

*C*roire sans douter en la parole de l'enfant :  
c'est l'aider à exprimer sa souffrance,  
c'est lui reconnaître le droit au respect, à la  
dignité, et le droit à la protection juridique et  
sociale.

ISBN : 9947-0-0894-0



## Les violences sexuelles sur enfant

Pour chaque enfant  
Santé, Éducation, Égalité, Protection  
FAISONS AVANCER L'HUMANITÉ

unicef 

**RESEAU *WASSILA***

Réseau de Réflexion et d'action en faveur des  
Femmes et des Enfants victimes de violence

**Violence et Santé des enfants :  
Les violences sexuelles sur enfant**

*Actes de la journée d'étude du 2 octobre 2003.*

*Alger, Institut National de la Magistrature.*

*Les opinions exprimées dans cette Publication ne sont pas nécessairement celles de l'UNICEF.*

*Mise en page : INCOM*

*Imprimerie :*

*Publication imprimée grâce à la contribution financière de l'UNICEF*

*Dépot légal : 1387-2005*

*ISBN : 9947-0-0894-0*



## SOMMAIRE

FADHILA CHITOUR - Présentation de la journée	7
DORIA MERABTINE - " La protection de l'enfant : un impératif majeur "	13
FARIDA MILOUDI - " Considérations médico-légales à propos des violences sexuelles sur enfant "	16
KELTOUM MESSAHLI - " Réflexions à propos des agressions sexuelles sur enfant "	19
NABILA SAKHRI - " L'agression sexuelle : de la loi du silence au silence de la Loi "	26
LILLANE DALIGAND - " La prise en charge des enfants victimes d'agressions sexuelles "	29
M. BESSAHA - " Violences sexuelles contre les enfants et secret médical "	35
LATEFA BALAROUCCI - " Croire sans douter "	41
NADIA HOUHAT - " Le médecin praticien face à la violence sexuelle sur enfant "	49
LILLANE DALIGAND - " L'assistance médico-psychologique des victimes de violences sexuelles "	55
Résumé des débats de la journée	62
CHERIFA BOUATTA - Synthèse : " A quand des lois pour protéger les enfants "	69
Présentation du Réseau Wassila :	76

## Programme de la journée

9h : Allocution d'ouverture : M. le Directeur de l'INM, la Représentante de l'Unicef, la Pr F. Chitour

9h15 : Présentation de la journée : Pr Fadhila Chitour

**1e séance** : Présidence : Pr Laidli, médecine légale, CHU Bab el Oued

9h30 - 9h45 : Mme D. Merabtine, Unicef :  
« Les abus sexuels sur enfants dans le monde »

9h45 - 10h : Dr Farida Miloudi, médecin légiste Hopital de Zéralda :  
« Approche médico-légale des violences sexuelles contre les enfants »

10h - 10h15 : Pause café

**2e séance** : Présidence : M. Djadi, Procureur auprès de la Cour d'Alger

10h15 - 10h30 : Dr Keltoum Messahli, Dr M. Meguetaoui, Médecine légale, CHU Frantz Fanon, Blida :  
« Réflexion à propos des abus sexuels contre les enfants »

10h30 - 10h45 : Mme Sakhri, professeur à l'Institut National de la Magistrature: «Agressions sexuelles : La loi du silence et le silence de la Loi»

10h45 - 11h : Pr Liliane Daligand : médecin légiste et psychiatre, Université de Lyon, Inavem, «Approche clinique des enfants victimes d'abus sexuels»

11h - 13h : Débat général de la matinée

13h - 14h : repas



Après midi

**3e séance** : Présidence : Dr Doudja Hammouda, INSP

14h00 - 14h15 : Pr Bessaha, Pr Y. Mehdi : Médecine légale, CHU Mustapha : «Violences sexuelles contre les enfants et secret médical».

14h15 - 14h30 : Dr Rachid Belhadj, Médecine légale, CHU Mustapha : «Approche de l'inceste» (absent)

14h30 - 14h45 : Mme Latéfa Belarouci, psychologue Secteur Sanitaire de Sidi M'hamed Alger : «La parole de l'enfant, croire sans douter»

14h45h - 15h : Pause café

**4e séance** : Présidence : Pr Y. Mehdi CHU Mustapha, chef de service de Médecine Légale

15h00 - 15h15 : Dr Houhat, psychiatre, CHU Mustapha : «Les enfants victimes d'abus sexuels : Le point de vue du psychiatre»

15h15 - 15h30 : Pr Liliane Daligand, médecin légiste et psychiatre, Université de Lyon, Inavem : «Prise en charge médico-légale et psychothérapeutique des enfants victimes d'abus sexuels»

15h30h - 16h30 : Débat

16h30 - 16h45 : Synthèse des débats et Recommandations : Mme C. Bouatta, présidente de la SARP

17h00 : Clôture de la journée

## **Les violences sexuelles sur enfant** **Présentation de la journée**

**Pr Fadéla Chitour**  
Réseau Wassila

Octobre 2000 ... octobre 2003

Merci d'avoir répondu à notre invitation pour marquer ensemble, aujourd'hui, le troisième anniversaire de la naissance du Réseau Wassila

Dans ce lieu où l'accueil est chaque fois plein de chaleur et qui nous est devenu familier, nous allons débattre d'un sujet essentiel, extrêmement complexe, mais surtout d'un sujet tabou, sujet frappé par la loi du silence.

Avec ses membres, ses personnes ressources, qu'ils activent dans des associations ou qu'ils militent en tant qu'individus, le Réseau Wassila tente de travailler en lien et de placer les victimes au centre de ses préoccupations. Dans le souci de mettre en œuvre une prise en charge globale des victimes, une équipe pluridisciplinaire s'efforce de coordonner ses actions de soutien médical, psychologique, social et juridique.

Il n'est pas dit bien sûr que toutes nos actions soient couronnées de succès, mais il s'agit pour nous d'être toujours aux côtés des victimes, à l'écoute de leur souffrance, en alerte pour reconnaître l'atteinte à leurs droits, droit à l'intégrité physique et morale, droit à la réparation, droit de dénoncer l'agresseur, droit non seulement d'exiger mais surtout d'obtenir sa condamnation.

En somme, le Réseau Wassila se donne pour mission l'aide aux victimes et la défense de leurs droits.

Parallèlement à cette activité courante, nous sommes déterminés aussi à réfléchir à notre pratique, à prendre du recul et analyser les difficultés que nous rencontrons. Nous voudrions également proposer



une nouvelle approche de l'aide aux victimes de ces violences qui agitent douloureusement et gangrènent notre société. C'est d'ailleurs la tragique réalité qui détermine, à chaque fois, le choix des thèmes des journées d'étude que nous organisons.

Il en fut ainsi lors du séminaire de juin 2002 relatif aux aspects médico-juridiques des violences. De même, une réflexion sur le travail en réseau a été proposée en février 2002, pour élaborer une action plus efficace auprès des victimes,

En octobre 2002, nous avons livré et distribué largement au public deux documents, le Livre Blanc qui est un recueil de témoignages de victimes de violence, rassemblés par le Réseau Wassila, suivi d'une analyse au plan médico-psychologique, sociologique et juridique des récits de ces victimes. Le deuxième document est l'Annuaire social, qui dresse la liste nominative des organismes et des personnes ressources, répertoriés avec leurs coordonnées, susceptibles d'aider concrètement les victimes. Ce guide est un outil de travail destiné aux intervenants sur le terrain.

A l'occasion de la Journée mondiale de la femme en mars 2003, le sujet de réflexion du Réseau a été « Violence et santé des femmes ».

C'est l'expérience vécue auprès des victimes qui a orienté à chaque fois la sélection des thèmes de réflexion de nos journées. Il en est de même pour celle d'aujourd'hui : « Les enfants victimes d'agressions sexuelles ».

Avant de définir le sujet puis de tracer les grandes lignes de la problématique, je tiens à remercier au nom du Réseau Wassila et en mon nom personnel l'Unicef, représenté par Mme Doria Cherifati, chargée au sein de cet organisme des projets « Protection de l'enfant ». Nous saluons son attention à notre égard, et son soutien à notre journée. Mme Cherifati a rendu possible l'invitation de Mme la Professeur Daligand dont nous saluons la présence parmi nous. Mme Daligand est une spécialiste reconnue dans ce qu'il est récemment convenu d'appeler la «Victimologie». Elle est professeur de médecine légale, psychiatre

des hôpitaux au CHU de Lyon, France, elle préside également depuis 1997 la Société française de victimologie. Nous la remercions d'avoir répondu spontanément à notre invitation.

Merci aussi aux intervenants médecins, psychologues, psychiatres, juristes, qui nous feront partager leur savoir. Notre gratitude va enfin au comité d'organisation de la journée, aux responsables de l'Institut National de la Magistrature ainsi qu'à toute l'assistance.

Les agressions sexuelles sont, dans tous les cas un rapport de pouvoir ; ce pouvoir s'exerce presque exclusivement sur deux catégories sociales, les enfants, filles et garçons, et les femmes; on peut également ajouter les handicapés.

Mais ce que l'on doit relever, c'est que les violences sexuelles sont perpétrées presque toujours par des hommes et que le silence des victimes et des proches, quelles que soient les raisons invoquées, protège les agresseurs. Or ce silence, en faveur de l'agresseur, est devenu inacceptable ; continuer aujourd'hui à se taire devient crime de complicité.

Pourtant, bien sûr, les agressions sexuelles sont condamnées par la morale et par la loi, mais la conspiration du silence autour de ces pratiques, ne fait-elle pas concrètement de cette condamnation un vœu pieux ?

L'ordre social, une certaine manière de penser, s'apparentent à une forme d'acceptation de ces violences sexuelles comme d'un mal inévitable, inévitable parce que les catégories touchées sont «vulnérables» et donc socialement «destinées» aux abus et discriminations.

En ce qui concerne les enfants, une éducation basée sur l'obéissance et la soumission aveugle à l'autorité de l'adulte «infaillible», ne risque-t-elle pas de restreindre l'apprentissage et la pratique de leurs droits, droit à l'intégrité physique et morale notamment ?

Déjà, dans le Livre Blanc, parmi les violences recensées, figuraient



des cas d'inceste et autres agressions sexuelles. De plus, à plusieurs reprises, dans notre pratique, nous avons été précipités au cœur de situations dramatiques, génératrices de bouleversements en cascade, individuel, familial et social, au sens large du terme parfois.

Or, il faut bien avouer que les membres du Réseau Wassila, dans leur ensemble, n'étaient pas spécialement préparés à assumer les conséquences multiformes de telles violences sur de jeunes enfants ainsi que sur leur famille.

Il est vrai que, dans notre désarroi, nous nous sommes appuyés sur des références livresques, des notions théoriques, et aussi sur l'expérience pratique de certains membres du Réseau. Nos hésitations et nos difficultés à organiser une prise en charge des victimes, coordonnée et efficace, apparaissaient d'autant plus que l'attente des victimes et de leurs proches s'avérait, à juste titre, considérable. De plus, leur demande d'aide intéressait des domaines variés et se découvrait constamment évolutive.

En effet, les besoins des victimes et de leurs familles se situent au delà du savoir et des savoir faire que des spécialistes peuvent mettre à leur disposition, même si la qualification des intervenants est une exigence première qui va de soi.

