoise applicables en matière de détection, de signalement et de prise en charge des victimes des victimes de maltraitance, d'une part, d'encadrement et de dénonciation pénale éventuelle des auteurs, d'autre part. Elle lui a également demandé d'analyser les articulations entre les normes de la législation fédérale et celles du droit cantonal genevois, d'une part, et à l'étude des rapports internes qui existent entre les diverses dispositions introduites dans le droit cantonal genevois, d'autre part. Dans le cadre de cette évaluation, le mandant a en outre, décrit d'un point de vue juridique les missions et le rôle effectif des divers organismes publics concernés par le domaine de la maltraitance, identifié certaines pratiques contraires aux dispositions notamment en matière de signalements.

Le rapport est disponible sur demande auprès du secrétariat de la CEPP ou peut être téléchargé sur le site de la CEPP (www.geneve.ch/cepp).

11.1.7 Etude comparative sur des pratiques innovantes ou performantes dans la protection des enfants victimes de maltraitance

La CEPP souhaitait obtenir des informations comparatives sur les pratiques exemplaires et innovantes de collectivités publiques suisses et à l'étranger. La CEPP a elle-même procédé aux démarches en Suisse. Pour l'étranger, elle a choisi d'investiguer prioritairement sur les pratiques au Québec qui est considéré à l'avant-garde en matière de lois et programmes de protection de la jeunesse.

Les domaines d'investigation portaient sur : signalement et dénonciation, coordination et continuité (dans un contexte multi institutionnel), fonctionnement aléatoire, familles à risques et familles maltraitantes. Parmi les critères de choix des pratiques, nous avons retenu d'abord celles qui avaient fait l'objet d'une évaluation.

Suisse et canton de Vaud

L'Avis du Conseil fédéral sur le Rapport « Enfance maltraitée » (1995) contient un état des lieux des pratiques innovantes en Suisse au début des années '90. Nous avons approché la Centrale sur les questions familiales (OFAS), l'Association suisse de protection de l'enfance, l'Institut de droit de la santé de l'Université de Neuchâtel et effectué des recherches sur internet. Nos contacts ont mis en évidence des innovations en Suisse, essentiellement récentes, comme des politiques spécifiques à l'enfance et de la jeunesse, la création de postes de délégué (à la prévention des) aux mauvais traitements, le mise sur pied de commissions cantonales en matière de mauvais traitements, l'élaboration de guides sur les procédures (ex. Zürich) ou l'ouverture d'un centre de protection de l'enfant permettant une prise en charge globale (St-Gall). Ils ont confirmé que le canton de Vaud avait une avance en matière de politique et de dispositif de protection des enfants maltraités. Ils ont aussi indiqué que le canton de Genève était considéré comme plutôt bien doté et à un stade avancé parmi l'ensemble des cantons suisses. Les recherches sur les pratiques évaluées ont montré que les cantons de Vaud, de Fribourg et du Jura avaient entrepris de telles démarches. Pour des questions de comparabilité des structures cantonales, nous sommes concentrés sur le canton de Vaud.

Nous avons réuni de la documentation sur le dispositif vaudois et interrogé six personnes qui en avaient une très bonne connaissance à plus d'un titre :

- Calame André — Pédiatre, ancien chef de tous les services de pédiatrie du CHUV[145] à Lausanne, ayant participé à la mise en place d'une coordination du système vaudois de prévention et de prise en charge de la maltraitance envers les enfants
- Glatz Georges — Délégué à la prévention des mauvais traitements envers les enfants - Département de la formation et de la jeunesse
- Hofner Marie-Claude — Médecin, Institut de médecine sociale et préventive (IUMSP) - Lausanne
- Lavanchy Philippe — Chef du Service de protection de la jeunesse
- Nicod Jacques-André — Délégué cantonal aux affaires des juges et justices de paix, ancien président de la CCMT
- Salem Gérard — Psychiatre et psychothérapeute, directeur de la CIMI (Centre de consultations interdisciplinaires de maltraitance intrafamiliale), président de la CCMT

Les informations réunies nous ont permis d'avoir des points de repère et de comparaison dans l'élaboration de nos recommandations.

Québec et Etats-Unis

La CEPP a choisi de travailler avec le CLIPP (Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales) de Montréal au Canada. Ce centre assume un rôle de transfert des connaissances et d'aiguilleur pour des organismes qui recherchent les programmes les plus performants. Il pratique également une veille documentaire. Le mandat consistait à établir une recension commentée des études passées et en cours au Québec, voire en Amérique du Nord, sur les pratiques performantes en matière de protection des enfants victimes de maltraitance.

Le CLIPP a produit un rapport (préliminaire) et un complément au rapport. Tous deux décrivent dans le détail la démarche méthodologique et présentent une recension commentée d'études sur les pratiques performantes et sur les recommandations formulées par leurs auteurs (32 textes mis à disposition, cf.

[145] Centre hospitalier universitaire vaudois.

bibliographie infra, point 12.4). Le premier document contient en outre l'historique de l'élaboration de la loi québécoise sur la protection de la jeunesse : sa conception, son adoption, la préparation de sa mise en œuvre, son entrée en vigueur et l'accompagnement de celle-ci, sa révision. Ces deux documents peuvent être obtenus sur demande auprès du secrétariat. Les rapports et textes peuvent être téléchargés sur le site de la CEPP (www.geneve.ch/cepp).

Par ailleurs, le CLIPP a mis la CEPP en contact avec M. Claude Larivière, Professeur agrégé à l'Ecole de service social de l'Université de Montréal. La CEPP a auditionné M. Larivière qui a travaillé au Québec sur la collaboration inter-services dans le domaine social en général et dans celui de la protection de l'enfance en particulier.

11.2 Propositions des acteurs interrogés (entretiens semi-directifs et de groupe)

Très concernés par les difficultés qu'ils rencontrent, la plupart des acteurs ont émis des remarques et propositions visant à améliorer la qualité de la prise en charge de la maltraitance. La CEPP les répertorie dans cette annexe, telles qu'elles ont été suggérées : elles illustrent les obstacles auxquels se heurtent les intervenants et les services, et proposent souvent des pistes pertinentes.

Deux remarques générales peuvent servir de fil rouge à la réflexion à mener :

- De manière globale, la visibilité du réseau existant doit être améliorée; trop de gens ignorent ce qui peut être fait et à quelle porte frapper.
- Il faut se soucier du début de la chaîne pour détecter les situations encore récupérables. Comme le formule un responsable de lieux d'hébergements, dans l'idéal, « l'objectif doit être de faire disparaître les institutions au profit de familles aidées et épaulées, car l'enfant n'est pas fait pour être séparé de sa famille. »

11.2.1 Propositions par thèmes

Révision de la loi sur l'OJ

Revoir la loi sur l'OJ et avoir une réflexion sur tout le système; déterminer ce qu'elle demande ou non à la PDJ. Clarification nécessaire pour faire face à la surcharge d'une part, et parce qu'actuellement les services créent des problèmes entre eux, ainsi que dans leurs rapports aux tribunaux.

A propos de la CCVM

Attribuer à la CCVM la mission d'analyser les cas concrets de mauvais fonctionnement ou de mauvaise coordination et de proposer des améliorations.

En faire une instance de décision : la CCVM doit donner les grands principes et unifier les conceptions des participants. Passer du groupe de travail à l'instance qui donne des impulsions et est une force de proposition.

Meilleure articulation avec la justice

Ce souci d'articulation est vu dans les deux directions.

- Mieux coordonner l'action socio-éducative de l'administration avec l'action judiciaire. Les problèmes de maltraitance ne peuvent pas être traités seulement sur le plan social (cf. refus actuel de s'appuyer sur l'intervention pénale, vue comme la sanction finale une fois que les autres voies ont échoué, et donc non-transmission de situations). Au contraire, envisager d'utiliser la pression de l'action pénale sur les auteurs de maltraitance, la prise en charge socio-éducative n'étant pas toujours un moyen suffisant. Il est souhaité que le Tribunal tutélaire ordonne plus d'injonctions de traitements thérapeutiques (plus de soutien pour imposer des mesures aux parents).
- Le pouvoir judiciaire ne doit pas fonctionner sans tenir compte de l'administration ou des autres partenaires :
  - Forte perception d'un blocage de l'information. Meilleur retour d'information vu comme indispensable par la PDJ ou le Cycle d'orientation (l'école en général). Cf. les 15 à 20 cas par an où la PDJ continue de s'occuper de la victime, pendant que la justice intervient auprès des auteurs : la PDJ n'est pas informée de la date de la libération du parent maltraitant.
  - Demande de ceux qui côtoient l'enfant dans sa vie quotidienne d'être entendus avant une décision. Notamment les institutions d'hébergement qui souhaitent éviter des jugements laissant un droit de

visite à des parents abuseurs, cas perçu comme fréquent (impression que le système judiciaire privilégie les droits de la défense par rapport à la protection de l'enfant).

Articulation entre la filière santé et la filière scolaire

- Maintenir la proximité administrative SSJ-SMP avec les écoles : bien que le SSJ et le SMP relèvent dans leur essence de la filière santé, leur présence dans les écoles est jugée très positive, y compris par des acteurs des HUG. Le lien direct du SSJ et du SMP avec les écoles et le DIP est un atout du canton de Genève ; il n'est pas pertinent d'envisager un rattachement au DASS.
- Les structures des HUG actives dans la maltraitance (GPE, Unité de développement) doivent être reconnues dans le dispositif cantonal de prise en charge de la maltraitance (mandat et budget spécifiés). L'Unité de développement peut jouer un rôle dans la définition de consignes de prise en charge et l'enseignement aux soignants.
- Vue l'étanchéité actuelle, une meilleure collaboration DASS-DIP est nécessaire.

Groupe de référence

- Créer un groupe de référence qui offre un lieu de consultation régulière et que pourraient saisir tous les professionnels concernés par la maltraitance pour être conseillés dans une situation épineuse ; lieu de soutien aux professionnels pour présenter une situation et discuter d'une éventuelle intervention. Cf. modèle Jura et Vaud. Certaines compétences existent déjà à Genève avec les personnes qui faisaient partie du groupe audition des enfants du SSJ.

Mission, directives et procédures

De très nombreux acteurs demandent que les missions et les directives soient précisées: PDJ et assistants sociaux, enseignants, inspecteurs, foyers d'hébergement, directions des IPE, logopédistes, écoles privées, etc. Le souhait de disposer de procédures claires est émis notamment par les enseignants, les inspecteurs, l'AGEP[146].

De façon spécifique :

- Plusieurs services (SMP, infirmières SMI) qui ont des missions de soin ou de prévention souhaitent que leur rôle soit clarifié, qu'il y ait une distinction entre soin et surveillance/signalement.
- Faire connaître aux enseignants l'obligation de signaler les cas avérés ou les suspicions.
- Redéfinir les objectifs du Service de l'enseignement privé dont la réglementation date de 1970 et n'est plus adaptée.

Critères, grilles d'action, outils communs

Autre demande récurrente : augmenter la rigueur de l'observation, avec la mise en place d'outils standardisés et d'une formation à leur utilisation. Généraliser l'utilisation de ces outils de détection de la maltraitance : sans outils communs, l'infirmière, l'assistant social, la psychologue et le pédiatre n'ont pas la même approche ni les mêmes définitions et il ne peut y avoir croisement des regards, indispensable pour évaluer les situations.

- Des enseignants primaires demandent une information sur ce qui doit être observé (souhait d'une grille d'observation commentée).
- Besoin de définitions communes claires exprimées par les éducatrices de petite enfance.

Formation

Le besoin de formation spécifique sur la maltraitance et/ou d'information sur le dispositif genevois est fréquemment exprimé (formation de base ou formation continue): enseignants primaires et CO, pédiatres, familles d'accueil, jeunes éducateurs, éducateurs petite enfance, logopédistes, assistants sociaux,

[146] Association genevoise des écoles privées.

magistrats s'occupant de mineurs, aides familiales de la FSASD. Dans la filière soignante, cibler en particulier les personnes formées à l'étranger ne connaissant pas le dispositif genevois.

- Proposition d'une formation commune aux différents professionnels qui pourrait être développée en collaboration avec des partenaires extérieurs. Sont cités la Fondation Charlotte Olivier ou OAK qui ont proposé une formation commune pour la petite enfance, les enseignants et les éducateurs.
- Proposition qu'une formation spécifique soit donnée aux enseignants par des intervenants de la filière santé pour les rendre attentifs aux signaux éventuels de maltraitance, à la façon de réagir, en respectant la neutralité du langage.
- Améliorer la formation des jeunes éducateurs en foyers, pas seulement sur la dimension psychologique du travail social, mais pour les préparer à la maîtrise de situations concrètes (tendance à paniquer face à une situation de maltraitance).
- Informer les pédiatres privés et les sensibiliser pour la tranche d'âge 0-4 ans.
- Demande de formation au niveau juridique : comment témoigner, comment parler à un avocat dans les cas de maltraitance.
- Développer un concept de formation pour les familles d'accueil.

Supervision

Demande récurrente de supervisions structurées pour tous ceux qui traitent directement avec les familles maltraitantes, vu la charge émotionnelle générée par ces situations : FSASD, PDJ, IPE, GPE, entre autres. Les conseillers sociaux demandent des supervisions systématiques en début de carrière au moins. Plusieurs services n'ont pas de budget pour la supervision et en réclament.

Statistiques et observatoire

- Disposer d'un recueil de données communes à l'OJ au moins. Si possible, plus large. Créer un observatoire de la maltraitance. Cf. modèle français.
- Utiliser les observations que peuvent faire les assistants sociaux de la PDJ à propos des évolutions sociales (ils ont une vision privilégiée des changements qui se produisent dans la société).

Expertises

Nécessité d'accélérer le processus lors d'expertises.

- Expertises de crédibilité des victimes requises par juge d'instruction : le rapport devrait être rendu dans les 3 mois, mais dans les faits il faut attendre 8 à 9 mois. Il faut élargir le cercle des experts.
- Expertises psychologiques pour le Tribunal tutélaire : 3 à 6 mois pour le rapport d'expertise. Pour ne pas alourdir la procédure, le Tribunal tutélaire a besoin d'expertises rendues plus rapidement (SMP surchargé, psychologues privés acceptent peu volontiers). Elargir le panel d'experts auxquels le Tribunal tutélaire peut s'adresser.

C*ommunication et circulation de l'information*

Trouver des solutions aux difficultés dans la transmission de l'information, systématiser les retours d'information. La question de la confidentialité doit être abordée autrement qu'aujourd'hui, pour favoriser la communication entre services de l'Etat.

- L'OJ a besoin d'un meilleur retour d'information de la part de la justice et de l'Hôpital des enfants.
- Appliquer l'art. 7 al. 2 de la loi sur OJ qui autorise la communication d'informations malgré les secrets de fonction et professionnel lorsque le bien du mineur le justifie.
- Le SSJ a besoin d'avoir des retours d'information de la PDJ, du SMP et de la «Guidance infantile»[147] (y-a-t-il bien prise en charge régulière de l'enfant, s'est-elle interrompue, etc.).

[147] Terminologie utilisée par certains professionnels pour le SPEA.

- Secret médical : que l'application en soit mieux définie, que les blocages autour du secret médical trouvent une solution.
- Les Institutions petite enfance ont besoin de retour d'information de la Guidance infantile.
- Obtenir des services (PDJ, SMP mentionnés plusieurs fois) un retour de l'information vers l'école avec ce qui est nécessaire à l'enseignant/ à l'inspecteur : avancement du dossier, personnes qui le prennent en charge, transmission à un autre service, clôture du dossier. L'école n'a pas besoin d'informations sur les faits qui relèvent de la sphère privée (médicales, peine infligée, raisons d'une arrestation, etc.) ; mais elle revendique la possibilité d'encadrer de manière adéquate le jeune et sa classe et veut pour cela que la justice/l'hôpital l'informe du retour d'un élève en classe.
- Si un élève est retiré de l'école pendant les heures scolaires par une autre instance (SSJ, police), avertir l'enseignant ou l'inspecteur.
- Passage de la crèche (niveau communal) à la scolarité (niveau cantonal) : préciser si et comment la transmission des informations doit se faire (via le SSJ ? directement entre crèches et degrés de l'école enfantine ?).
- Organiser la transmission de l'information entre ordres d'enseignement et la PDJ. Vu les changements scolaires en fonction de l'age des enfants, ce serait à la PDJ d'assurer la durée et c'est à elle que les ordres d'enseignement devraient transmettre l'information/le dossier lors que les élèves quittent le primaire ou le CO.
- Préciser ce qui doit être transmis : a) pour les situations en cours quand il y a passage d'un ordre d'enseignement à l'autre, du public au privé, déménagement, y compris hors du canton et b) pour les situations terminées.
- Les enseignants du primaire ont besoin de savoir précisément quelles informations ils doivent consigner dans les cas de maltraitance et dans quel support : dossier de l'élève, notes du suivi collégial, etc. (ce qui est accessible aux parents n'est pas clair pour eux).

Coordination et suivi

Souhait général d'une plus grande concertation et de transparence entre les différents partenaires. Autre souhait que chacun prenne ses responsabilités et cesse de « passer la patate chaude » plus loin.

- Diminuer le nombre d'intervenants dans une situation.
- Préciser qui a la responsabilité de vérifier le suivi du dossier (vérifier où en sont les démarches entreprises pour un enfant) : proposition d'attribuer cette responsabilité aux inspecteurs pour l'école primaire ; au CO, elle est attribuée au conseiller social.
- Au niveau des crèches, il est souhaité de clarifier les missions de chacun et de développer un partenariat entre celui qui prend les décisions pour l'enfant (assistant social) et l'équipe éducative (cf. demande de prendre en compte l'avis des personnes qui sont au quotidien avec l'enfant).
- Coordination avec les communes : clarifier les responsabilités et la collaboration du SSJ avec les institutions de petite enfance (qui dépendent non de l'Etat comme les établissements scolaires, mais des communes).
- Demande qu'une personne de référence soit désignée pour chaque situation de maltraitance.

Réseau

- Pour que les réunions de réseau fonctionnent, clarifier les missions de chacun, préciser le leadership, définir des instruments de suivi.
- Quand une famille maltraitante continue d'avoir la garde de l'enfant maltraité avec un suivi, le pédiatre doit rester partie constituante du réseau créé autour de la famille.
- Attribuer le rôle de coordinateur : demande de la PDJ que l'assistant social soit formellement désigné comme l'intervenant principal auquel se réfèrent les autres intervenants du réseau.
- Lorsque des familles sont suivies par un réseau (après la sortie des HUG), il est souhaité par la FSASD d'évaluer ce suivi avec les autres partenaires, d'y introduire des processus qualité. Définir un mandat très clair pour chacun des intervenants : qui a le leadership, qui est le référent, qui intervient et pourquoi. Important que la personne maltraitante sache qui elle a en face d'elle et pourquoi.

Information

Développer l'information auprès de plusieurs publics :

- Expliquer à tous les enfants de 3ème primaire le fonctionnement du n° de téléphone 147 de façon systématique (se fait aujourd'hui sur demande de l'enseignant qui doit lui-même faire la démarche d'inviter un intervenant externe, démarche perçue comme administrativement lourde au sein du DIP).
- Informer le public sur les procédures de signalement, l'action contre la maltraitance étant de la responsabilité de tout citoyen qui doit savoir comment intervenir.
- L'Etat doit informer les professionnels du secteur privé en contact avec des enfants des possibilités d'intervention existantes.

Encadrement différencié (non linéaire)

- A l'école primaire et au cycle d'orientation (CO), il est souhaité un encadrement différencié en fonction des besoins du quartier ; ne plus attribuer linéairement par école ou nombre d'élèves le personnel SSJ ou les conseillers sociaux. Mais ne pas tenir compte seulement du critère des ressources socio-économiques des parents (les établissements de la Florence ou de la Gradelle ont aussi des adolescents en difficulté).
- Le SSJ pourrait supprimer des visites systématiques de santé pour augmenter le personnel dans les quartiers plus difficiles (cf. dans un quartier du secteur Rive droite, 1 infirmière seule pour 80 enfants « en risque »).

Avoir des interlocuteurs stables

- La non-coïncidence des secteurs géographiques de l'OJ est vue comme un vrai problème par de nombreux acteurs de l'enseignement primaire : important d'avoir les mêmes interlocuteurs pour construire une relation de confiance et gagner en efficacité. Le découpage actuel différent dans chaque service de l'OJ (et différent de celui de l'enseignement) empêche de construire un fonctionnement plus cohérent avec les mêmes intervenants. La présence des infirmières dans les écoles rend l'articulation avec le SSJ généralement bonne ; en revanche, besoin d'une meilleure articulation avec le SMP et la PDJ pour développer un travail de réseau efficace. Voir dans quelle mesure il est possible d'harmoniser ces découpages ou au minimum avoir dans les services de l'OJ des référents ou des répondants clairement identifiés pour chaque région de l'enseignement primaire.
- Eviter les rotations systématiques de responsables : cf. médecin-répondant de secteur au SSJ qui sont des assistants effectuant un stage d'une année.

Lieu d'évaluation de la famille

Il manque un endroit qui permette d'évaluer sereinement les enfants et leur famille, un lieu protégé où il est possible d'observer momentanément la situation familiale sans devoir séparer l'enfant de sa famille, mais en offrant en même temps une protection pour éviter la continuation de la maltraitance.