Les victimes et leurs proches, abandonnés à leur détresse et à leur solitude, guettent aussi et surtout les manifestations de solidarité; les victimes demandent à la société la reconnaissance qu'elles ont été lésées dans leur droit, la reconnaissance qu'elles sont innocentes de ce qu'elles ont subi, la reconnaissance donc de leur statut, statut de victime et non pas de coupable.

Elles ont besoin de considération et d'écoute bienveillante, elles comptent sur une aide pour surmonter leur sentiment de peur, de honte, de culpabilité; elles espèrent être accompagnées afin de renforcer leur détermination à dénoncer l'agresseur, surtout si elles subissent pressions et intimidations. Elles demandent enfin un soutien pour affronter dans la durée les affres de l'enquête judiciaire et l'épreuve du procès.

Que de courage et de force il faut pour mobiliser et, pour commencer, le courage pour oser parler et engager une action en justice, le tout dans notre contexte socioculturel tellement hostile ! C'est précisément le courage et la force des victimes et de leurs familles qui ont été notre moteur et notre guide. Ce courage méritait un hommage et l'expression d'une solidarité vécue sur le terrain, à travers des actions concrètes. La modeste expérience du "Comité de soutien" aux enfants victimes de violences sexuelles, constitué par le Réseau Wassila alerté récemment, s'est élaborée, en concertation avec les parents; ce sont leurs attentes et leurs suggestions qui ont constamment inspiré et alimenté nos initiatives.

A titre d'illustration rapide, nous pouvons citer quelques unes des activités du comité :

- Aide médicale, psychologique et juridique en mobilisant les ressources du Réseau ;
- Information des responsables administratifs dans les institutions concernées par le biais d'entretiens directs sur les lieux et d'écrits officiels ;
- Présence et représentation du Comité au tribunal, aux côtés des victimes lors des audiences.

Il faut ajouter que cette journée d'étude elle-même fait également partie de nos engagements auprès des familles, que d'ailleurs nous avons invitées à participer aux débats. En effet, consacrant la journée aux violences sexuelles contre les enfants, l'objectif est - au delà de l'évocation de la toute petite contribution du Comité de soutien du Réseau Wassila dans un drame de pédophilie (parmi d'autres):

- D'alerter les pouvoirs publics et la société civile sur ce type particulier de maltraitance des enfants ;
- De sensibiliser et d'informer l'opinion, grâce aux médias, sur des



situations où le laxisme des autorités publiques couvre la tolérance de la société, ce qui finalement conforte l'agresseur dans son "droit" de violence. Briser le silence est une obligation minimale parce que ce silence donne une caution officielle et collective au déni du droit de la victime et l'enferme inéluctablement dans le désespoir.

Notre objectif est donc aussi de parvenir à dénoncer d'une manière systématique les violences sexuelles contre les enfants, et à donner les moyens aux victimes et à leurs proches, et aux divers professionnels qui les assistent, de parler des difficultés qu'ils rencontrent. Grâce aux exposés des spécialistes et aux débats qui vont suivre, nous espérons améliorer nos connaissances sur une question très peu abordée, ainsi que nos techniques de prise en charge des enfants victimes.

Par ailleurs, appliquons-nous à trouver ensemble comment prévenir les atteintes à l'intégrité physique et morale des enfants, car notre société ne s'est pas encore donné réellement les moyens de combattre les agressions sexuelles, ni de les prévenir.

Nous souhaitons enfin que nos travaux débouchent sur l'élaboration de recommandations pour un projet concerté d'aide aux victimes, projet où l'aide aux victimes est un Droit qui figure dans la loi, projet de société où le droit à l'aide, facteur de cohésion sociale, s'inscrit dans la solidarité nationale.

### ***La protection de l'enfant : Un impératif majeur***

***Doria Merabtime***  
UNICEF

La rencontre d'aujourd'hui est importante de par le thème qu'elle aborde. La lutte contre les abus sexuels et la maltraitance est pour l'UNICEF une préoccupation importante. En 1989, la Convention des Droits de l'Enfant a fait de la protection de l'enfant un impératif majeur, considéré comme indispensable à sa survie. Pour ce faire, il est recommandé que les «États parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toutes formes de violence, d'atteintes ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux, ou de toute autre personne à qui il est confié» (1). Il s'agit là de l'affirmation du droit humain fondamental de l'enfant au respect de sa dignité, et à l'intégrité de sa personne.

#### ***Ampleur du phénomène de la violence***

Les enfants sont victimes de violence et de maltraitance aussi bien au sein de la famille, que dans les institutions chargées de leur socialisation, que dans la communauté. L'une des particularités de la maltraitance est qu'elle se produit le plus souvent en privé, et est liée dans le champ public à la criminalité et à la corruption. Dans bien des cas, elle est tolérée en privé et niée en public. Cette difficulté témoigne des résistances qui demeurent à plusieurs niveaux de la société.

L'attention portée depuis une dizaine d'années à ces phénomènes indique que :

(1) ART 19 de la Convention relative aux droits de l'enfant



- les mauvais traitements au sein des familles sont une pratique assez fréquente ;
- l'enfant est l'objet de violences sexuelles dans sa famille, dans les institutions et qu'il subit des agressions organisées, notamment dans le cadre du tourisme sexuel.

Par ailleurs, nombre de travaux ont mis en évidence les liens existant entre les expériences de la violence vécues par l'enfant, et le comportement violent ou anti-social que celui-ci pouvait développer au cours de l'enfance, et plus tard dans la vie.

### **Quelques faits et chiffres**

Plus de 2 millions d'enfants (surtout des filles, mais aussi beaucoup de garçons) sont victimes de l'industrie du sexe.

Plus de 1,2 million d'enfants sont victimes de la traite. En Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale, nombreux sont les enfants qui sont versés dans les services domestiques et qui sont menacés de violence sexuelle, ou qui peuvent se trouver dans l'obligation d'accepter un travail pénible dans une usine ou dans une ferme.

Près de 2 millions de fillettes risquent chaque année de subir une mutilation génitale.

### **Des conséquences graves**

La violence et la maltraitance peuvent avoir de graves répercussions sur l'enfant. Elles sont source de souffrance et de désespoir. La violence et la maltraitance peuvent tuer, détruire physiquement et moralement celui qui la subit. On a relevé un taux élevé de suicide chez les jeunes victimes d'agression sexuelle. Ce phénomène peut, également, transformer à l'âge adulte en «bourreau» celui qui l'a subie

### **Protéger l'enfant : un impératif**

La protection de l'enfant passe impérativement par la mise en œuvre d'un programme de prévention. Prévenir la violence, la maltraitance et autres abus, demandent la mise en place d'une législation protectrice et rigoureusement appliquée. Cette exigence nécessite toutefois le développement d'une culture de non violence, d'une culture où toute violence à l'encontre de l'enfant soit considérée comme un acte intolérable. La protection de l'enfant est l'affaire de tout un chacun mais, de façon particulière, celle des institutions et des acteurs de la Société Civile qui peuvent, à travers une concertation renforcée et une intervention permanente, favoriser la mise en place d'un environnement protecteur. La démarche est simple, elle repose sur l'idée que tous les enfants ont droit à la protection, et sur les diverses obligations et responsabilités des divers milieux, à l'exemple des pouvoirs publics, des structures de proximité, de la société civile et des particuliers.

«Ensemble construisons un monde digne des enfants»



### **Considérations médico-légales à propos des Violences sexuelles sur enfant**

**Dr Farida Miloudi**  
Médecin légiste

Devant la complexité de l'examen et la gravité des décisions consécutives aux conclusions retenues, nous essaierons par le biais de cette communication d'attirer l'attention des jeunes médecins sur certains points à observer, quand ils sont confrontés à un enfant victime d'agression sexuelle.

- 1 - Essayer d'obtenir la réquisition du commissariat de police ou de la gendarmerie
- 2 - Vérifier l'identité de la victime et rapporter ses dires en usant du conditionnel. La majorité des victimes est âgée de 12 à 16 ans.
  - Préciser le jour de l'examen
  - Nous conseillons au praticien homme de faire l'examen en présence d'un témoin appartenant au service de santé (pour des raisons de secret médical)
- 3 - L'examen clinique doit se faire avec beaucoup de calme, de respect et de rigueur. On notera :
  - L'aspect extérieur de la victime, son trouble apparent, l'état des vêtements ;
  - L'interrogatoire de la victime nous permet de recueillir un certain nombre d'éléments d'information concernant la date des faits, les circonstances de l'agression, le nombre d'agresseurs ;
  - Un examen somatique doit aider à la recherche de signes de violence ou de lutte ;
  - Toute blessure, aussi minime soit-elle, doit être notée avec soin ;

- Faire un examen de la région anale et de la région génitale à la recherche de lésions au niveau de la marge anale, du sphincter anal, de la vulve, du vagin et de l'hymen ;
- Rechercher les taches de sang et de sperme au niveau des cuisses, du ventre, de la vulve, des sous-vêtements ;
- Faire des prélèvements aussi précocement que possible ;
- Rechercher des maladies sexuellement transmissibles, avec le consentement de la victime ;
- Prévoir d'autres examens à la recherche d'un éventuel état de grossesse pour les adolescentes ;
- Conseiller une prise en charge psychologique.

La datation de la violence sexuelle est difficile à préciser par un médecin qui, en général, voit la victime plusieurs jours voire plusieurs semaines après l'agression. Il ne pourra donner qu'un avis approximatif en fonction des lésions. D'où l'importance d'un premier examen très soigneusement fait au décours immédiat de l'agression sexuelle.

Au terme de cet examen, le médecin doit rédiger avec précision un certificat médical détaillé où seront consignées ses observations et ses conclusions.

Le médecin examinateur, en tant qu'auxiliaire de la justice, est d'une grande utilité pour le magistrat dont la conviction retiendra en grande partie les conclusions médico-légales, pour pouvoir juger en connaissance de cause.

Notre expérience pratique nous permet de relever trois points qui risquent de soulever des difficultés :

- 1- Les examens sont fréquemment tardifs et ne sont donc pas en mesure de parvenir à des conclusions objectives probantes.
- 2- Les missions d'expertise sont simplifiées dans leur libellé et se limitent le plus souvent à une recherche de l'état de virginité



pour les filles.

3- Certains certificats médicaux, particulièrement lors des plaintes pour viol, sont incorrectement rédigés et ont pour conséquence de déclencher des procédures vouées à l'échec.

Tous ces écueils peuvent être évités par une prise de conscience de la responsabilité engagée lors de ces examens médico-légaux, et de la nécessité d'un contact permanent entre l'autorité judiciaire qui requiert les examens, et les médecins qui sont désignés à cet effet.

Cet échange d'informations assurera la fiabilité des recherches par la précocité de cette intervention, dont l'objectif est de parvenir à des constatations réelles, précises et actuelles.

### **Réflexions à propos des Agressions sexuelles sur enfant**

**Drs K. Messahli , M.Meguetaoui**  
Service de Médecine Légale  
CHU de Blida

L'abus sexuel ou maltraitance sexuelle est constitué lorsqu'une pratique sexuelle, quelle qu'elle soit, est imposée à l'enfant. Ces pratiques englobent tous les contacts physiques à connotation sexuelle : attouchement, pénétration orogénitale, pénétration anale et génitale.

Les abus sexuels sur l'enfant constituent une dure réalité de notre société. Comment y faire face ?

L'objectif de cette communication est d'abord une appréciation de la situation actuelle, à travers une étude rétrospective portant sur l'année 2002, puis nous tenterons de discuter de la prise en charge de l'enfant victime et de la prévention de ce fléau social.