Audition des enfants

Trouver le moyen de respecter les exigences de la LAVI et de faire les auditions indépendamment de l'acte de dénoncer. Respecter la loi fédérale oblige-t-il la déposition à avoir lieu dans les locaux de la police ? La possibilité d'une audition des jeunes ailleurs que dans des locaux de la police est souhaitée, pour permettre une première déposition de ceux qui hésitent à parler.

Appui éducatif et prévention

- La prise en charge de l'enfant semble assez bien menée, mais celle de la famille est à développer. Peu de réflexion pour l'instant quant à un appui aux familles, ce qui inquiète ceux qui constatent l'aggravation de la maltraitance par négligence.
- Créer des structures qui suivent ou prennent en charge les auteurs de maltraitance.
- Chercher quel réseau pourrait se substituer à des parents défaillants plutôt que de se diriger vers un placement. Des familles imparfaites pourraient jouer leur rôle avec des appuis éducatifs, des appuis à domicile, basés sur une relation volontaire.
- Développer des mandats pénaux d'appui afin de combler l'écart entre l'assistance sociale de la PDJ et le placement institutionnel en recourant par exemple à des structures tels que l'AEMO (action éducative en milieu ouvert) dans le canton de Vaud. Dans un tel cadre, les travailleurs sociaux appuient la famille sur une base régulière pendant un certain temps, ce qui permet de détendre les choses et d'éviter des mesures plus lourdes.
- Une lacune importante est constatée du côté de l'école primaire, lieu où l'on peut intervenir avec le plus d'efficacité et faire de la meilleure prévention, avant que la situation ne soit trop dégradée (souvent trop tard au CO). Il faut réfléchir d'urgence à l'appui à mettre sur pied pour le niveau du primaire avec des équipes qui puissent faire de l'appui éducatif pour et dans les familles.
- Offrir une information en matière d'éducation, mais aussi de l'intervention auprès de la famille. Comment des parents dépassés, se ressentant incompétents pourraient se mobiliser, être mobilisés avec l'aide d'un appui éducatif ? Cf. expérience anglaise de Newcastle, qui a développé un concept de soutien et d'intervention éducatif auprès des familles, parfois de façon autoritaire (obligation de participer à un programme, sinon dénonciation des carences d'éducation et suites judiciaires).
- Développer des activités de soutien éducatif aux familles au niveau des quartiers : cf. exemple d'Onex où suite à l'appel au secours des enseignants confrontés à un climat difficile, l'intervention de l'inspectorat mène à la création d'une cellule de coordination entre tous les intervenants ; diverses activités sont mises sur pied, dont une conférence pour les parents sur ce qui est considéré comme maltraitance en Suisse.
- Créer pour les parents un lieu de parole et de prévention infantile où les mères pourraient venir parler de leurs problèmes.
- Rappeler aux parents qu'il est justifié de poser des limites : cf. constat que les adolescents et préadolescents sont en recherche de limites de plus en plus tôt, suite à une forme de négligence psychologique.
- CO : à propos du travail des conseillers sociaux (CS), privilégier des actions ciblées. Le travail des conseillers sociaux a évolué depuis 8 ans d'une approche purement individuelle (le conseiller social était un assistant social pour des cas individuels à l'école), vers une approche qui intègre le collectif et l'institutionnel (promotion de la santé, prévention du racket). Mais l'action des conseillers sociaux continue d'être saupoudrée sur 500/800 élèves. En continuant d'avoir 1,5 poste par CO, on pourrait imaginer de consacrer une partie du temps à un projet qui cible les 30 ou 40 élèves les plus en

difficulté (population en grand danger de rupture). Réflexion semblable à mener pour les 5 personnes de l'équipe SSJ/conseiller social/SMP de chaque CO.

- Besoin d'un programme de prévention à l'école primaire. Par ailleurs, le parascolaire pourrait être une antenne importante, car ils ont beaucoup de contacts avec les enfants à midi et jusqu'à 18h.
- Prévention par de l'information auprès des élèves en tant que futurs parents (collèges, CO) ; brochures sur la parentalité dans les salles d'attente des gynécologues, etc.
- Développer la prévention à la Maternité auprès des jeunes accouchées. Une situation de maltraitance sur deux démarre tout de suite après l'accouchement (mères isolées, etc.).
- Renforcer le rôle des infirmières SMI (FSASD) pour la prévention et clarifier la question de la facturation pour la FSASD: les actions de prévention ne peuvent être facturées (conflit entre rentabilité et prévention).

Prévention et immigration

- Analyser et quantifier les phénomènes liés à l'immigration qui amènent d'autres problématiques et nécessite d'autres façons de travailler.
- Nécessité d'un rappel culturel : ce qui est permis en Suisse, ce qui ne se fait pas.

11.2.2 Propositions par service/organisme

Il s'agit de suggestions faites tant de l'intérieur que de l'extérieur des services/organismes

Foyers

- Les liens entre services placeurs et institutions sont déficients : il faut créer un pôle de placement qui centraliserait l'information et permettrait de mieux préparer les placements. Que le besoin de l'enfant devienne le critère central de placement, plutôt que la volonté de placer à tout prix comme aujourd'hui. Besoin d'une liste actualisée des places vacantes dans les foyers et d'une personne de référence pour coordonner les placements.
- La répartition entre organismes d'hébergement est à repenser : il faut recenser les besoins.
- A cause de l'absence d'une carte des besoins socio-éducatifs, il est difficile de mettre en place des expériences innovatrices notamment dans les relations avec les familles (prise en charge avant le placement dans la perspective d'éviter le placement – cf. expérience en milieu ouvert à Lausanne)
- Besoin d'une institution qui pourrait accueillir les enfants avec l'un ou l'autre des parents (afin de redonner compétence et confiance aux parents et d'agir en amont avant le placement institutionnel). Développer l'appui aux jeunes mamans dans ce lieu et permettre d'apprendre le métier de parent ; fonctionner comme lieu d'accueil pour mère-enfant dans les situations de crise.
- Besoin d'un foyer thérapeutique.
- Besoin d'accueil d'urgence pour tout-petits (Picolo débordé)
- Le besoin de places dans les foyers est perçu par les infirmières SSJ, les enseignants, les conseillers sociaux du CO, en particulier pour les places d'accueil d'urgence et de courte durée, permettant de décanter les situations.

Ecoles privées

Remarque préliminaire de l'AGEP[148] : les mesures et actions relatives à la protection de la jeunesse sont à la charge des écoles privées ; même si les parents paient des impôts, leurs enfants ne bénéficient pas des prestations relatives à la protection de la jeunesse. Comme les marges des écoles privées sont serrées, ces prestations (ex. cours d'éducation sexuelle, prévention, etc.) sont les premières supprimées lors de mesures d'économie.

[148] Association genevoise des écoles privées.

- Augmenter la présence du SSJ dans les écoles, qu'il n'y ait pas de discrimination public/privé.
- Disposer d'une marche à suivre, avec des définitions de la maltraitance et des personnes/organismes-ressources, qui puisse être mise à disposition des écoles et qui leur permette d'informer directement leurs enseignants. Disposer d'une information de procédure accessible sur un site Internet.
- Généraliser une procédure sur la maltraitance pour les écoles privées. La mise sur pied d'une procédure interne pourrait faire partie des conditions d'autorisation du SEP.
- Le SMP surchargé donnant la priorité aux écoles publiques, créer un pool de psychologues, logopédistes, etc, disponibles pour les écoles privées et les connaissant bien, avec maîtrise de l'anglais, à l'instar du pool créé par l'AGEP pour les supervisions d'enseignants.
- Informer et former les enseignants : module de l'IFP ou repris du public.
- S'assurer que chaque enfant a un pédiatre.

PDJ

- Besoin d'un groupe de référence au sein de l'OJ pour pouvoir discuter d'une situation, sans tension avec la hiérarchie et dégager des bases de travail et des valeurs communes. Rôle à donner à la commission d'éthique de l'OJ.
- Mettre à jour les techniques d'entretien
- Se rendre à domicile systématiquement pour les évaluations et les suivis.
- Organiser la transmission d'information dans des délais brefs, y compris en cas d'absence/vacances du titulaire du dossier : cf. difficulté à avoir des informations (tel enfant déjà suivi ou non par PDJ), à atteindre l'assistant social en charge d'une situation, à savoir qui le remplace pendant un congé.
- Accepter le principe d'une spécialisation des AS sur plusieurs problématiques spécifiques, au lieu d'attribuer les dossiers par ordre d'arrivée.
- Accepter les signalements faits par des voisins.

Parquet du Procureur Général

- Spécialiser des substituts et éviter la rotation des magistrats à propos de maltraitance.
- Prononcer des peines plus lourdes : par rapport aux autres cantons, les peines genevoises sont estimées trop peu sévères par rapport à gravité des actes (souvent des peines avec sursis).
- Raccourcir la durée des procédures pénales.

Police

Dans le cadre de violence conjugale, si des enfants sont concernés, enquêter immédiatement et faire suivre l'information au Tribunal tutélaire ou à la PDJ.

Pédiatres

- Besoin d'une meilleure information sur les possibilités de signalement.
- Bénéficier d'une meilleure formation sur les institutions, leur fonctionnement, leur spécificité.
- Effectuer un travail de sensibilisation auprès des médecins des cliniques privées. Etablir à leur intention une « check-list » leur indiquant ce qu'ils doivent observer pour détecter la maltraitance. Fournir aux médecins un questionnaire-type aux parents, avec les questions qui doivent les alerter.
- Trouver un système de détection des « consultations à répétition » pour traumatismes avec changement de médecins (les seules instances capables de le faire seraient les caisses-maladie, qui devraient être habilitées à avertir une autorité de surveillance).

- Lorsque les pédiatres assurent le suivi d'une famille à risque ou maltraitante ou celui d'enfants placés en famille d'accueil : être mandatés spécifiquement par l'autorité tutélaire, qui assurerait ou superviserait en même temps la gestion des honoraires. En pratique libérale, le médecin se trouve très souvent travailler gratuitement voire à perte (fourniture de matériel et vaccins) pour ces familles, ce qui limite sa disponibilité.

11.2.3 Demande de postes supplémentaires

Deux réflexions préliminaires ont été exprimées par certains intervenants comme préalable aux demandes de postes supplémentaires:

- D'abord analyser les besoins pour savoir quelle efficacité peuvent avoir ces forces supplémentaires (faut-il plus d'infirmières ou des éducateurs en milieu ouvert à l'école primaire ?) et réfléchir à la coordination qui se fera avec d'éventuels nouveaux intervenants.
- Réfléchir à de nouvelles méthodes de travail : cf. visites de santé SSJ ou travail des conseillers sociaux au CO.

Besoins exprimés :

- Ecoles primaires : ressources humaines supplémentaires pour la prise en charge des difficultés sociales et éducatives réclamées par les enseignants, les inspecteurs, les infirmières. Diverses propositions : augmenter les postes d'infirmières SSJ et la présence des infirmières dans les écoles, affecter des conseillers sociaux, augmenter les enseignants GNT (généralistes non titulaires) pour améliorer la prise en charge d'enfants difficiles en classe, suivi des problèmes de négligence par un assistant social.
- Renforcer les équipes de direction des CO.
- Plus d'inspecteurs de police.
- Plus de juges et greffiers au Tribunal tutélaire.
- Les institutions d'hébergement souhaitent une meilleure dotation de personnel dans les services placeurs (STG/PDJ) qu'ils perçoivent débordés et confinés à la gestion de l'urgence et du placement, afin que ces services placeurs aient le temps de se consacrer à l'encadrement de la prise en charge avec les foyers. Selon les enseignants et les directions de crèche, le SSJ, la PDJ et la «Guidance infantile» manquent de personnel.
- Le Centre LAVI, débordé, a des délais de réponses trop longs et a besoin de personnel supplémentaire.
- Le SMP demande 5 à 6 postes supplémentaires pour faire face aux augmentations de consultations.
- La «Guidance infantile» souhaite 1,5 postes de plus pour le passage dans les crèches et pour la consultation qui reçoit 25 à 35 nouveaux cas par semaine.

11.3 Liste des personnes et organismes interrogés (entretiens semi-directifs)

11.3.1 Fonctionnaires et fonctions assimilées

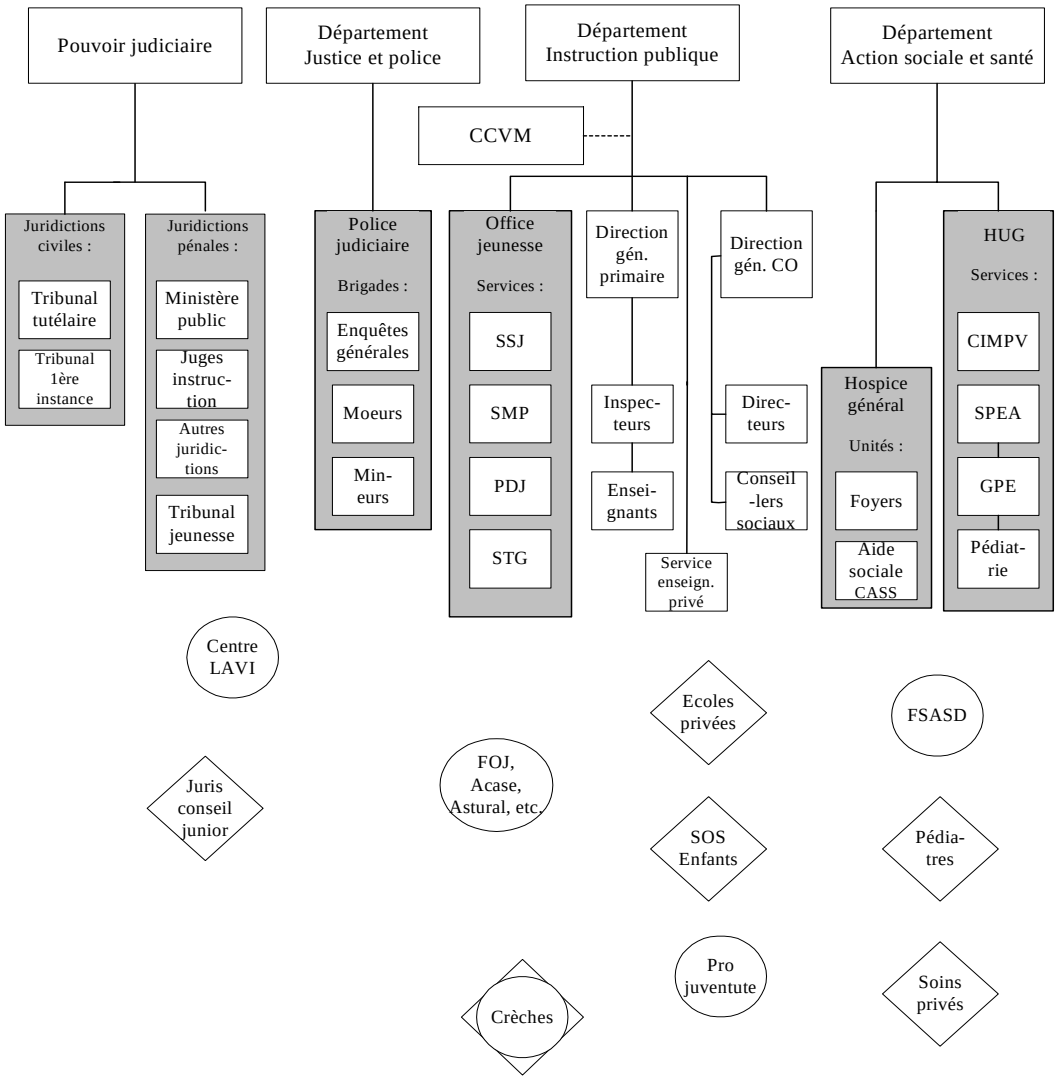
Anthonioz Bernard	Inspecteur chef - Brigade des mineurs (Police judiciaire)
Bigio Véronique	Inspectrice division ordinaire et de l'enseignement spécialisé (primaire)
Bogensberger Marie-Thérèse	Inspectrice division ordinaire et de l'enseignement spécialisé (primaire)
Boissard–Gos Martine	Cheffe du Service de l'enseignement privé (primaire)
Bouvier Paul	Président de la CCVM et directeur du SSJ
Brossy Georges	Inspecteur chef - Brigade des mineurs (Police judiciaire)
Burgi Didier	Directeur de l'action sociale (Hospice général)
Chudzinski Salvatore	Inspecteur division ordinaire et de l'enseignement spécialisé (primaire)
Constantin Frédy	Responsable des conseillers sociaux du CO
De Tassigny Marie-Françoise	Déléguée à la petite enfance (Ville de Genève)
Frossard Gabriel	Tuteur général (STG)
Fuchs Eric	Président de la Commission d'éthique de l'OJ
Galetto Jean-luc	Directeur des établissements et de l'aide aux requérants d'asile (Hospice général)
Grandjean Yves	Secrétaire général des HUG
Grivel Pascale	Coordinatrice pédagogique à la DPE (Ville de Genève)
Halpérin Daniel	Médecin adjoint responsable de la CIMPV(HUG)
Heyer Pierre	Directeur général de l'OJ
Horneffer-Colquhoun Jacqueline	Directrice de la PDJ
Huber Catherine	Inspectrice division ordinaire et de l'enseignement spécialisé (primaire)
Jaquemet Françoise	Inspectrice division ordinaire et de l'enseignement spécialisé (primaire)
Levasseur-Racine Brigitte	Juriste au secrétariat général des HUG
Magairaz Jean-Daniel	Inspecteur chef - Brigade des mœurs (Police judiciaire)
Magnenat Dominique	Cheffe de clinique à l'unité du SPEA basée en Pédiatrie
Manzano Juan	Directeur du SMP
Morenzoni Silvana	Cheffe du Service de l'enseignement privé
Palacio Francisco	Médecin chef du SPEA
Perez Crim Elena	Médecin adjoint au SMP, responsable cellule « maltraitance et abus sexuels »
Proz Jeanneret Fabienne	Juge au Tribunal tutélaire
Roten Jean-Nicolas	Juge et président du Tribunal de la jeunesse
Salamin Didier	Directeur général de l'enseignement primaire
Schüle Manuel	Directeur de la scolarité à la direction générale du CO

Suter Suzanne	Médecin-cheffe du département de pédiatrie (HUG)
Zapelli Daniel	Procureur général

11.3.2 Organismes privés, subventionnés ou associatifs

ACASE (Association catholique sociale et éducative)	Deux personnes
Association genevoise des écoles privées (AGEP)	Deux personnes
Association des logopédistes indépendants de Genève (ALIGE)	Deux personnes
Association des psychologues privés du canton de Genève (AGPsy)	Trois personnes
Astural	Une personne
Centre LAVI	Deux personnes
Cliniques privées - administrateur	Une personne
Crèches en Ville de Genève - directrices	Deux personnes
Fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD)	Une personne
Fondation officielle de la jeunesse (FOJ)	Une personne
Juris Conseil Junior	Trois personnes
Pro Juventute	Une personne
Société genevoise de Pédiatrie	Une personne
SOS-Enfants	Deux personnes

11.4 Organigramme des acteurs rencontrés au cours de l'évaluation



11.5 Définitions et étapes du processus évalué

Dans cette évaluation, la CEPP a retenu les quatre types de maltraitance développés dans le rapport fédéral « Enfance maltraitée en Suisse » (Avis du Conseil fédéral 1995). Ce sont les mêmes que celles utilisées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS 2002). Le tableau 5 les présente succinctement ; le détail de ces actes et leurs conséquences figurent à l'annexe 11.7.

Tableau 5 : Les quatre types de maltraitance retenus par la CEPP

Type de maltraitance	Caractéristiques
Maltraitance physique ou mauvais traitements physiques	Elle s'exerce par des coups donnés avec la main, le pied ou tout objet, les secousses violentes, ainsi que les actes de brûlure, de strangulation, d'immersion, d'étouffement, de torsion des membres, d'administration abusive d'un médicament ou en absence d'une indication thérapeutique.
Abus sexuels	Cela désigne l'implication d'enfants et d'adolescents dépendants et/ou 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. Les abus peuvent prendre différentes formes : exhibitionnisme et voyeurisme, appels téléphoniques obscènes, attouchements, rapports ou tentatives de rapports sexuels, viol, inceste, images pornographiques ou prostitution de mineurs.
Mauvais traitements psychologiques	Sont le fait d'adultes qui ne comprennent pas les attitudes parfois difficiles d'un enfant, le prennent en grippe, le critiquent, le menacent, le punissent de façon inadéquate, en font un bouc émissaire. Cette manière d'agir dévalorise l'enfant et son estime de lui-même. Il peut s'agir d'un système d'éducation trop rigide ou qui ne respecte pas l'individualité de l'enfant. L'enfant peut être pris dans des violence dues à un processus mal géré de séparation des parents. Il peut aussi être chargé de responsabilités démesurées en rapport avec son âge.
Négligence et carences affectives et / ou de soins	Elles se manifestent par une insuffisance chronique d'affection, d'échanges relationnels, de surveillance, de nourriture, d'abri, d'habillement, d'hygiène et de soins médicaux, par rapport aux besoins physiques et psychiques de l'enfant. Ces négligences se répercutent sur le développement de l'enfant.