#### **Matériel et méthode**

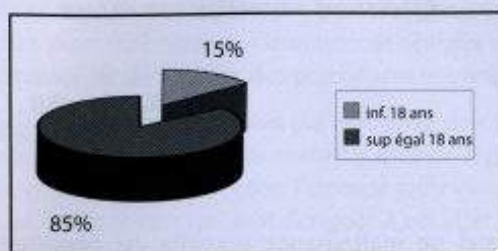
Nous avons procédé à la sélection des abus sexuels sur enfants mineurs âgé de moins de 18 ans et examinés au cours de l'année 2002 au service de Médecine légale du CHU de Blida.

L'étude a porté sur la distribution selon :

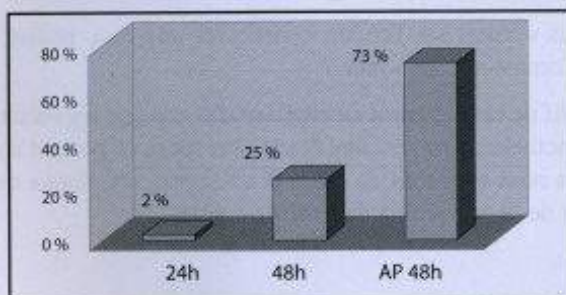
- l'âge
- le sexe
- le lieu de survenue de l'agression
- l'intervalle agression/examen médical
- le type de lésions constatées



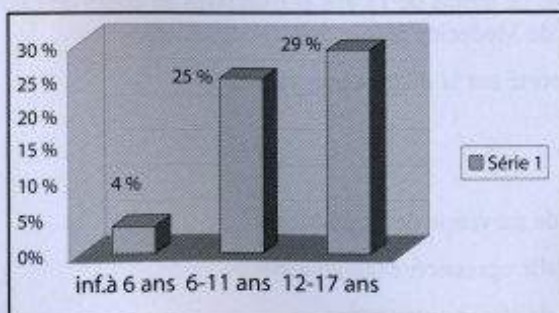
Abus sexuels année 2002



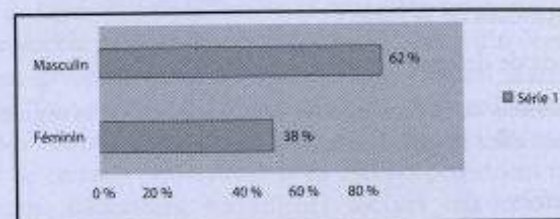
Intervalle de temps entre l'agression et l'examen médical



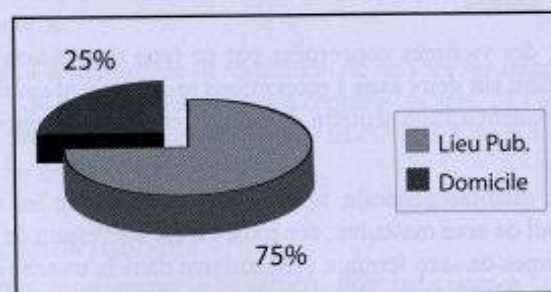
Distribution selon l'âge



Distribution selon le sexe



Distribution selon le lieu de l'agression



Type de lésions constatées

Sexe masculin :

- lésions anales diverses : 50% : ulcérations, ecchymoses de la marge anale, fissures anales etc...

- pas de lésions apparentes

Sexe féminin :

- lésions génitales : déchirures hyménales récentes ou anciennes, saignements, ecchymoses etc...

12ans - 17 ans ++++

Moins de 12 ans : lésions rares



**Lésions associées : blessures diverses**

- ecchymoses de la face
- lésions de défense
- contusions de la face interne des cuisses ou de la région fessière surtout chez le grand enfant ou l'adolescent

**Commentaires**

Ces constatations suscitent les commentaires suivants :

- La proportion importante des mineurs agressés sexuellement, par rapport aux adultes.

- L'âge des victimes concernées par ce type d'agression se situe essentiellement sur deux axes à proportions sensiblement similaires, et qui correspondent à l'âge scolaire d'une part, et à l'adolescence d'autre part.

- D'une manière générale, notre étude a révélé que les victimes étaient surtout de sexe masculin ; cependant il est intéressant de signaler que les victimes de sexe féminin prédominent dans la tranche d'âge de l'adolescence (12-17 ans)

- Enfin, les agresseurs sont le plus souvent des adultes inconnus des victimes, ou font partie du proche voisinage des victimes.

**Prise en charge de l'enfant victime**

La révélation des faits aux tiers (famille proche mais également aux enseignants, éducateurs etc.): c'est une phase cruciale, point de départ de toute la procédure ultérieure. L'enfant ne verbalise cependant pas toujours l'abus dont il a été victime, du moins pas toujours immédiatement. Il arrive souvent que les faits soient portés à la connaissance de tiers ou soient découverts tardivement, ce qui contribue dans une certaine mesure à compliquer les investigations ultérieures.

Révéler l'abus sexuel n'est pas toujours évident pour un enfant : il y a la peur de la réaction de la famille, la peur d'être soi-même culpabilisé, d'être incompris, la peur de dénoncer l'adulte, et enfin l'émoi intense face à un comportement de l'adulte que l'enfant n'arrive pas à expliquer. Tout un faisceau d'arguments qui fait que l'agression peut passer facilement inaperçue. Et à cet effet, nous signalerons le rôle essentiel de certains professionnels au contact permanent des enfants (enseignants, éducateurs, travailleurs sociaux, médecins), dans le dépistage d'abus sexuels non verbalisés, à travers l'observation d'un changement d'attitude, de comportement, des signes particuliers qui amèneront le professionnel averti à suspecter, puis rechercher un abus sexuel refoulé.

De plus, l'abstention de dénonciation de sévices sur mineurs, par les praticiens de la santé, demeure inacceptable au sens de l'article 54 du code de déontologie médicale et de l'article 203/3 de la Loi Sanitaire PPS du 31-7-90.

**Le signalement judiciaire**

Il a pour conséquence une information judiciaire à l'encontre du présumé abuseur et, obligatoirement, l'audition de l'enfant abusé. C'est une étape pénible puisqu'elle entraîne une reviviscence de l'acte agressif et nous ne saurions insister à cet effet sur la nécessité d'un accompagnement psycho-affectif, durant toute la procédure judiciaire, par un pédopsychiatre ou un psychologue.

**L'examen clinique**

Le premier examen médical de l'enfant qui déclare avoir été victime d'abus sexuels revêt une grande importance. L'enfant doit être en confiance, il ne doit pas vivre ce bilan comme un second traumatisme.



Le compte-rendu de l'examen médical, au contenu précis et circonstancié, constitue certes une pièce essentielle sous réserve d'un examen immédiat. Mais nous l'avons vu dans notre étude, les victimes sont trop souvent vues tardivement, rendant toute constatation impossible.

Cet examen est extrêmement délicat dans ce cas, outre la recherche de signes physiques de violences sexuelle et somatique, l'examen doit rechercher d'autre part une grossesse chez l'adolescente, ou éliminer une maladie sexuellement transmissible.

On ne saurait insister suffisamment sur l'accompagnement psychothérapique qui doit être entrepris le plus précocement possible et prolongé le temps nécessaire.

La violence est également vécue par la famille (parents) de la victime, trop souvent oubliée, et qui doit assumer une situation toujours pénible et douloureuse. Elle devra par conséquent bénéficier d'un soutien psychothérapique.

### **Prévention**

L'information et la médiatisation sur la maltraitance sexuelle apparaissent essentielles pour lutter contre le fléau que représente ce grave problème de société. Il convient de favoriser notamment la révélation des faits qui actuellement reste encore trop souvent sous la loi du silence.

Par ailleurs, la formation des professionnels de la santé (médecins scolaires particulièrement) est indispensable dans le sens d'une amélioration du dépistage précoce des abus sexuels, et d'une meilleure connaissance des outils thérapeutiques.

Il est également nécessaire de prévoir rapidement une thérapie pour les agresseurs et cela dès leur incarcération même, thérapie dont l'objectif est d'obtenir une réorganisation et une restructuration de leur

personnalité, en vue d'inhiber ces pulsions sexuelles aberrantes, ceci bien évidemment dans l'optique d'une démarche préventive d'éventuelles récidives après la période de détention.

### **Conclusion**

Si les articles 334 et suivants du code pénal prévoient un schéma répressif particulièrement accablant lorsque la victime du viol ou de l'attentat à la pudeur se trouve être un mineur, il n'en demeure pas moins que la pédophilie est un phénomène réel et actuel de notre société, phénomène sournois et insidieux, encore sous la loi du silence et du tabou, phénomène suffisamment inquiétant pour susciter une démarche active et objective de la part de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre ce fléau.



## *L'agression sexuelle*

### *De la loi du silence au silence de la Loi*

**Mme Nabila Sahkri**

Professeur à l'Institut National  
De la Magistrature

Les historiens travaillant sur les archives de la justice ont constaté depuis bien longtemps ce qui a changé et ce qui n'a pas changé dans l'évolution du phénomène de l'agression sexuelle.

Le concept de l'agression sexuelle est un concept récent et est encore absent de nos dictionnaires. Ce qui est employé est le terme d' «abus sexuel». Mais ce dernier définit-il exactement les faits ?

La définition de l'abus d'après le dictionnaire (Larousse) est l'usage excessif d'un **droit** ou d'un pouvoir. Mais où est le droit en matière d'agression sexuelle et où se situe l'abus ou «l'usage excessif»?

**1<sup>re</sup> étape** Le premier constat est que l'agression sexuelle est le résultat ou l'effet des **proches de la victime**.

1. La protection des proches a imposé la loi du silence
2. Egalement la loi du silence pour «contrecarrer» l' «enfant pervers» terme trop souvent usité dans le vocabulaire des professionnels, alors qu'on doit parler plutôt de «l'enfant martyr»

**2<sup>e</sup> étape** On aboutit au :

- Silence de la loi et de la justice : la pédophilie n'existe pas dans la loi de nombreux pays.
- Comment donc qualifier les **faits** pour constituer un **délit** ?
- On y retrouve aussi

le silence de la victime

le silence des parents de la victime

les difficultés de dénoncer

**3<sup>e</sup> étape** : La personne qui a commis l'agression :

- elle est en contact direct ou indirect avec la victime
- elle la connaît bien : c'est un parent, voisin, enseignant
- elle a souvent autorité sur l'enfant : patron, directeur d'école, imam...

**4<sup>e</sup> étape** : constat :

- La plupart des cas se traitent à " l'amiable " et ne sont connues que les affaires où les personnes concernées déposent plainte.
- La parole de l'enfant victime n'a aucun poids devant la parole de l'adulte, et généralement, l'enfant se rétracte devant la pression des parents, parfois pression de la mère quand l'agresseur est le père, quand elle veut «préserver» le foyer au détriment de l'enfant agressé.
- Le mythe de l' " enfant pervers " n'a pas évolué d'un pouce, l'enfant victime est toujours celui qui a provoqué l'adulte, ce qui explique les faits. " La fille agressée est toujours coupable ".

Le Code pénal prévoit un certain nombre d'articles :

- art. 333 : outrage public à la pudeur
- art. 333 bis : fabrication, affichage d'objet contraire à la décence
- art. 334 al 1 : attentat à la pudeur sans violence sur mineur de 16 ans
- 334 al 2 : aggravation de la peine pour agression d'un ascendant sur mineur même de plus de 16 ans mais non émancipé par le mariage
- art. 335 : attentat avec violences
- art. 336 : viol
- art. 337 : idem
- art. 337 bis : inceste : en cas d'inceste, la peine infligée à la personne majeure sera obligatoirement supérieure à celle infligée à la personne mineure.

Nous poserons un certain nombre de questions :

Pourquoi punir dans le cas d'inceste la personne mineure surtout que l'âge n'est pas déterminé ?

Existe-t-il dans le code pénal algérien les délits de pédophilie, d'agressions sexuelles ? Non



- Comment les victimes sont-elles prises en charge ?  
Comment peut-on faire face à la **détresse de l'enfant agressé** ?  
L'enfant victime d'agression a-t-il été écouté ?  
Que veut-il ?  
Que ne veut-il pas ?

D'abord l'enfant veut qu'on le croie

- Il ne veut pas être soupçonné de fabulation et de mensonge
- Il ne veut pas que l'agresseur soit emprisonné, cela lui importe peu
- Il veut que le coupable assume sa responsabilité
- Il ne veut pas que d'autres enfants subissent le même sort que lui par la faute de cet adulte

L'enfant nous interpelle sur deux points :

- sur le suivi et le traitement des agresseurs sexuels
- est-ce que les délits relèvent de la pathologie psychiatrique ? Les traitements s'avèrent-ils efficaces ?
- Faut-il obliger les délinquants à se soigner ou faut-il avoir le consentement de ces délinquants qui transgressent gravement l'intégrité de leur victime ?
- Cette violence ne justifie-t-elle pas une violence réciproque envers l'auteur du délit ?
- Quatre acteurs : victime, justice, thérapeute, délinquant. Entre eux s'établira une relation de négociation qui offrira quelque chance d'être positive.

## **La prise en charge des enfants Victimes d'agressions sexuelles**

**Pr Liliane Daligand**

Professeur de Médecine légale, Psychiatre  
Présidente de la Société française de Victimologie

Les agressions sexuelles se divisent en **viol** (tout acte de pénétration sexuelle) de quelle que nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise et **autres agressions sexuelles** (atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise, sans acte de pénétration).

Les atteintes sexuelles (infractions commises sans violence, contrainte, menace ou surprise) se divisent en atteintes sexuelles sur mineurs de moins de 15 ans et en atteintes sexuelles sur mineurs de plus de 15 ans, ces dernières n'étant punissables que si elles sont commises par un ascendant légitime naturel ou adoptif, ou par une personne ayant autorité (par exemple le concubin de la mère), ou par une personne abusant de l'autorité que lui confèrent ses fonctions (par exemple un éducateur ou enseignant).

D'autres articles du code pénal concernent d'autres types d'abus sexuels «la corruption de mineurs» appelée autrefois «excitation de mineurs à la débauche» (projection de cassette vidéo à caractère pornographique) et d'«exploitation à caractère pornographique de l'image de l'enfant».

Des études épidémiologiques concluent que la moitié des abus sexuels ont lieu avant l'âge de 12 ans (l'enfant le «plus à risque» a entre 9 et 12 ans), que le quart survient avant l'âge de 8 ans. Les enfants conduits à l'hôpital pour abus sexuels ont moins de 6 ans dans 33% des cas. Des bébés de quelques semaines ou quelques mois peuvent être victimes. Les filles sont le plus souvent victimes mais les garçons ne sont pas épargnés.

Les auteurs des abus sont majoritairement des proches, des membres du groupe familial. Dans deux tiers à trois quarts des cas, la victime



connaît son agresseur. Les abus, le plus souvent répétés au fil des mois ou des ans, sont exceptionnellement uniques dans la vie de l'enfant. Les jeunes fabulent rarement dans ce domaine. Seuls 2 à 3 % des enfants entendus pour suspicion d'abus sexuels ne sont pas dans l'exactitude des faits.

L'expérience clinique, basée sur les consultations d'enfants victimes, rencontrés au Centre Hospitalier Lyon Sud, m'a appris que l'enfant choisit rarement un médecin comme confident pour dévoiler son secret. Le chemin est parfois long pour arriver à une structure médicale spécialisée. La prise en charge de l'enfant, à son arrivée par un spécialiste (psychiatre et médecin légiste), permet de recueillir les premières révélations, d'établir le premier diagnostic, de faire pratiquer les examens médicaux d'urgence afin d'éviter toute déperdition de preuves, de rédiger un certificat, de faire un signalement judiciaire au Procureur et/ou administratif aux services du Conseil Général. Le travail en partenariat est indispensable, particulièrement avec la justice : officiers de police judiciaire, procureurs des mineurs, et avocats, car tout enfant victime nécessite que justice lui soit rendue.

### *L'examen somatique*

Lorsque l'abus sexuel unique remonte à moins de 72h ou lorsque le dernier épisode d'un abus chronique date de moins de 72h : il s'agit d'une urgence à traiter en priorité. L'examen peut permettre de déceler des lésions récentes, subtiles ou graves, et de faire des prélèvements à la recherche de spermatozoïdes.

Lorsque l'abus sexuel remonte à une période de 3 à 15 jours, l'examen doit se faire dans un délai raisonnable, mais l'urgence n'est plus la même, les prélèvements médicaux légaux à la recherche de spermatozoïdes ne sont plus utiles. On peut encore retrouver des ecchymoses ou déchirures récentes, des symptômes particuliers : saignement, perte vaginale ou vulvaire, incontinence anale, constipation, brûlure urinaire etc.

Lorsque l'abus date de plus de 16 jours, l'examen est à réaliser avec un médecin expérimenté dans un contexte favorable, afin de tenter de

retrouver les signes ou symptômes significatifs d'abus.

L'examen réalisé après entretien avec l'enfant, ce qui permet d'obtenir son consentement, sera facilité par l'état de relaxation corporelle. Comme pour toute victime, l'examen clinique doit être complet. Il permet de chercher des lésions traumatiques ailleurs que sur la région génito-anale : ecchymoses ou plaies du cou, du thorax, du ventre, et des corps étrangers : cheveux, poils, sperme sur le corps. Il permet de relever la présence de signes d'abus sexuels ailleurs qu'au niveau des organes génitaux ou de l'anus. Lors de contacts oro-génitaux on peut retrouver des pétéchies du palais, des ecchymoses ou déchirure du frein lingual.

Chez l'enfant pré-pubère, cet examen médico-légal est le plus souvent réduit à l'observation externe de la région génito-anale, sans recourir à l'utilisation du spéculum ou de la sonde à ballonnet.

La majorité des cas ne nécessite aucun prélèvement en raison des particularités des actes sexuels auxquels ces jeunes victimes ont été soumises : attouchements, tentative de pénétration, coït vulvaire, ou du délai de plus de 72 heures entre l'abus et l'examen. L'entretien, l'histoire, les dires et les symptômes de l'enfant, sont plus importants et plus révélateurs, surtout dans les situations d'abus chronique et d'inceste.

Dans 50 % des cas environ, l'examen physique est entièrement négatif, soit parce que le type d'abus perpétré ne laisse pas de trace (fellation, masturbation par exemple), soit parce que la réalisation de l'abus a été très lente et progressive, permettant même des pénétrations digitales sans lésion traumatique. Il est donc impossible de conclure à l'absence d'abus lorsque l'examen ne révèle aucune lésion, aucune trace.

Dans 40 % des cas, l'examen permet de noter des signes évocateurs d'abus : érythème, abrasion, dilatation de l'orifice hyménéal, MST.

Des lésions très significatives sont retrouvées dans moins de 10% des examens : déchirure hyménéale, lésions de la fourchette postérieure et du raphé médian, fissure ou déchirure anale, présence de spermatozoïdes.



### **L'entretien**

Lors de l'échange durant l'entretien, l'enfant peut dire ses craintes de l'examen d'une zone meurtrie de sa chair, source de malaise, et son espoir de l'authentification de sa parole révélatrice. L'entretien ne doit pas être suggestif et être le moins directif possible afin de ne pas induire les réponses, surtout chez un très jeune enfant. Il doit laisser l'enfant parler librement de son histoire et des faits dont il a été victime. Ce sont les mots mêmes de l'enfant qui doivent être retranscrits dans le dossier, ou éventuellement, sur le certificat qui sera rédigé à l'issue de l'examen. Pour certains enfants qui ont des difficultés à s'exprimer ou à nommer les zones corporelles atteintes, il est possible de s'aider de poupées, de représentations anatomiques du corps ou de dessins réalisés par l'enfant.

L'entretien permet souvent de repérer les marques du trauma : la peur paralysante où surgit le spectre de la mort qui a envahi l'enfant, la honte souvent massive. Cette honte est parfois à l'origine d'une minimisation de la gravité de l'agression, ou du déplacement des lieux agressés dans la géographie corporelle. La culpabilité est constamment retrouvée. L'enfant sent obscurément qu'il a participé malgré lui à l'agression, ou qu'il n'a pas été capable d'y résister. Le plaisir est rarement évoqué lors des premiers entretiens mais, pour certains enfants, le plaisir et son refus sont parfois source d'une douleur fichée au sein de la chair ou objet d'une attraction-répulsion obsédante. La possession diabolique se retrouve parfois dans les terreurs diurnes ou nocturnes : l'enfant possédé, envoûté, ensorcelé, fait alors référence au magique, au sort qui lui a été jeté.

Les symptômes corporels réactionnels aux abus sexuels peuvent être absents ou au contraire variés et multiples : maux de tête, de ventre, démangeaisons, prurit génital, apathie, agitation, insomnie ou hypersomnie, cauchemars, énurésie, encoprésie, anorexie ou boulimie avec obésité parfois monstrueuse. L'agressivité est fréquente. Les conduites d'exhibition tout particulièrement de la zone génitale chez les petits s'accompagnent parfois d'actes violents sur les zones génitales des camarades ou de soi-même. Les tentatives de suicide, les fugues hors du milieu familial,

constituent souvent les gestes qui initient la révélation. Les résultats scolaires, marqués parfois par les conséquences de l'abus, chutent de façon spectaculaire dès les premières agressions, ou, à l'inverse, l'école devient un lieu refuge et les bons résultats scolaires un idéal. Les efforts de l'étude permettent d'évacuer toute autre pensée.

### **L'intervention thérapeutique prend double voie**

La première est le recours au montage judiciaire. La deuxième est le recours au montage relationnel langagier. L'institution judiciaire va affirmer que tout être a droit à sa place, et droit ainsi à la parole. L'agresseur qui n'a pas, de lui-même, répondu à la loi, va y être soumis, par acte de l'autorité judiciaire. Il est ainsi sanctionné, c'est à dire coupé de sa victime, soumis à la loi, marqué par la faute et orienté vers la pénitence. L'enfant se voit ainsi reconnu, comme son agresseur, sujet de la loi, la même pour tous et chacun, mis de droit dans sa place généalogique et sa place d'être de langage et de parole.