Source : Avis du Conseil Fédéral 1995 : 67 –74

Tableau 6 : Gradation du danger retenue par le SSJ et la CCVM (vulnérabilité, risque et maltraitance)

Termes	Définition
Enfant menacé, enfant en souffrance	Enfant qui souffre de conditions de vie ou de modèles de vie modernes ne respectant ni les rythmes ni les besoins, que ce soit par les modes de vie parentaux ou des contraintes de la vie moderne (enfant sans enfance)
Enfant en risque	Enfant qui connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité ou son éducation (*Ndlr : n'est pas maltraité*)
Enfant en danger	Enfant effectivement maltraité ou qui risque de l'être (*Ndlr : qui risque de l'être = enfant soupçonné d'être maltraité*)
Enfant maltraité	Enfant qui est victime de violence physique, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique
Enfant en grave danger	Enfant maltraité dont la vie est en danger, et pour lequel des mesures de sauvegarde s'imposent en urgence (clause péril)

Sources : SSJ 2003 : 3, CCVM 1999 : 3, Manciaux M. & al. 1997

Le tableau 6 est inspiré d'auteurs français (cf. Manciaux M. & al. 1997). Il s'agit d'une gradation du danger utilisée par le Service de santé de la jeunesse (SSJ) et reprise par la Commission cantonale de référence en matière de violence et de mauvais traitements envers des mineurs (CCVM). Ces définitions peuvent introduire des confusions et sont critiquées par les autres acteurs.

Tableau 7 : Les étapes du processus évalué par la CEPP

Termes	Définition
Dévoilement	L'enfant, le jeune se confie à un proche ou à un professionnel
Détection	Un professionnel observe des signes laissant penser à de la maltraitance
Evaluation	Réflexion pluridisciplinaire ou combinant différentes approches en vue de confirmer ou non l'information en mains. Elle peut être précédée par une première approche appelée « évaluation initiale » effectuée par un service appelé à se déterminer rapidement sur le danger couru ou non par l'enfant et le cas échéant, à veiller à ce que des mesures de protection soient prises
Signalement	Transmission de la situation soit à la PDJ ou au STG (saisine administrative), soit au Tribunal tutélaire (saisine judiciaire)
Dénonciation	Dans les cas de crimes ou délits se poursuivant d'office, le Procureur général est saisi
Prise en charge	Action des différents professionnels visant à sauvegarder l'intérêt et le développement de l'enfant, voire à rétablir des conditions le permettant
Suivi	Après la transmission de la situation, action de veiller à ce que la prise en charge soit assurée et continue

Source : inspirées en partie de celles de la CCVM : 1999, complétées par la CEPP

11.6 Etat des statistiques en Suisse et à Genève, comparaison avec des statistiques internationales

Selon le Rapport fédéral « Enfance maltraitée en Suisse » de 1992

Ce document fait état des recherches effectuées par un groupe de travail ayant lui-même rendu son rapport en juin 1992. La partie consacrée à « l'ampleur » du phénomène (Avis du Conseil fédéral 1995 : 78-105) s'appuie sur une quinzaine de sources différentes et partielles. Les éléments les plus significatifs sont les suivants :

- Selon une étude d'une année (1989-1990) menée auprès des services sociaux et médicaux, 1155 nouveaux cas de maltraitance ont été détectés par les professionnels ;
- parmi eux, on relève les types de maltraitance suivants (cumul possible) : physique 52,2%, psychique 53,2%, sexuelle 29,8%, négligence 39,5% ; *les rapporteurs s'étonnent de constater que ce chiffre est inférieur aux 1495 cas annoncés à la police durant la même période pour les seules agressions sexuelles envers les mineurs ;*
- par tranches d'âge, cela donne 13,8% pour les 0-2ans, 8,4% pour les 2 à 4 ans, 17,1% pour les 4 à 7 ans, 37% pour les 7 à 12 ans, 23,6% pour les 12 à 16 ans ; *les rapporteurs supposent un « manque de détection en âge préscolaire », car « toutes les études démontrent que la majorité des situations concernent les enfants âgés de moins de cinq ans »*.
- Selon une autre étude, 1 fille sur 5 et 1 garçon sur 10 serait victime d'abus sexuel avant 16 ans.
- Selon une enquête auprès des parents d'enfants de 0 à 2,5 ans, 19,1% d'entre eux déclarent les gifler de « rarement » à « très souvent ».
- Plus généralement, une autre étude relève que 35% des parents disent recourir aux châtiments physiques envers leurs enfants.

Le rapport conclut de ces éléments que « la majorité des cas sont hors statistiques » et que celles-ci « donnent une image de la détection en Suisse » et non pas de la réalité du phénomène.

Remarque : Une mise à jour de ces chiffres est annoncée « courant 2004 »[149] (site OFAS, Questions familiales - protection de l'enfance).

Selon l'étude sous la direction du Dr Halpérin (1997)

Menée auprès de 1130 jeunes genevois de 13 à 17 ans, elle indique que 33,8% des filles et 10,9% des garçons auraient fait l'expérience d'une activité sexuelle abusive au moins une fois dans leur vie.

Selon la recherche menée dans le canton de Vaud

Publiée en 2001, cette recherche s'appuie sur une enquête menée pendant trois mois en 1999 auprès de professionnels (5000 fiches distribuées dans 1600 « lieux potentiels de dépistage ou de prise en charge d'enfants maltraités » (Hofner & al. 2001). Elle conclut que « *709 mineurs ont été en contact direct, lié à une situation de maltraitance présumée ou avérée, avec au moins un des professionnels représentant nos sources d'information* », ce qui, relèvent les auteurs « *n'est pas quantitativement marginal comparé aux 1155 cas* » relevés pour toute la Suisse dans le Rapport fédéral.

A l'annexe 6 du rapport (Hofner & al. 2001 : 47), on trouve le tableau des résultats complets de la recherche (type, fréquence, auteurs, sexe, âge, sources).

[149] Les résultats de l'étude « Bestrafungsverhalten von Erziehungsberechtigten in der Schweiz. Eine vergleichende Analyse des Bestrafungsverhaltens von Erziehungsberechtigten 1990 und 2004 », mettant à jour les chiffres de l'étude inclue dans le Rapport fédéral, viennent de sortir (automne 2004).

Selon des sources internationales

Une récente étude américaine (Thomas & al. 2001 : 3) et les chiffres français de l'ODAS[150] (Bensussan & Rault 2002 : 97-98) illustrent la « variabilité » de l'estimation du phénomène selon les sources, les méthodes, les définitions :

- En 2000, 2,7 millions d'enfants ont été signalés pour maltraitance ou négligence par les services sociaux états-uniens. 897'000 d'entre eux ont été effectivement maltraités, ce qui représente une moyenne nationale d'approximativement 12,2 p. 1000.
- selon les statistiques de l'ODAS pour l'année 2000, rapportées aux données démographiques de l'INSEE « la maltraitance concernerait donc 6 enfants sur 5000 (soit 1,2 p. 1000), toutes maltraitance confondues ».

Selon les données recueillies par la CEPP

Nous avons dit que les chiffres à Genève ne sont pas exhaustifs, ni fiables. Ils traduisent la connaissance par l'institution des faits qui lui parviennent et des doublons existent. Certains recensements contiennent que les nouvelles situations, d'autres comprennent également des cas déjà connus et suivis. Ce n'est donc qu'à titre indicatif que nous relevons ci-dessous les informations obtenues dans les questionnaires (tableaux), retournés à la suite des entretiens réalisés auprès des responsables hiérarchiques, ou au cours des entretiens.

Entité	1995 (ou 1995-96)	2002 (ou 2002-03)
Service santé de la jeunesse	109	① 360
Service de protection de la jeunesse	---	② 496
Service du Tuteur général	Pas de statistiques spécifiques	
Service médico-pédagogique	---	~ 20
Groupe de protection de l'enfant (Pédiatrie, HUG)	92	145
Tribunal tutélaire	Pas de statistiques spécifiques	
Tribunal de la jeunesse	Pas de statistiques spécifiques	
Brigade des mœurs	45	91
Centre LAVI	92	114
147 (ligne téléphonique)	91	191
FOJ	Tous les enfants et jeunes sont concernés	
Astural	47	38
Hospice général (4 établissements)	> 38	> 38
FSASD	---	~ 40

① 144 cas étaient déjà connus et suivis par le SSJ

② Ensemble de dossiers comprenant une problématique de maltraitance : cas nouveaux et anciens

[150] Observatoire national de l'Action Sociale décentralisée.

Selon l'enquête par questionnaire (Erasm 2004), nous avons obtenu les chiffres suivants :

- Pédiatres : 194 cas recensés par 39 médecins (sur 48 ayant répondu) au cours des deux dernières années.
- Ecoles privées : 43 cas identifiés dans 16 écoles (sur 31 ayant répondu) au cours des cinq dernières années.

Nous avons renoncé à reporter ici les détails selon les différents types de maltraitance, étant donné la diversité des définitions retenues et l'imprécision qui entoure parfois les relevés (estimations).

Ces chiffres confirment le manque de vision globale.

11.7 Définitions du Rapport fédéral « Enfance maltraitée en Suisse »

Extrait de l'Avis du Conseil fédéral du 27 juin 1992, pp. 67 - 74

Des mauvais traitements

2. Phénomènes de maltraitance envers enfants

2.1 Concept

Le concept de maltraitance envers enfants évoque encore, la plupart du temps, à la conscience du public et des professionnels, l'image d'enfants gravement blessés physiquement. Cette représentation erronée de phénomènes de maltraitance ne tient pas compte de leur complexité.

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 les enfants qui portent atteinte à leur santé et entravent leur développement somatique, psychique et social.

Les mauvais traitements envers enfants ont probablement toujours existé partout. Ils ne sont pas l'expression de volontés de destruction mais correspondent à des incapacités des communautés, des systèmes d'appui et d'adultes d'assurer à l'ensemble des mineurs des conditions suffisantes pour réaliser leur potentiel de développement. Les adultes qui agressent ou négligent des mineurs ne tirent jamais bénéfice de telles interactions. Ils souffrent souvent eux-mêmes des souffrances qu'ils provoquent chez autrui. La conscience de léser n'est de loin pas toujours présente et l'intentionnalité manque au sens d'une décision prise par un être mûr qui déciderait de faire mal à autrui. Les sujets qui abusent de leur force, de leur pouvoir social, professionnel, économique ou psychologique ne le font pas en pensant à autrui, mais en raison de leurs difficultés personnelles et pour décharger leurs tensions internes. Les adultes bien équipés intellectuellement, affectivement et socialement n'éprouvent aucune impulsion à frapper un bébé, aucune envie d'agresser sexuellement un enfant. Ils trouvent au contraire de grandes satisfactions à voir s'épanouir des êtres qui leur témoignent en retour attachement et confiance.

Les mauvais traitements envers enfants sont, pour le groupe de travail, les effets d'interactions violentes et/ou négligentes entre 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.