Les montages psychothérapeutiques interviennent dans une action concertée. L'écueil serait alors de ne faire appel qu'à des institutions dites d'assistance. Le soin ne consiste pas à sanctifier la souffrance. Panser les blessures de l'enfant victime, c'est lui faciliter l'ouverture au langage auquel il pourra se confier. Dès que l'enfant peut se projeter en dessin sur la surface blanche d'une feuille de papier, ou former dans la pâte à modeler un objet par ses mains, il propose au thérapeute un lieu relationnel où peut surgir du sens entre lui et l'autre. Par la mise en forme de l'objet inter-subjectif, il sort ainsi de lui-même, il existe (ex-sistere : sortir de). Le travail thérapeutique, c'est la sollicitation faite à la victime de persister dans son humanité ; c'est l'appel à ce qui parle en elle. Ce n'est pas une pression pour raconter une nouvelle fois l'affaire, ce qui serait une réactivation du trauma, non seulement parce que ce dire réactiverait le retour des émotions etc, mais surtout parce que ça réduirait la parole à rien, à un discours vide. Décrire ce qui ne parle pas, c'est parler pour ne rien dire.

La réponse thérapeutique, même dans l'urgence, est appel sans relâche. Elle ne se désespère pas et se fait dans la patience. Seule la patience



recrée la dimension relationnelle du temps et de l'espace. Elle ouvre au temps du désir et à l'espace du déroulement de la parole entre les êtres. Elle est présence, antidote de la violence.

*La thérapie n'est pas une «dédramatisation».* Le drame, qui soumet le rapport vie/mort à la néantisation de la jouissance, a droit au respect puisqu'il manifeste le conflit fondamental auquel est confronté l'homme. Mais ce jeu dramatique doit recevoir l'interprétation qui lui donne sens dans l'histoire du sujet.

*La thérapie n'est pas une «déculpabilisation».* Toute victime est dans la faute. Aspirée par la jouissance au cours de l'agression, la victime a été entraînée dans ce qui constitue la faute fondamentale : le refus de la parole de vie. L'écoute de la culpabilité devient ouverture sur ce qui a fait refus en un moment, et inaugure l'entrée dans un travail personnel.

*Entrer en thérapie, c'est mettre la loi en acte.* C'est sceller l'appel comme réponse à la demande de la loi. C'est dire à la victime : «Je te demande de vivre, de ne pas confondre ta vie avec celle de ton agresseur dans le retour répété et confusionnel de la remémoration de l'agression». La thérapie est un retour au monde des hommes dans et par les mots.

## *Violences sexuelles contre les enfants et Secret médical*

*Prs. M. Bessaha - Y. Mehdi*

Service de Médecine Légale  
CHU Mustapha Alger

*Le secret : les limites du silence  
Le signalement : les limites du secret*

### *A - Définition*

Le secret médical fait partie des traditions les plus anciennes et les plus universelles. Le secret est une condition nécessaire de la confiance des malades envers le médecin. A cet effet, le secret médical est une obligation destinée à sauvegarder la santé et la dignité des personnes qui peuvent se confier à un médecin, sans que leur maladie ou leurs problèmes soient dévoilés à un tiers.

### *B - Bases juridiques*

#### *1 - Code de déontologie médicale*

Dans le chapitre «II» portant sur les règles de déontologie des médecins, le paragraphe «2» est consacré au secret professionnel : art. 36 à 41.

**Art. 36 :** Le secret professionnel, institué dans l'intérêt du malade et de la collectivité, s'impose à tout médecin et chirurgien-dentiste sauf lorsque la loi en dispose autrement.

**2- Loi portant protection et promotion de la santé (LPPS)** c'est à dire la loi sanitaire.

La loi sanitaire publiée en 1985, consacre le secret médical dans son article 206. Elle est modifiée et complétée en 1990 et consacre un certain nombre d'articles (art 206/1.....206/5.) dont l'article 206/3 qui a retenu notre attention car concernant l'enfance maltraitée .



**Art 206/3 :** Les praticiens doivent dénoncer les sévices sur enfants mineurs et personnes privées de liberté dont ils ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession.

### 3 - Code pénal

**Art. 301.** Le code pénal prévoit que «les médecins dépositaires des secrets qu'on leur confie, qui hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, ont révélé ces secrets, sont punis d'un emprisonnement d'un à six mois et d'une amende de 500 à 5.000DA.»

### C - Dérogations au secret médical

#### Dérogations absolues :

Ce sont les cas où la révélation s'impose en raison de l'injonction de la loi et nous citerons les cas suivants :

- déclaration de naissance .
- déclaration de décès.
- maladies contagieuses.
- accidents de travail.
- maladies professionnelles.
- cas de l'art 181.

#### Dérogation relative :

Cas d'avortement : dans ce cas, selon le code pénal dans l'alinéa 2 de l'art.301, le médecin est libre de dénoncer ou pas les avortements dont il a eu connaissance.

### D - Cas particuliers

- Le médecin-requis ou expert

Le médecin requis ou expert auprès de la justice n'est pas lié par le secret professionnel à l'égard du juge pour ce qui concerne l'objet précis de sa mission.

- Le médecin témoin

Le médecin requis pour témoigner devant la justice, ne doit pas révéler les faits concernés par le secret professionnel, sauf si le malade l'y autorise.

- Vis à vis des confrères

Il n'y a pas de secret entre confrères sauf si le patient s'y oppose.

- Sécurité sociale : vis à vis de la Sécurité sociale, on parle de la notion de «secret partagé» entre le médecin traitant et le médecin contrôleur de la Sécurité sociale.

- Mariage (certificat pré-nuptial)

Le médecin traitant du futur conjoint ne doit parler qu'à l'intéressé lui-même, le mettant devant ses responsabilités ; libre à lui de divulguer ou pas les résultats des analyses à son futur conjoint.

- Dossiers médicaux

Ils sont à la disposition exclusive des médecins qui participent aux soins. Aucune autre personne étrangère au service ne peut être autorisée à les consulter.

### E - Enfance maltraitée

Il faut distinguer les différentes dénominations attribuées aux sévices envers les enfants :

- *syndrome de l'enfant maltraité :*

- Sévices corporels.
- Négligences physiques.
- Exploitation physique des enfants par le travail.
- Sévices sexuels.
- Exploitation de l'image du corps de l'enfant (pornographie et défilés de mode).
- Sévices psychologiques.



- «Battered Child Syndrom»: child abuse .

Ce terme anglo-saxon englobe l'ensemble des sévices notamment sexuels.

### **F - Le Signalement**

Le signalement est le mécanisme qui permet aux services compétents (assistance sociale, police, justice) d'être informés pour réagir et intervenir à chaque fois que le problème de violences contre un enfant est soulevé.

Le signalement des violences sexuelles commises sur les enfants ne saurait être différent du signalement de l'ensemble des autres violences exercées à l'encontre des enfants.

#### **1 - Dispositions légales**

- en Algérie :

Pas d'obligation pénale de signalement.

- LPPS (1990) Art. 206/3 :

«Les praticiens doivent dénoncer les sévices sur enfants mineurs et personnes privées de liberté dont ils ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession».

- Code de déontologie médicale Art 54 :

«Quand le médecin...appelé auprès d'un mineur ou d'une personne handicapée, constate qu'ils sont victimes de sévices, de traitements inhumains, de privation, il doit en informer les autorités compétentes».

#### **2 - Qui fait le signalement**

Le signalement peut être fait pas plusieurs personnes :

- Par l'enfant lui-même.
- Le père, la mère ou un parent de la famille.
- Un enseignant, une éducatrice d'enfant ou tout autre personne assurant la garde ou l'éducation de l'enfant.

- Tout médecin ayant à examiner l'enfant.
- Toute personne, notamment les voisins de la famille ayant eu connaissance d'un enfant victime de sévices.

#### **3 - A qui adresser le signalement**

- D'abord donner les soins appropriés.
- Etablir le bilan des lésions dans un certificat descriptif.
- Etablir un certificat médico-légal indiquant l'ITT.

#### **4 - Le signalement et ses problèmes**

- Méconnaissance et ignorance du problème des enfants maltraités.
- Problème de diagnostic et donc de dépistage au sein des familles.
- La famille est une barrière par le déni.
- L'indifférence sociale.
- Refus de se mêler d'une affaire privée.
- Scepticisme quant aux suites données aux dénonciations.
- Le secret médical et le sentiment de trahir la confiance d'une famille qui sollicite son médecin.

#### **Ce que prévoit l'avant-projet de loi sanitaire**

##### **Art. 12 :**

La prévention de la violence sous toutes ses formes et la culture de la paix sont une priorité de santé publique à la charge de l'Etat. Des programmes spécifiques de prévention, de lutte et de réadaptation sont mis en place, afin de permettre aux victimes de recouvrer un équilibre physique et mental.

L'Etat prend les mesures législatives, réglementaires, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'ensemble des populations vulnérables.

##### **Art. 13 :**

L'Etat prend toutes les mesures législatives, réglementaires, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant et l'adolescent contre toute forme de violence, y compris la violence sexuelle, ainsi que des atteintes ou des brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de



négligence, de mauvais traitements ou toutes formes d'exploitation.

.....

*Art. 14 :*

La violence sexuelle à l'encontre des enfants et des adolescents est une grave violation de leur intégrité physique et psychologique. Les violences sexuelles comprennent notamment, le viol, l'inceste et toute forme d'exploitation sexuelle.

*Art. 16 :*

Les professionnels de la santé sont tenus d'informer les services concernés des violences, dont ils ont eu connaissance dans leurs pratiques professionnelles, et subies notamment par les enfants et adolescents mineurs, les incapables et les personnes privées de liberté.

*Art. 17 :*

L'Etat met en place des structures de réhabilitation et de prise en charge psychologique des victimes de violences et des personnes en situation de détresse psychologique.

### ***Croire sans douter***

***Latéfa Belarouci***

Psychologue clinicienne  
Secteur Sanitaire Sidi M'Hamed Alger

Ce que nous souhaitons aborder aujourd'hui n'est pas tant le problème des agressions sexuelles subies par les enfants que le déni de la parole de l'enfant victime de ces agressions. Cet aspect sera abordé à travers une illustration clinique.

Mounir est un petit garçon âgé de 7 ans lorsqu'il arrive à la consultation, sur orientation d'une collègue et suite à la demande de la mère. L'enfant consulte pour difficultés scolaires, troubles de l'attention et bégaiement. La mère signale d'emblée que Mounir subit depuis l'âge de 4 ans des agressions sexuelles de la part de son propre père. Dès la première agression, la mère entreprend des démarches afin de protéger son enfant : consultation médicale avec établissement de certificat médical, dépôt de plainte auprès du commissariat. Son objectif était d'obtenir l'annulation du droit de visite. En effet, les parents de Mounir sont divorcés après 5 mois de mariage. C'est le père lui-même qui en a fait la demande, après avoir avoué à son épouse qu'il ne s'était marié que sur pression de sa famille, et que lui-même avait des tendances homosexuelles. Elle-même a subi plusieurs coïts anaux de la part de son mari. Le résultat escompté était l'annulation ou du moins la suspension du droit de visite en attendant le jugement du père. Toutefois, la réalité fut autre. Aussi, et au regard de la lenteur de la justice et toujours dans le but de protéger son enfant, la mère décide d'interdire au père de venir prendre son fils les week end. Le père réagit en saisissant la justice et la mère est condamnée à 11 mois de prison avec sursis «pour refus du droit de visite».

Que dire face à une telle situation ? Tout simplement que Mounir, outre l'agression sexuelle, a subi d'autres violences :



- Violence des textes de loi qui instruisent une affaire d'inceste, qui passe pour l'interdit le plus absolu, en la qualifiant «d'attentat à la pudeur sur mineur de moins de seize ans».

- Violence de l'incompétence de la justice en matière de protection de l'enfance car, tout de suite après le 1er dépôt de plainte, aucune action n'a été entreprise afin de soustraire l'enfant à son père qui a continué à le prendre chaque week end durant lequel il continuait à sévir sur Mounir.