2.2 Formes et effets des mauvais traitements envers enfants

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 des 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. Il est évident qu'un abus sexuel représente aussi un grave sévice psychologique et qu'il peut être accompagné de violences physiques. Un mineur agressé physiquement se sent humilié. Non reconnu par un ou des adultes qui abusent de leur position de force envers lui. Les enfants maltraités psychologiquement manquent de vivre des échanges positifs les confirmant et leur permettant de bâtir leur confiance en eux, ce qui représente une carence d'apport. Les négligences en matière de soins constituent également des formes de mauvais traitements physiques. Les insuffisances alimentaires, le manque d'hygiène conduisent par exemple à des maladies somatiques, au sous-développement et parfois à la mort.

2.2.1 Les négligences et carences d'apports

Elles se manifestent auprès des enfants de tous âges et peuvent débuter dès la grossesse par un manque d'autoprotection de la mère se répercutant sur le développement du fœtus (toxicomanie, anorexie mentale).

Par manque de connaissances et/ou en raison d'états de détresses personnelles, des adultes soumettent des bébés à des soins parfaitement inadéquats. Des psychoses secondaires associées à des retards psychomoteurs s'expliquent par exemple, par le fait que des enfants nés en bonne santé sont laissés continuellement dans leur berceau sans avoir d'échanges affectifs avec l'entourage pendant la première ou même les deux premières années de vie. Les bébés ainsi négligés présentent tôt des retards de développement physique et psychomoteur, ainsi que des troubles du contact qui, s'ils ne sont pas détectés à temps, au moins avant la fin du deuxième semestre de

vie, peuvent entraîner des séquelles irréversibles sous la forme d'arriérations mentales associées ou non à des psychoses secondaires.

A l'âge préscolaire, les carences d'apports se signalent également par une alimentation et/ou une hygiène défectueuse, l'absence d'échanges relationnels, de surveillance, qui ont souvent pour conséquence des accidents à répétitions chez les enfants. La sous-stimulation par manque d'interactions (jeux, chants, activités en commun) est à l'origine de la majeure partie des troubles d'équipement intellectuel, cognitif et instrumental.

Les effets des négligences et carences d'apports sont sévères : on observe de fréquentes arriérations mentales de différents degrés, des difficultés d'apprentissage scolaire, des perturbations de l'attention, de la concentration et des troubles du langage. Les logopédistes constatent que nombreux sont les enfants en traitement pour difficultés de langage qui ont été élevés dans des conditions de carences d'apports par des parents qui, débordés par leurs propres problèmes, n'arrivent pas à avoir et à témoigner du plaisir dans la relation à l'enfant. Celui-ci s'éprouve alors comme une charge difficile à supporter pour l'adulte et vit chroniquement replié, déprimé et anxieux. Les syndromes résultant des négligences et carences d'apports sont à l'origine de la plupart des difficultés chroniques d'adaptation scolaire.

La rareté du diagnostic fait à temps et la rareté encore plus grande des traitements efficaces des situations de négligences envers des enfants très jeunes *constituent une des formes de mauvais traitements socio-institutionnels les plus répandues*. C'est ainsi que des enfants aggravant des retards par manque de soins en famille sont observés dans des garderies sans que des traitements soient mis en route. La détection pré et néo-natale des contextes à risques et la mise en soins suivis dès ces phases du cycle vital constituent la meilleure prévention de ces déficits du développement des enfants.

2.2.2. Les mauvais traitements psychologiques

Ils peuvent se manifester dans des contextes institutionnels, familiaux, nourriciers et scolaires. Ils sont le fait d'adultes qui ne comprennent pas les attitudes et comportements parfois difficiles d'un enfant, le prennent en grippe, le critiquent, le menacent, le punissent de façon inadéquate, l'isolent, en font un bouc émissaire (cf. Garbarino, Guttmann & Seeley, 1986). Les tensions survenant dans le proche entourage se déchargent alors souvent sur l'enfant bouc émissaire. Ces agressions le dévalorisent et détruisent son estime de lui-même.

Une autre façon de maltraiter un mineur consiste à ne pas reconnaître son individualité, ses sentiments, ses idées et ses projets. De tels systèmes éducatifs rigides et envahissants donnent le champ libre aux pulsions, sentiments et projets des adultes et invalident les tendances que manifestent les enfants à acquérir leur autonomie. Cette forme de mauvais traitements psychologiques conduit à de sévères troubles d'individuation dont les symptômes éclatent souvent à l'adolescence, à un moment où le jeune se sent incapable de s'émanciper, sous la forme de troubles du comportement, des déficits du rendement scolaire, de tentative de suicide, de psychoses, de troubles psychosomatiques dont l'anorexie et l'obésité, de toxicomanies.

Dans d'autres cas, des adultes déprimés et immatures cherchent de manière chronique réconfort et secours auprès d'enfants. Cette inversion des rôles générationnels charge des mineurs de responsabilités et d'angoisses ingérables pour leur âge. Des enfants sont amenés, cela peut se produire dès l'âge de 7 à 8 ans, à surveiller des adultes qu'ils savent suicidaires, à leur distribuer des médicaments. D'autres sont chargés d'aller acheter des réserves d'alcool en sachant que la consommation abusive qui va s'ensuivre produira les pires complications de la vie familiale.

Une autre forme de traitements psychologiques assez répandue est celle qui est vécue par des enfants dont les parents, mariés ou non, se déchirent dans un processus de séparation ou dans une union pathologique qui se perpétue. Les enfants peuvent être pris dans des tensions où chaque parent essaie de se coaliser avec eux contre l'autre parent. Les enfants suivent rarement cette manœuvre et déploient de coûteux efforts pour se tenir le plus en dehors possible du champ conflictuel opposant les adultes. Quelques enfants sont exposés à des scènes de violence entre adultes qui leur font constamment craindre qu'il n'arrive un accident. Ces enfants sont distraits à l'école ; leurs pensées et leurs sentiments sont constamment occupés par l'angoisse de ce qui pourrait arriver à leurs parents. Certains enfants assistent parfois à ce type de guerre jusqu'à ce qu'un parent tue l'autre sous leurs yeux, ce qui se produit plusieurs fois par année dans notre pays.

Dans certains milieux d'accueil institutionnels, nourriciers et adoptifs, des mineurs sont également maltraités psychologiquement, que ce soit parce que le système éducatif est trop rigide et inadéquatement punitif, défavorable à l'acquisition de l'autonomie, ou parce qu'un enfant ou l'autre est pris comme bouc émissaire par le groupe, par des pairs ou par des adultes.

Les mêmes phénomènes s'observent parfois à l'école.

2.2.3 Les abus sexuels

La notion d'abus sexuels désigne 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 (Finkelhor, 1986 ; Kempe, 1978). Ces abus sont commis par des adultes et parfois par des adolescents qui, le plus souvent, ont eux-mêmes fait l'objet d'abus sexuels durant leur développement. Des recherches montrent qu'environ 80% des abus sexuels sont commis par un membre de la famille de l'enfant, 90% par des personnes connues de l'enfant, 10% seulement par des inconnus. Selon le rapport Badgley (Bagdley 1984). Au Canada, 4 femmes sur 10 et 1 homme sur 4 rapportent avoir été victimes, durant leur minorité, d'un ou plusieurs actes sexuels non désirés. Aux Etats-Unis, selon Russel (1983) une étude conduite sur un échantillon non sélectionné de la population révèle que 38% des filles interrogées avaient subi un ou des abus sexuels avant l'âge de 18 ans (voir aussi 2.3).

Les abus sexuels sont commis sur des enfants de tous les âges, dès les premiers mois de la vie. Les abus commis par des proches se répètent et s'aggravent.

Formes des abus sexuels : les agressions sexuelles comprennent l'exhibitionnisme et le voyeurisme, les attouchements, les demandes de masturbation ou de caresses aux enfants des actes de pénétration anaux, oraux, vaginaux. Elles s'exercent aussi à travers la pornographie, l'induction à la prostitution, la prostitution masculine et féminine.

Les effets pathogènes des abus sexuels envers enfants sont ipso facto accompagnés de mauvais traitements psychologiques et aussi dans un nombre non négligeable de cas de violence physique, sont très sévères. Ils bouleversent la vie d'enfant et d'adulte d'un très grand nombre de victimes et peuvent conduire à des actes de violence et au suicide.

Les conséquences d'actes sexuels consommés avec des mineurs sont

- *physiques :*

  Blessures des régions génitales, anales, buccales et d'autres régions du corps ; infections sexuellement transmissibles : hémorragies anales, vaginales, vésicales ; présence de corps étrangers dans l'urètre, la vessie, le vagin ou l'anus ; grossesses.

- *psychosomatiques :*

  Des troubles du sommeil et de l'alimentation, ainsi que tous les types de réactivité corporelle peuvent s'observer : énurésie, ancoprésie, douleurs abdominales, troubles d'allure neurologique, maux de tête, troubles respiratoires, digestifs etc. Les troubles psychosomatiques sont pratiquement toujours présents et provoquent une intense consommation médicale de la part de patients qui, honteux et gênés, ne communiquent pas les raisons de leur détresse. Celle-ci ne vient au jour que si une relation de confiance existe entre un patient et un soignant et à condition que ce dernier ait appris à poser les bonnes questions de la bonne manière.

- *psychologiques :*

Les conséquences psychologiques des expériences sexuelles abusives sont dévastatrices (cf. Enders, 1989). Cela se comprend du fait que les enfants dont on abuse sexuellement sont, dans 80% des cas, les proies de proches qui sont censés les protéger et dont ils dépendent. Ces situations d'abus sont ressenties comme étant incommunicables par les victimes qui sont fréquemment menacées et contraintes par l'auteur de garder le secret. Elles se chronifient souvent pendant de nombreuses années. Les enfants, garçons ou filles, ne sont pas seulement isolés dans le secret de leur propre famille, mais aussi à l'école, par rapport à leurs camarades à qui ils n'osent, honteux, communiquer leur vécu.

Les signaux de détresse qui devraient servir d'appel au diagnostic sont les suivants : dépression chroniques, fréquentes tentatives de suicide, suicides, automutilations, signes de dévalorisation du corps (obésité, anorexie, énurésie, encoprésie), fugues, faillites scolaires et professionnelles, troubles de la santé physique, promiscuité sexuelle, transvestisme, évolution vers l'homosexualité, déviance comportementale, prostitution masculine et féminine, criminalité qui souvent s'exerce sous la forme d'abus sexuels. Une recherche faite auprès de pédophiles et de pères incestueux a montré que plus de 80% des sujets avaient subi des abus sexuels dans l'enfance, la plupart à l'âge où se trouvent les mineurs devenus leurs propres victimes (Gagné, 1986).