- Violence de la justice envers la mère qui, voulant protéger son enfant, se retrouve, elle, condamnée.

- Violence de l'incompétence de ses avocats qui n'ont pas introduit une suspension du droit de visite, en attendant le verdict de la justice.

- Violence du système judiciaire à travers la lenteur dans le traitement des affaires liées aux agressions sexuelles.

- Violence morale du père qui, fort de la condamnation de la mère, menaçait son fils de la faire mettre en prison s'il refusait de se soumettre à ses agissements, ou s'il en parlait à quelqu'un.

- Violence du représentant de la justice, en occurrence le juge, qui n'a cessé de maltraiter la mère, allant jusqu'à lui reprocher de ne pas s'être remariée comme l'a fait son ex-mari, de ne pas avoir su qu'il était pédophile, sans oublier le fait qu'elle manipule son fils afin de se venger de son mari.

- Violence de la justice qui a acquitté le père, faute de preuves concrètes.

Il est vrai que la justice, pour pouvoir condamner, se base essentiellement sur les aveux, les témoins ou les preuves. En matière d'aveu, il est notoire que les agresseurs sexuels avouent rarement avoir commis ce

genre d'acte. Pour ce qui est des témoins, il va sans dire que toutes les précautions sont prises par ces agresseurs afin que personne ne puisse les voir. Quant aux preuves, mises à part celles qui sont éclatantes, elles sont rarement prises en compte, sauf les certificats médicaux, nécessaires dans ces situations. En ce qui concerne Mounir, les certificats établis le sont comme suit :

- Certificat établi en octobre 2000 : «L'enfant **aurait** fait l'objet de pénétration anale avec les doigts, et de fellation avec éjaculation dans la bouche de façon répétée. L'examen de la marge anale ne retrouve aucune lésion. Le sphincter anal est tonique et intègre. L'examen somatique est sans particularité, cependant existence de bégaiement».

- Certificat établi en mars 2002 : «L'enfant **aurait** été victime de violence sexuelle, pénétration sexuelle avec éjaculation. L'enfant se plaint de douleurs abdominales. L'examen des testicules sans particularités. L'examen de la marge anale ne retrouve pas de lésions et le sphincter anale est tonique».

Nous constatons que les certificats médicaux :

- sont rédigés au conditionnel
- ne font pas état de l'état de choc dans lequel se trouvait l'enfant au moment de l'examen

Par ailleurs, les attouchements sexuels, les fellations ne sont pas prises en compte car ils ne laissent pas de traces, donc pas de preuves matérielles qui seules intéressent le juge. Par contre, les sous-vêtements souillés de l'enfant et que la mère garde précieusement, n'ont pas fait l'objet d'analyse. Il en est de même pour les signes du traumatisme psychique décrit par les psychologues qui ont vu l'enfant juste après l'agression, et qui en ont remis un compte rendu, ainsi que les observations du psychologue qui assurait la prise en charge de l'enfant. Or sur le plan psychologique l'enfant présentait :

- une importante instabilité psychomotrice ;



- des troubles du sommeil avec sanglots ;
- bégaiement ;
- difficultés scolaires ;
- troubles de l'attention et de la concentration.

Sur le plan clinique et à travers ses jeux, Mounir reproduit des scènes sexuelles par la manipulation des personnages adultes de sexe opposé. Apparaissent également de nombreuses scènes de violence et de destruction tels que des tours détruites, des collisions entre les véhicules, le crocodile qui mord, des batailles entre les personnages. La représentation du traumatisme apparaît ainsi clairement dans les jeux, les dessins ; cette expression prend ici toute sa valeur diagnostique. La répétition de ces scènes traumatiques est un argument qui confirme la diagnostic, toutefois elle ne peut constituer une preuve, terme réservé à la justice.

Par ailleurs et le jour de l'audience, ce qui importait le plus au le juge étaient :

- les dates et les lieux exacts où les faits se sont produits ;
- le nombre de fois où l'agression s'était produite ;
- le sens des propos tenus par l'enfant «il m'a fait des choses mal élevées (ibe)» ;
- la crédibilité de la parole de l'enfant vu son âge avec probabilité de mensonge ou de manipulation ;
- manipulation certaine de la mère.

A notre avis, et au regard de ce qui vient d'être souligné, le problème fondamental qui se pose à ce niveau, c'est la crédibilité accordée à la parole de l'enfant. En fait et au delà de cette crédibilité, c'est le déni de la parole des enfants victimes d'agression sexuelle. Cette attitude peut paraître paradoxale car tout le monde s'accorde à dire que la vérité sort de la bouche des enfants, sauf bien entendu, lorsqu'il s'agit de remettre en cause la crédibilité et l'intégrité morale des adultes. Là, tout le monde s'accorde pour dire que l'enfant «ne sait pas ce qu'il dit», «qu'il raconte n'importe quoi» et que de toutes les façons «ça ne peut pas être vrai».

Ces arguments et bien d'autres sont largement avancés par les défenseurs des agresseurs afin de disqualifier la parole des enfants.

Or, toutes les études entreprises dans ce domaine indiquent clairement qu'il est rare qu'un jeune enfant livre de fausses informations concernant une agression sexuelle. Il peut certes exister des situations où un enfant est amené à le faire. Dans ces cas-là, ces fausses informations concernent le plus souvent les détails qui entourent l'agression mais jamais sur l'agression elle-même ; c'est à dire l'événement en soi.

Selon G. Lopez et ses collaborateurs, un enfant de moins de trois ans est capable de dire où s'est produite une agression, et d'avoir un souvenir précis de l'événement central (agression sexuelle elle-même). Par contre il aura de sérieuses difficultés avec les concepts de vérité et de mensonge (celles-ci ne sont acquises que vers 7/8 ans), avec le concept de temps (heures, dates) et avec les pronoms (il ou elle). Il lui sera difficile de donner un nom à un agresseur qu'il ne connaît pas très bien, de se souvenir d'un événement survenu dans le passé, de donner des informations détaillées sur un acte sexuel qu'il n'aurait pas expérimenté et, à dire spontanément qu'il n'a pas la réponse à une question.

Un enfant âgé de cinq ans peut décrire correctement l'agression, nommer l'agresseur, donner la date approximative de l'agression. Il peut reconnaître la différence entre la réalité et l'imagination, utiliser correctement les pronoms «il ou elle». Il est très sensible aux menaces *et peut l'être par un adulte avant* l'entretien. En revanche, il aura du mal à séparer les multiples incidents d'agressions répétées, à se souvenir facilement d'un événement survenu dans le passé, à donner des informations détaillées sur un acte sexuel qu'il n'a pas expérimenté lui-même, à dire spontanément qu'il n'a pas de réponse à une question et à répondre non à une question.

Nous constatons ainsi qu'il est nécessaire de bien connaître le développement des possibilités intellectuelles d'un enfant à un âge



déterminé. Mais cette connaissance seule n'est pas suffisante si elle ne s'accompagne pas de la croyance en, d'une part, la parole de l'enfant, mais aussi et surtout, qu'il existe des adultes capables de tout pour assouvir leur désir. En effet, cette attitude de déni vis à vis de la parole de l'enfant n'est pas un fait nouveau ; elle a toujours existé. La parole infantile a toujours été contestée. Ceci est d'autant plus vrai qu'il s'agit de remettre en question un proche, un adulte, un homme jusque là réputé honnête, gentil, courtois, serviable, aimable. Or, il se trouve que ce sont généralement les mêmes qualités qui sont retrouvées chez les agresseurs sexuels et notamment les pédophiles.

### *Que peut faire le psychologue ?*

Souvent le psychologue n'est sollicité que bien après le drame. Son rôle, au delà de la prise en charge, est d'évaluer la souffrance psychique de l'enfant et de proposer des soins adéquats pour l'enfant et pour sa famille. Son travail commence par une reconnaissance et une évaluation clinique des troubles post-traumatiques. Or, dans ce contexte, le thérapeute est confronté d'emblée à des facettes difficiles et non verbalisées du traumatisme, qui se résument le plus souvent pour le patient à un sentiment de honte, une impression d'abandon au moment des faits, et très souvent, un état de détresse et de terreur qui a empêché toute réaction de défense. Pris dans un cadre de confidentialité et de sécurité, l'enfant peut exprimer verbalement ce qui s'est passé, mais pour beaucoup d'enfants, les conséquences psychiques post-traumatiques s'expriment sur un autre mode, comme par exemple le jeu, le dessin ou dans des scènes et des gestes évocatifs, le tout sur un ton répétitif.

Toutefois, la psychothérapie à elle-seule est insuffisante; elle doit en fait se situer dans la chaîne du dispositif de protection de l'enfance, où la justice occupe une place fondamentale. Or, la tendance générale est à la minimisation du nombre d'agressions sexuelles à l'égard des enfants. Même les professionnels de l'enfance perçoivent la victime avec beaucoup de doute, ceci d'une part. D'autre part, ils n'ont toujours pas une écoute attentive suffisante pour aborder ces questions, et encore

moins pour soupçonner une agression sexuelle chez un enfant. Or, il faut mettre les mots sur l'impensable, des mots après l'agression sexuelle. C'est le droit de l'enfant d'oser raconter ce qu'il a subi ; c'est son droit de dénoncer son agresseur et c'est notre devoir en tant qu'adulte de le protéger. Cette invitation faite aux enfants de se confier n'est possible que si une information et une formation des différents professionnels des secteurs de l'enfance est faite, des professionnels susceptibles de recevoir leurs confidences ou de déceler des situations problématiques.

Malheureusement plusieurs éléments font que l'enfant n'est pas crû :

1°- Le phénomène de la pédophilie est complexe, dans la mesure où le pédophile est généralement un homme gentil, séducteur, prévenant, qui se caractérise par une attirance envers des enfants ou des adolescents qui ne présentent pas encore un développement physique et psychique d'adulte.

2°- La notion d'impensable : Impensable que de tels événements puissent se produire dans une société comme la nôtre. Impensable qu'un homme au-dessus de tout soupçon puisse commettre un tel acte. Impensable qu'un père puisse entretenir de relations sexuelles avec son propre enfant.

3°- Le manque de discernement chez l'enfant, la tendance à la fabulation qui font qu'il est perçu comme quelqu'un de manipulable.

4°- La profonde certitude que l'adulte, généralement l'autre parent, l'utilise à des fins personnelles.

Si du côté de la justice tout reste à faire, du côté des professionnels de l'enfance, beaucoup reste à faire car, comme l'affirme J.M. Darves-Bornoz, «Le viol et l'inceste appartiennent au champ de la psychopathologie du traumatisme. Cependant, dans le viol et



dans l'inceste, c'est une blessure de l'identité qui cause le traumatisme». En effet, dans les agressions sexuelles, l'enfant n'est pas considéré comme une personne dans sa dimension humaine et infantine : il n'est qu'un objet sexuel, de plaisir, une masse de chair.

C'est pour cela que nous devons nous mobiliser afin que :

- le délit de déni de la parole de l'enfant n'existe plus,
- la prise en charge médico-psycho- judiciaire soit une réalité,
- la prévention des maltraitances se développe.