Moggi et Clémençon (1991) ont, pour la première fois en Suisse, avec l'aide de deux revues et de divers groupes d'entraide, recherché par le truchement de questionnaires, un échantillon volontaire de femmes ayant subi des contraintes sexuelles durant leur enfance (N=124) qu'ils ont comparé avec un échantillon non sélectionné (N=35). Il apparaît que les victimes d'abus sexuels présentent plus souvent des symptômes dépressifs et des sentiments d'abandon, ont peu d'estime pour elles-mêmes, font preuve d'une plus grande méfiance envers l'environnement social et sentent plus dépendantes d'autrui. Elles sont en outre plus nombreuses à souffrir de problèmes sexuels et à suivre un

traitement psychiatrique ou psychothérapeutique. Les interactions sociales avec le sexe masculin sont vécues comme plus menaçantes par les sujets abusés.

2.2.4. La maltraitance physique

Elle s'exerce avec des coups donnés avec la main, le tape-tapis, le ceinturon, le martinet, des chaises ou d'autres objets, des brûlures, des strangulations, des immersions dans l'eau froide ou brûlante, des étouffements, des torsions de membres. Des bébés sont secoués jusqu'à la paralysie cérébrale définitive par hémorragie, jetés par terre, assis sur des plaques de cuisinières brûlantes. Des enfants sont jetés à travers une pièce ou au bas des escaliers, doivent réingérer des aliments vomis. Des coups occasionnent des hématomes, ouvrent la peau, fracturent les os, les dents, font éclater des organes internes et tuent. Des adultes hors d'eux ne voient plus un être humain en face d'eux, ils frappent pour se décharger de tensions accumulées et sont complètement affolés de constater les effets de la crise quand ils en émergent.

Syndrome de « Münchhausen by proxy » : des adultes, intolérants à la charge que représente pour eux un enfant, cherchent de l'aide médicale de façon très déguisée et déviante. Ils induisent chez l'enfant une maladie, par exemple en l'intoxiquant avec des médicaments et provoquent une investigation somatique compliquée en inventant une anamnèse de crises épileptiques. Cette forme de mauvais traitements physiques, qui représente pour les adultes une façon d'hospitaliser un enfant à qui ils ont peur de faire encore plus de mal, porte le nom de Münchhausen by proxy.

Les insolations, les oublis d'enfants dans des voitures en été, les gelures des membres de bébés promenés trop longuement en montagne sont d'autres formes de maltraitance physique pouvant entraîner des conséquences qui peuvent être sévères sur la santé physique des mineurs. De plus, il arrive que des baby-sitters intoxiquent des enfants avec des médicaments, de l'alcool, du gaz de ville.

L'administration à la légère de médicaments, en particulier sédatifs, antalgiques et analeptiques, aux enfants et adolescents, par les parents et les médecins, constitue une forme de maltraitance entraînant un risque de chronification de l'abus médicamenteux (toxicomanie). La facilité d'accès à ces médicaments, par exemple dans la pharmacie de ménage, représente pour les enfants une forme de négligence pouvant provoquer des intoxications aiguës, particulièrement chez les petits enfants.

Le stress dû à l'école semble jouer un rôle prépondérant. On sait en outre que certains parents d'enfants en bas âge remplacent la baby-sitter par des médicaments tranquillisants ou antalgiques.

Les *effets* des mauvais traitements physiques sur les enfants sont de gravités diverses : des morts, des troubles neurologiques, des troubles sensoriels (surdité, perte d'un œil ou de la vue), des arriérations mentales, des lésions plus ou moins réversibles de différents organes (organes génitaux, reins, foie, rate, etc.) ; certaines fractures se consolident en mauvaise position parce qu'elles n'ont pas été amenées aux soins ; des cicatrices de brûlures ou de coups restent visibles la vie entière. Les effets psychiques ne sont pas moins graves (voir 2.2.5).

Violence en famille

Il est important de se représenter que, dans de nombreux milieux où les enfants sont victimes de violence, règne aussi la violence physique entre adultes. Celle-ci peut comprendre le viol entre conjoints. Dans ce type de contexte, les enfants essaient parfois de protéger leur mère en provoquant le père violent au moment où celui-ci s'apprête à frapper sa femme ; les enfants cherchent ainsi activement à détourner les coups sur eux-mêmes. Les femmes qui frappent les enfants ont souvent été elles-mêmes victimes de violences dans leur enfance et/ou subissent des violences domestiques actuelles. Il arrive aussi que des femmes agressent physiquement leur mari ou leur compagnon.

Le rôle des intoxications alcooliques dans le déclenchement des crises de violence ne saurait être assez souligné. En Suisse, une famille sur quinze est touchée par une maladie de l'alcoolisme (ISPA, Données sur l'alcool et les drogues en Suisse, 1989).

2.2.5 Séquelles à long terme des mauvais traitements et des négligences

Différents indicateurs disponibles en Suisse permettent de se rendre compte que l'assistance psycho-médico-sociale aux mineurs en difficulté ne produit pas les effets qu'on pourrait en attendre, eu égard à la densité exceptionnelle des réseaux de soins officiels et privés du pays.

Les recherches disponibles dans la littérature indiquent comme effets possibles des mauvais traitements des phénomènes suicidaires, des morts violentes, la délinquance, des toxicomanies, des troubles mentaux, des détresses psychologiques et sociales. En Suisse, on constate que les catégories de sujets souffrant des troubles susmentionnés sont fortement représentées (certaines en augmentation). Même si les mauvais traitements ne sont pas à l'origine de la pathologie dans tous les cas, on peut affirmer que la mise en route d'actions préventives et thérapeutiques cohérentes et suivies est à même de diminuer l'incidence de ces syndromes. *(…. Fin de la citation*)

11.8 Les membres de la Commission cantonale de référence en matière de violence et de maltraitance envers les mineurs (mai 2004)

Membres de droit

Président	M. Paul Bouvier, directeur du SSJ
Représentants de l'OJ	M. Pierre Heyer, directeur général de l'OJ M. Gabriel Frossard, directeur du STG Mme Jacqueline Horneffer, directrice de la PDJ (jusqu'au 31 mars 2004) Mme Elena Perez Crim, médecin adjoint au SMP Mme Annette Pfaehler, direction générale de l'OJ
Enseignement	M. Pierre-Yves Duparc, directeur de la scolarité à la DEP Mme Nicole Leu, chargée de mission à la DEP M. Manuel Schüle, directeur du Service de la scolarité (DGCO)
Représentants des HUG	M. Daniel Halpérin, médecin adjoint responsable de la CIMPV Mme Madeleine Mirabaud, cheffe de clinique ajointe (Pédiatrie)
Représentants Police	M. Christophe Boujol (Brigade des mœurs) M. Gérard Crausaz (Police judiciaire) M. Orlando Moro (Brigade de mineurs)

Membres avec voix consultative

Représentants de la Justice	M. Yves Aeschlimann, Juge d'instruction Mme Corinne Chappuis Bugnon, substitute du Procureur général Mme Anne-Françoise Comte Fontana, juge au Tribunal de la jeunesse Mme Fabienne Proz Jeanneret, juge au Tribunal tutélaire Mme Gaëlle Van Hove, substitute du Procureur général

12 Bibliographie

12.1 Annuaires, rapports et études

Annuaire statistique du canton de Genève (1997), Genève : OCIRT

Annuaire statistique du canton de Genève (2003), Genève : OCIRT

Avis du Conseil fédéral du 27 juin 1995 (1995), Enfance maltraitée en Suisse, Rapport final présenté au Chef du département fédéral de l'intérieur par le groupe de travail Enfance maltraité, Berne, juin 1992

Bellanger F. (2002), Avis de droit sur les limites posées par le secret de fonction, le secret fiscal et la protection des données en matière de communication entre les services attribuant des prestations sociales. *A disposition auprès du secrétariat de la CEPP*

Bovay J., Dolivo M., Pahud C. (1990), 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

CCVM (1999), Prise en charge initiale des situations de maltraitance envers les mineurs. Principes d'action des services officiels et collaborations inter-institutionnelles

CCVM (2002), Deuxième rapport d'activités de la CCVM, pour la période d'avril 1999 à mars 2002

CEPP (2002), La communication entre les services de l'administration cantonale. Evaluation de la circulation de l'information dans le cadre de l'attribution de prestations sociales

CEPP (2003), Evaluation de la politique de protection des enfants victimes de maltraitance, sur mandat de la commission de contrôle de gestion du Grand Conseil, Etude de faisabilité

Erasm (2004), Enquête postale auprès des pédiatres et des écoles privées du canton de Genève. Dans le cadre de l'évaluation de la politique de protection des enfants victimes de maltraitance, sur mandat de la CEPP. *A disposition auprès du secrétariat de la CEPP*

Evaluanda (2004), Evaluation du projet « bons de respiration » de la Croix-Rouge genevoise. Rapport final

Jouffroy G. (2002), Service de protection de la jeunesse. Audit intervention. Synthèse, analyse et pré-diagnostic, Genève (*Document confidentiel*)

Krug E. & al. (2002), Rapport mondial sur la violence et la santé, Genève : OMS

Perrez M. & al. (2004), Bestrafungsverhalten von Erziehungsberechtigten in der Schweiz. Eine vergleichende Analyse des Bestrafungsverhaltens von Erziehungsberechtigten 1990 und 2004, im Auftrag des Bundesamts für Sozialversicherung, Universität Fribourg

Rapport de gestion du Conseil d'Etat de la république et canton de Genève pour l'année 1995 (1996)

Rapport de gestion du Conseil d'Etat de la république et canton de Genève pour l'année 2003 (2004)

Rapport de la Commission de contrôle de gestion concernant l'Office de la jeunesse (2003)

Rapport des ONG suisses (2000) : Commentaire concernant le rapport du gouvernement suisse au Comité des droits de l'enfant, s.d. Rapport initial de la Suisse au Comité des droits de l'enfant des Nations unies sur la situation réelle et la situation juridique des enfants en Suisse. Résumé, Version originelle du 1 nov. 2000 légèrement actualisée (*Document remis par le Département Fédéral des Affaires étrangères)*

Rapport préliminaire du groupe inter-services (1996 ?). A l'attention de la présidence des départements de l'instruction publique, l'action sociale et de la santé, justice et police

Rapport sur les familles (2004). Structures nécessaires pour une politique familiale qui réponde aux besoins, Berne : Département fédéral de l'intérieur.