### *Le médecin praticien face A la violence sexuelle sur enfant*

**Dr Nadia Houhat**  
Psychiatre  
CHU Mustapha, Alger

Il y a une année de cela je suis sollicitée par un collègue pour donner mon avis mais aussi apporter mon aide, en tant que psychiatre, à une maman et son petit garçon âgé de 6 ans alors. La mère et le garçon sont escortés par le grand oncle maternel qui semblait très inquiet pour l'avenir de cette sœur, déterminée à faire des révélations compromettantes pour sa famille et entre autres, pour le mari.

L'oncle pénètre le premier dans mon bureau et me demande un entretien en privé, en l'absence des autres membres de la famille. «S'il vous plaît docteur, mon objectif en venant vous voir c'est de sauvegarder l'union d'une famille : ma sœur est persuadée que son mari abuse sexuellement de son fils, c'est le petit garçon accroché à elle dehors. Elle est d'autant plus sûre qu'elle le fait consulter par un médecin qui est sûr qu'il y a eu abus sexuel sur enfant. Je pense, docteur, que nous pouvons éviter les dégâts, car à mon avis, même s'il y a eu abus, on peut y remédier, il suffit de traiter l'enfant, n'est-ce pas ? D'ailleurs il n'y a aucune preuve. Moi-même je n'arrive pas à y croire, c'est un homme qui occupe un poste de responsabilité très important, il est vénéré dans son entourage, à cause de sa puissance, sûrement».

Après le départ de l'oncle je reçois la maman seule. Elle est habillée en hidjab et foulard et salue à la façon religieuse, dénotant une certaine ferveur religieuse. Sa mimique est anxieuse, laissant entrevoir une forte inquiétude ; le regard tout en étant triste reste très interrogateur, cherchant des réponses à maintes questions qu'elle se pose. Tout ce désarroi est caché derrière un large sourire et ceci tout le long de l'entretien.



Je me propose alors d'écouter son histoire ; le contact est facile et chaleureux, le discours spontané et cohérent. Il est émis à débit accéléré en insistant sur les moindres détails. On note un grand chagrin et une forte demande d'aide. Mon écoute attentive et la grande empathie que j'y mets lui font comprendre toute la disponibilité que je lui accorde. Elle me dira alors :

«C'est quand j'ai avoué au médecin traitant de mon fils que mon mari dormait tous les soirs, dans le lit à une place de son fils, qu'elle a commencé à se poser des questions. La première qu'elle me pose est : comment j'ai pu tolérer cette situation, peut être parce que je ne montrais aucune émotion. Mais elle ne sait pas une chose, on s'habitue à tout. En effet cette situation dure depuis plusieurs années. Je suis tombée enceinte quelques mois après notre mariage. Pendant les 9 mois de grossesse mon mari ne m'a pas approchée et dès les premiers mois après la naissance, il a commencé à quitter la chambre discrètement au milieu de la nuit pour aller rejoindre le lit de son fils. Au début j'ai pensé que c'était pour fuir le rapprochement sexuel car les rapports sexuels se faisaient de plus en plus rares. Au début j'ai tout fait pour améliorer cette situation. Sur le conseil d'une amie à moi, à qui je me suis confiée, j'ai commencé à m'occuper de ma petite personne. Chaque soir je me faisais belle et coquette et je faisais tout pour séduire mon mari, bien qu'il rentrait tard dans la nuit, chose que je n'ai jamais pu expliquer. L'idée qu'il puisse avoir une maîtresse je l'ai vite abandonnée, car c'est un homme pieux et pratiquant, connu pour sa rigueur au niveau de son travail. Il occupe le poste de PDG d'une grande société publique. Ma famille refuse de me croire, mais moi je suis certaine que mon petit garçon souffre depuis longtemps. Il a tout le temps essayé de me lancer des messages que je n'ai jamais su décoder comme, par exemple, quand il lui arrivait de refuser d'aller dormir avec son père et venait se réfugier dans mes bras en pleurant à chaudes larmes. C'est grâce au médecin traitant qui a réussi à mettre en confiance mon enfant qu'on a pu comprendre les raisons de sa souffrance. Maintenant tout ce qui m'intéresse est de le sauver. Avant de venir vous voir j'ai essayé, avec l'aide du médecin de mon enfant, de remédier à cette situation. J'ai demandé à mon mari de ne plus aller dormir dans le lit de notre fils, mais au milieu de la nuit il

quittait en silence la chambre pour aller rejoindre sur la pointe des pieds le lit de son fils et y dormir jusqu'au matin. Et là commençaient les disputes car il refusait catégoriquement et me traitait de folle. Il me traitait de tout et me boudait durant plusieurs jours. Si au moins il acceptait de redevenir un père normal ! Aidez nous docteur, s'il vous plaît, **Je ne sais plus quoi faire**. Le médecin de mon fils ainsi que ma famille pensent qu'il faut une prise en charge psychologique pour mon fils, et peut être que, par la suite, les choses vont entrer dans l'ordre».

N'étant pas moi-même spécialisée dans la prise en charge des enfants et sur la demande des parents, je fais un compte rendu détaillé de la situation et le confie au pédopsychiatre choisi par la famille. Depuis cet instant je n'ai aucune nouvelle de cette famille. J'ai tenté d'entrer en contact avec le pédopsychiatre qui effectivement reçut l'enfant mais je n'ai pu recevoir de sa part que des informations floues et vagues.

Deux ans après je revois la maman par hasard et je lui demande des nouvelles de ses deux enfants, la fille aînée et le petit garçon que j'ai reçu en consultation.

«Depuis qu'on s'est quittées, il y a eu beaucoup de changement...» D'abord qu'elle était maman d'un 3e enfant, une petite fille âgée d'un an et demi, qu'elle était séparée ou plus exactement divorcée de son mari, et qu'elle vivait le calvaire depuis des mois à cause de la justice qui ne facilite pas les choses.

En effet, cette maman brisée a découvert que son mari n'avait pas seulement abusé sexuellement de son petit garçon, mais que la fille aînée âgée de 12 ans avait subi le même sort depuis l'âge de 4 ans. La mère ne s'en est rendu compte qu'une fois les deux enfants ont commencé à rejeter le père et refuser d'être en contact avec lui. Il a fallu de longs entretiens psychologiques pour que les enfants décident de confier leur souffrance qui dure depuis plusieurs années. Afin de sauver les enfants, la maman a pris son courage à deux mains et déposé plainte contre le père devant le tribunal de la Cour d'Alger. Après la confrontation



avec les enfants et les certificats médicaux confirmant le traumatisme des abus sexuels subi par les deux enfants, le juge a inculpé le père d'inceste.

Devant la gravité des faits, les avocats de la maman ont demandé au juge de prendre une ordonnance d'interdiction au père d'approcher les enfants jusqu'à ce que l'affaire soit tranchée par le tribunal criminel. Malheureusement, le père profite de cette occasion pour déposer une plainte contre son épouse pour refus de droit de visite aux enfants. Depuis, la maman erre d'une famille à une autre de peur qu'il puisse approcher les enfants. Dans l'école où ils étudient, elle a été obligée de raconter leur histoire et de joindre le dossier médical afin que le père ne puisse pas les approcher.

Les deux enfants vivent aujourd'hui dans la terreur, ils ont une peur bleue du père qui pour eux n'est autre que cet homme qui a abusé de leur innocence pendant des années. Ces deux enfants attendent de la justice qu'elle les protège en mettant fin à leur torture.

Je viens de voir, à la demande de la maman inquiète, la petite fille pour des céphalées dont elle se plaint depuis quelques jours et qui sont rebelles à tout traitement. Durant l'entretien, la petite d'une façon spontanée, raconte ses malheurs et ses souffrances. Au sujet de ses maux de tête elle dira : «Quand on vivait avec papa, tous les soirs j'avais mal à la tête, vous savez pourquoi, n'est ce pas ! Depuis qu'on ne vit plus avec lui, j'ai de moins en moins mal, parfois j'ai pas mal du tout, sauf ces derniers jours. Je crois que je recommence à ressentir la peur d'avant. J'ai tellement peur que mon père gagne le procès et obtienne la garde des enfants».

Avant de conclure cette communication, je voudrais souligner quelques notions concernant l'abus sexuel et qui, à mon avis, doivent rester à l'esprit de chacun de nous, que nous soyons praticien ou simple citoyen.

Toute maltraitance sexuelle laisse une trace dans l'histoire du sujet, depuis la destruction persistante et diffuse de l'être jusqu'à la cicatrisation. On peut y rencontrer des troubles psychopathologiques des plus variés (angoisse diffuse, dépression, troubles de la conduite, tentatives de suicide...) qu'on peut pour la plupart attribuer à l'abus sexuel. Mais la majorité des anciennes victimes ne consultent pas et c'est probablement parmi elles qu'existe le plus de résilience.

Beaucoup d'auteurs estiment que les conséquences de l'agression sexuelle sont d'autant plus néfastes que :

- l'organisation préalable de la personnalité du mineur est déjà problématique ;
- il existe une grande différence d'âge avec l'agresseur ou un lien de parenté ;
- la contrainte a été forte ;
- l'agression sexuelle a duré longtemps ou a été fréquente ;
- l'agression sexuelle a eu lieu au domicile de l'enfant ;
- l'enfant a rencontré silence et indifférence quand il a demandé de l'aide ;
- la prise en charge ultérieure n'a été qu'un leurre, par absence de protection et manque d'engagement de la part de la famille.

Enfin, il faut s'efforcer d'obtenir de la famille qu'un des parents dépose plainte pour que l'enfant se sente soutenu psychologiquement ; il est souhaitable que les auteurs d'abus plaident coupable et reconnaissent les faits, c'est une condition essentielle pour que les victimes reprennent confiance en elles-mêmes.

### **Conclusion**

Ni les psychothérapies, ni les adp de dernière génération ne sont venus à bout de la souffrance de cette maman effondrée qui se trouve



en ce moment clouée sur un lit du CHU Mustapha où elle a été hospitalisée en urgence, il y a quelques jours, dans un état d'épuisement général. Où sont en ce moment les deux enfants, à qui sont-ils agrippés ? Cette maman qui depuis 2 ans ne cesse de lancer des SOS pour sauver ses enfants ne peut plus le faire.

### ***L'assistance médico-psychologique des victimes de violences sexuelles***

***Pr Liliane Daligand***

Professeur de Médecine légale, Psychiatre  
Présidente de la Société française de Victimologie

#### ***Le soin au risque de la violence***

Le soin consiste à dénouer les liens souvent subtils entre les effets de l'agression et les effets de l'intervention thérapeutique. Tout soin qui touche à la violence est au risque de la violence :

- Soit le soin génère, par son exercice, une répétition des violences déjà subies,
- Soit le soin ouvre à de nouvelles violences. Tout traitement de la violence engage la victime à se faire violence pour entrer dans la voie ouverte par le soin.

De ce double aspect négatif et/ou positif va découler la nature des soins :

- Ce qu'il va falloir éviter pour ne pas entrer dans l'enchaînement de la violence,
- Ce qu'il va falloir promouvoir pour l'acceptation relationnelle et soignante : se faire violence.

La relation vraie, c'est à dire celle qui fait appel à ce qui parle en différence au corps de la victime et au corps du soignant, devrait éviter la perpétuation de la violence, puisque faire violence c'est ne pas reconnaître l'autre comme sujet de la parole, et le considérer seulement comme son objet pulsionnel.

Mais lorsque le langage touche aux faits de violence, à la mémorisation de ceux-ci, le traitement est délicat. C'est à ce niveau que le questionnement et/ou les attitudes inquisitoriales vont entraîner à la compulsion de répétition et, comme le dit Freud, la victime (chez lui le patient) répète au lieu de se souvenir ; la répétition des faits s'oppose



au travail de mémoire.