Stettler M. (2001), Rapport au Conseil d'Etat concernant le décès tragique d'un enfant à Meyrin

Stettler M. (2004), La politique de protection des enfants victimes de maltraitance. Evaluation législative. A *disposition auprès du secrétariat de la CEPP*

12.2 Ouvrages et articles (revues)

Bard G., Bossert P., David L., Schenkel L., Selvadoray N., Uldry V. (2002), Maltraitance des enfants. Immersion en communauté, Travail d'études en médecine, Université de Genève

Bensussan P., Rault F. (2002), La dictature de l'émotion. La protection de l'enfant et ses dérives, Paris : Belfond

Bertrand D. & al. (2003), Médecin et droit médical. Présentation et résolution des situations. Genève : Médecine et Hygiène (2e édition)

Centrale pour les questions familiales (2002), Intervention de l'Etat dans l'autorité parentale : entre prudence et nécessité, in *Questions familiales*, OFAS, 2-3

CCMT (1999), Concept de prise en charge et de prévention des mauvais traitements envers les enfants et les adolescents

Dardel F., Di Luca L. (2001), Le secret professionnel confronté à des conduites limites, in *Actualités psychologiques*, Université de Lausanne : Institut de psychologie, 10, pp. 48-60

Dictionnaire suisse de politique sociale (2002), Lausanne : Editions Réalités sociales

Favet G. (2002), La clause péril : essai d'analyse d'une pratique d'intervention, Travail effectué dans le cadre de la formation d'Ecole supérieure de travail social (option Education spécialisée, FEE 99), Genève : IES

Favez M. (2003), La représentation sociale de la maltraitance faite aux mineurs dans quelques journaux romands : les principes organisateurs à l'œuvre dans une problématique complexe et instable, Mémoire de diplôme de formation continue en Travail Social, Université de Neuchâtel

Ferrier P., Stettler M. (1977), L'enfant victime de sévices ou de négligences. Playdoyer pour une approche pluridisciplinaire et pour une éducation du public, in *Journal Suisse de médecine*, pp. 1349 et ss.

Glisson C., Hemmelgarn A. (1998), The effects of organisational climate and interorganisational coordination on the quality and outcomes of children's services, in *Child and Abused Children*, 22(5), pp. 401-421

Halpérin D.S. & al.(1997), A contre-cœur, à contre-corps. Regards pluriels sur les abus sexuels d'enfants. Une enquête épidémiologique auprès d'adolescents, Genève : Médecine et Hygiène

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

Kunzli Monnier E. (2000), Les éducatrices et éducateurs du jeune enfant sont-ils des travailleurs sociaux ? Analyses et réflexions autour des rôles et moyens d'un institution petite enfance pour gérer l'accueil d'enfants révélant des difficultés de comportement et/ou de développement et accompagner leur familles, Mémoire de fin de formation Passerelle, Genève : C.E.P.S.P.E., Ecole d'Educatrices et Educateurs du Jeune Enfant

Libois J., Loser F., Travailler en réseau. Analyse de l'activité en partenariat dans les domaines du social, de la santé et de la petite enfance, Genève : IES éditions

Manciaux M., Gabel M., Girodet D., Rouyer M. (1997), Enfances en danger, Paris : Fleurus

Observatoire de la petite enfance (2001), La petite enfance en ville de Genève. Indicateurs et tendances, Délégation à la petite enfance, 3.

Osborne D., Gaebler T. (1992), Reinventing Governement, Reading : Addison-Wesley

Pecorini M., Le Roy-Zen Ruffinen O. (2002), Garde et éducation de la petite enfance dans le canton de Genève, document de travail n° 1, SRED

Protection de l'enfant. Des mesures brutales mais utiles (2004), in *Repère social*, n° 55, Genève : Service de l'information sociale de l'Hospice général

Société suisse de Pédiatrie, Société suisse de chirurgie infantile, Groupe de travail « Protection de l'Enfant des hôpitaux pédiatriques suisses » (2001), Recommandations pour les activités liées à la protection de l'enfant dans les hôpitaux pédiatriques

Stremlow, J. & al. (2002), Weiterenwicklung der schweizerischen Vormundschaftsstatistik. Schlussbericht, HSA Luzern : Institut WDF

Thomas D., Leicht C., Hughes C., Madigan A., Dowel K. (2001), Emerging practises in the Prevention of Child Abuse and Neglect, Office on Child Abuse and Neglect (U.S. Department of Health and Human Services)

Vanotti M. & al. (1992), Le silence comme un cri à l'envers. Maltraitance et abus sexuels envers les enfants, Genève : Médecine et Hygiène.

Voelin C. (2001), La circulation de la violence dans la famille, in *Actualités psychologiques*, 9, Université de Lausanne : Institut de psychologie, pp. 17-38

Walder Pfyffer A. (2002), L'Etat dans la sphère familiale : circonstance et cadre juridique , in *Questions familiales*, OFAS, 2-3, pp. 4-7

12.3 Documents internes aux services (autres que les protocoles[151])

FSASD (2002), Statistiques SMI

SSJ (2002), Protéger les enfants en danger. Activités du SSJ dans la protection et la prise en soins d'enfants et adolescents menacés ou en danger, durant l'année scolaire 2001-2002

SSJ (2003), Enfants en danger : activités du SSJ 2002 –2003

12.4 Ouvrages, articles et documents répertoriés par le Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (Montréal, Québec)

Anderson L. M., Shinn C. et al. (2003), The effectiveness of early childhood development programs : a systematic review, in *American Journal of Preventive Medicine*, 24, pp. 32-46

Besner R. (1999), Le devoir de signaler les cas d'enfants maltraités : document de consultation

Bilodeau A., Chamberland C. et al. (2002), L'innovation sociale, une condition pour accroître la qualité de l'action en partenariat dans le champ de la santé publique, in *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 17(2), pp. 59-88

[151] Les protocoles sont à l'annexe 11.1.

Centers for Disease Control and Prevention (2004), National Center for Injury Prevention and Control. Using Evidence-Based Parenting Programs to Advance CDC Efforts in Child Maltreatment Prevention. Research Brief – 2004

Chabrol, B. et al. (1998), Prise en charge et prévention de la maltraitance au Québec : programme de pédiatrie sociojuridique de l'hôpital Sainte-Justine à Montréal, in *Archives pédiatriques*, 5 , pp. 1366-1370

Chadwick Centre for Children And Families (2004). Closing the Quality Chasm in Child Abuse Treatment: identifying and disseminating Best Practices: The findings of the Kaufmann Best Practices Project to help Children Heal from Child Abuse, San Diego : a collaboration of Children's Hospital – San Diego – Chadwick Center for Children's and Families (www.chsd.org) and National Call to Action a Movement to end Child Abuse and Neglect (www.nationalcalltoaction.org)

Dagenais C., Begin, J., Bouchard C. and Fortin D. (2004), Impact of intensive support programs : a synthesis of evaluation studies, in *Children and Youth Services Review*, 26, pp. 249-263

Davis, K. M.; Gidycz C. A. (2000), Child sexual abuse prevention programs : A meta-Analysis, in *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(2), pp. 257-265

De Panfilis D., Zuravin S. J. (1999), Predicting child maltreatment recurrences during treatment, in *Child Abuse and Neglect*, 23(8), pp. 729-743

Dufour S., Chamberland C., Trocmé N., (2003), L'efficacité des interventions en protection de l'enfance. Recension des écrits, Montréal Qc : Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants

Fallon, B. (1998), Outcomes literature survey : a preliminary review for the client outcomes, in Child welfare project, in Roundtable Proceedings. The First Canadian Roundtable on Child Welfare Outcomes, March 19 & 20 1998, Toronto, Canada, pp. 65-84

Fergusson D. M., Horwood J. et al. (2003), Le développement et l'évaluation de Early Start, présentation organisée par le Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, Montréal, 5-6 septembre 2003

Guterman N. (1997), Early Prevention of Physical Child Abuse and Neglect : Existing Evidence and Future Directions, in *Child Maltreatment*, 2(1), pp.12-34

Les Centres jeunesse du Québec (2004). Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse (Une production de : Association des centres de jeunesse du Québec – Service des communications www.acjq.qc.ca)

MacMillan H. L. avec le groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (2000), Soins de santé préventifs, mise à jour 2000 : Prévention de la violence faite aux enfants, in *Journal de l'association médicale canadienne*, 163 (11) pp.1451-1458

MacIntyre D., Carr A. (1999), Evaluation of the effectiveness of the stay safe primary prevention programme for child sexual abuse, in *Child Abuse and Neglect*, 23(12), pp.1307-1325

MacLeod J., Geoffrey N. (2000), Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment : a meta-analytic review, in *Child Abuse and Neglect*, 24(9), pp.1127-1149

McCroskey J.; Meezan W. (1998), Family-Centered Services : Approaches and Effectiveness, in *The Future of Children*, 8(1), pp.54-71.

Nelson G., Laurendeau M.-C. et al. (2001), A Review of Programs to Promote Family Wellness and Prevent the Maltreatment of Children, in *Canadian Journal of Behavioural Science*, 33(1), pp.1-13.

Preston A. B., Daniel G. M. (2002), Professional's decision-making about out-of-home placements following instances of child abuse, in *Child Abuse and Neglect*, 26, pp. 317-332

Québec, Santé et Services sociaux (2004), Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Résumé du cadre de référence, Québec Qc : Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux

Québec, Santé et Services sociaux (2001), Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique, Québec Qc : Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux

Rossi P. H., Schuerman J. , Budde S. (1999). Understanding decisions about child maltreatment, in *Evaluation Review*, 23(6), pp. 579-598

Santé Canada (1999). La violence envers les enfants : signalement et classification des cas dans les établissements de soins de santé, Ministre des Travaux Publics et des Services gouvernementaux Canada.

Saunders B. E., Berliner L. & Hanson R.F. (Eds.) (2004), Child Physical and Sexual Abuse : Guidelines for Treatment (Revised Report : April 26, 2004), Charleston SC : National Crime Victims Research and Treatment Centre (www.mesc.edu/cvc/)

Schuerman, J., Rossi P. H., Budde S.(1999) Decisions on placement and family preservation: Agreement and Targeting, in *Evaluation Review*, 23(6), pp. 599-618

Thomas D., Leicht C., Hughes C., Madigan A., Dowel K. (2001), Emerging practises in the Prevention of Child Abuse and Neglect, Washington DC ? : U.S. Department of Health and Human Services (Office on Child Abuse and Neglect)

Trocmé N., Knoke D., Roy C., (2003). Collaboration communautaire et approches différentielles : recherches et pratiques novatrices canadiennes et internationales, Ottawa : Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants

U.S. Department of Health and Human services Administration for Children and Families, Children's Bureau (2003), Decision-making in Unsubstantiated Child Protective Cases, Washington DC

Vulliamy, A. P., Sullivan R. (2000), Reporting Child Abuse : Pediatrician'experiences with the child protection system, in *Child and Abuse Neglect*, 11, pp. 1461-1470

Walters D. (1995), Mandatory reporting of Child Abuse : legal, ethical and clinical implications with the child protection within a Canadian context, Ottawa : Psychologie canadienne.

Wolfe DA. (2004). Services and Programs Proven to be Effective to Prevent Child Maltreatment and its Impact on the Social and Emotional Development of Young Children (0-5), In *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online], Montreal, Quebec : Centre of Excellence for Early Childhood Development, 1-4