Le soignant est à l'origine de la seule répétition aux effets destructeurs si ses résistances personnelles lui camouflent ou lui voilent ses motifs, pouvant même les lui faire prendre comme légitimes.

Le soignant ne dispose pas de recette pour vaincre ses résistances et permettre l'ouverture de ce qui parle en lui comme en l'autre-victime. Cependant, pour se protéger de cette dérive, le soignant doit s'interdire l'érotisation de ses demandes. Erotisation, c'est à dire se mettre en condition de se faire plaisir-peut prendre différents aspects pour la personne qui se croit en position de traitant :

- Dénoncer l'imposture incestueuse pour se signifier elle-même comme parent responsable,
- Jouir de pointer la faute sur autrui
- Ou pire, se satisfaire des détails du récit où s'annule la victime, pour s'affirmer comme agent vertueux du redressement de tort.

Erotiser, c'est aussi plus subtilement dénoncer les agresseurs pour, dans une comparaison favorable, tenter de se substituer à eux comme seul interlocuteur de la victime, et ne tenir aucun compte de la place que ces «mauvais» occupent dans l'histoire et le cœur de l'enfant par exemple.

Le plaisir, moins clairement recherché, peut entraîner le soignant à participer à la douleur de la victime par laquelle on s'identifie à elle, ou à accentuer les traits de l'histoire de l'autre qui font résonance avec les siens, jusqu'à les confondre.

Plus fréquemment, c'est s'abîmer avec indignation dans l'horreur entrevue pour s'abandonner dans la jouissance.

Par la violation de l'interdit qui devait faire coupure, le lien, à l'origine, est rompu chez les victimes de l'inceste, et seule règne la confusion des générations. Le constatant, le soignant peut être soumis à la fascination d'une parole non tenue par l'origine, hors de Raison, d'une parole folle. Au plus près du mensonge annulateur de l'humanité, il frémit de la

\*Communication déjà parue dans Journal de Médecine légale et Droit médical, Vol.42, n°5, 377-380

vérité dont ce mensonge témoigne en la scellant.

Le soignant peut ne pas respecter les éléments significatifs donnés par la victime, sous prétexte qu'ils sont taxés de négatif pour le traitement. Il est ainsi en tentation de dépouiller la victime de sa honte, de sa culpabilité, de ses ambiguïtés vis à vis de son bourreau, par simple affirmation «qu'il ne faut pas». Il n'y a là souvent qu'un pas pour se mettre à la place de celui qui dit la Loi ou pire encore, qui la fait. La position du soignant est souvent tangentielle à cette perversion.

Si le soignant peut être alerté sur sa tentation par l'appétence, même horrifiée, qu'il a des cas de violence, et de sa soif souvent insatiable à les dénoncer, il n'a pas de parade certaine et absolue de ces attitudes violentes. Les recettes souvent prônées (les enregistrements au magnétophone ou camescope) pour limiter les dégâts à un seul dire d'aveu et éviter le traumatisme de la répétition, ne protègent en rien. Puisque le fait est unique par exemple, on peut être incisif une bonne fois pour toutes, «crever l'abcès pour ne plus y revenir».

C'est par ailleurs prendre la victime pour naïve ou ignorante, que de croire qu'il lui est indifférent de savoir que son témoignage «statufié» n'est plus en sa possession et peut être utilisé comme bon il semble, à ceux qui en ont fait un objet d'information et une possession personnelle. C'est dépersonnaliser la relation, en faire une sorte de révélation standard, alors que la parole exprimant la violence reçue est d'abord un acte intersubjectif soumis aux variations de l'expression langagière, au travail de mémoire, seulement possible dans le transfert. La révélation comme acte intersubjectif et traitée comme tel participe du soin.

### *Se faire violence : condition du soin*

Si la violence entraîne le soin, le soin ne se fait pas sans une certaine violence. Ainsi le soin fait appel à la castration, dont l'évocation même est violente. C'est pourtant cette castration dite par F. Dolto «symboligène» qui ouvre à la parole.

En préalable à tout développement ultérieur de la théorie du soin, il est nécessaire de revenir sur le fait que toute entrée dans l'humanité,



dans la parole, c'est-à-dire de ce qui se dit d'un autre pour un autre, s'élabore chez l'enfant, chez tout être donc, à partir de pertes consenties, qui réfèrent toutes au manque fondamental, «paradis» mythique d'avant la naissance, où tout était donné à l'être et ne demandant aucun consentement, ni de sa part volonté d'acquiescer. Cette perte acceptée ne se ferme pas sur elle-même, sur un état dépressif, si elle ouvre à l'acceptation du don de ce qui parle en soi.

Pour naître au monde des humains et entrer dans une vie acceptée, le nouveau-né doit perdre les organes annexes (cordon et placenta) qui permettaient au fœtus de recevoir in utero les éléments vitaux sans avoir à les demander, et les obtenir par une action volontaire. Cette première perte, référence au manque fondamental, inaugurale de la vie aérienne, est dite par F. Dolto «castration ombilicale», première des «castrations symboligènes» qui génère le symbolique : capacité de l'être humain à représenter par le langage l'irreprésentable manquant. C'est, dit-elle, «prendre sur soi». L'ombilic, dit Denis Vasse, est la trace de ce qui ouvre à la voix.

La violence qui réduit l'être aux sensations de sa chair meurtrie ou de la pénétration de ses trous pulsionnels, le ferme à ce manque et au don de la parole en lui. Le soin doit, au sein de ces meurtrissures, inciter la victime à accepter des pertes constructives, à se faire violence, à «prendre sur soi», sur un moi pourtant bafoué, à retrouver la voie du manque et de la parole naissante. Il n'y a pas de soin sans ces violences symboligènes.

Cette ouverture à ce qui parle est difficile, douloureuse, et pour chacun, soignant et soigné, est objet de résistance. Traiter n'est pas seulement verser des baumes cicatrisants sur les blessures, calmer les cris, c'est retrouver la voix humaine, c'est rétablir le lien de l'être à ce qui parle en lui dès l'origine.

Autre obstacle pour le thérapeute : c'est violence du soin que de vouloir la guérison. Toute idée de guérison est volonté d'identification du patient à un modèle idéal, le «totalement guéri», conçu par l'imaginaire du traitant. C'est faire entrer de force le soigné dans un moule idéal préfabriqué. Le soigné devient objet de l'idéal du moi du soignant, et non sujet de la parole.

En premier soin, le traitement se doit d'accepter le refus du soigné. Le thérapeute ne soigne pas autoritairement une victime : l'être blessé se soigne **avec**, entre dans une relation soignante. Il n'y a pas imposition mais proposition de soin.

Le soin accepté est rupture du silence d'anéantissement, est retrouvaille avec les mots. Comme l'écrit F. Dolto<sup>1</sup> : «Mettre des mots sur la souffrance d'une épreuve, pour qui peut entendre ces mots, et prêter attention au sujet qui parle en lui faisant confiance, cela apaise son angoisse. Et, sans angoisse, la vie, la survie, permet à celui qui a dépassé l'aigu de l'épreuve, de trouver la solution par lui-même».

Le soin qui coupe de la confusion et qui ouvre à ce qui fait manque en l'être, n'a pas pour visée une sorte de parfait bien-être. La vie est au prix de conflits et de souffrance. Selon D. Vasse<sup>2</sup>, «La vraie vie est prise dans un mouvement qui oscille entre les deux affects fondamentaux : la tristesse et la joie».

### *Les risques d'une déculpabilisation aveugle*

Si l'on admet que toute violence entraîne l'annulation de la différence entre les personnes et les met dans la confusion, toute violence réfère à la tendance incestueuse qui, en annulant l'altérité, réduit à rien ce qui parle en chacun. Céder ou être entraîné dans cette annulation, cette confusion première qui vise à éviter le manque et la coupure qu'exige la vie humaine, produit la culpabilité. La violence touche à cette intimité-là. Cette atteinte de l'intime est révélée par la culpabilité de la victime.

Lorsque la victime offre au soignant cette ouverture à la culpabilité qui la tenaille, c'est une porte qui est nécessaire de maintenir ouverte. C'est par elle que se fait le travail sur la parole annulée par la confusion.

Le soignant, pris par le sentiment d'injustice de la culpabilité qui frappe la victime et perdant toute discrimination, tend à la nier. Il ferme cette voie d'accès au traitement. La fermeture survient : parce que tout

<sup>1</sup>L'image inconsciente du corps, Ed. du Seuil, 367

<sup>2</sup>Séminaire non publié



travail sur la culpabilité n'est plus dès lors considéré comme légitime, parce que, ce faisant, le thérapeute qui croit pouvoir délier de la faute et être en capacité d'en nier l'existence, se place à l'origine, dans la toute-puissance du maître de la parole.

Le soignant n'a pas de position à prendre sur la réalité ou la nature de la culpabilité, mais il a à laisser se développer ou à faciliter l'expression de la position coupable de la victime, qui est une des voies de ré-ouverture à la parole, puisque parole et culpabilité sont étroitement liées. Chacun de nous est coupable de prendre parole, de s'être attribué ce qui est de l'origine, mais chacun paie cette faute en parlant et en témoignant de ce qui parle dès l'origine en vérité.

### *Le pardon*

L'élaboration thérapeutique par ce travail, entre autre sur la culpabilité et la faute, ouvre à la rencontre possible sur la faute commune originaire de l'agresseur et de la victime, et donc au pardon. Ce n'est qu'en référence à ce qui parle en vérité à l'origine que le pardon est possible. Mais le pardon se demande et exige donc reconnaissance de la culpabilité liée à la faute commise. La culpabilité de la victime et la négation de la faute par l'agresseur sont mensonges sur la parole et la faute originaire. Le pardon est une rencontre sur une culpabilité originaire commune à l'un et à l'autre : c'est parce que je me reconnais comme coupable que je peux reconnaître l'autre comme homme, lui aussi soumis à la culpabilité originaire. Il y a retrouvaille dans une culpabilité qui fait vivre.

Le pardon est plus que le travail de souvenir entrepris dans toute thérapie, et que le travail de deuil, il est un don en plus. «Le pardon est le ciment entre le travail de mémoire et le travail de deuil», a écrit Paul Ricoeur<sup>2</sup>. Il est d'abord ce qui se demande à un autre, à la victime. Il peut être refusé. «Pardon demandé n'est pas pardon dû» et encore : «Ce que le pardon ajoute au travail du souvenir et au travail de deuil, c'est sa générosité».

<sup>2</sup>Le pardon peut-il guérir ? revue Esprit, mai 1995, n° 211

Certes les faits passés sont ineffaçables, mais, en revanche, le sens ce qui prend sens, n'est pas fixé une fois pour toutes. Ce qui peut être changé c'est le poids de la dette - la dette étant le poids de culpabilité. Le pardon opère une conversion de sens et ouvre sur la perspective de la délivrance de la dette. «Ce que brise le pardon c'est la dette et non le souvenir».

### *Bibliographie*

Daligand L., Gonin D. - Violence et victimes, Médiations, Lyon, 1993

Daligand L. - Le trauma de l'inceste. Le témoignage de l'expert. In : Le traumatisme de l'inceste, sous la direction de M.Gabel, S.Lebovici et Ph. Mazel, PUF, Paris, 1995

Daligand L. - La prise en charge médico-juridique des victimes, Journal de Médecine Légale Droit Médical, 1996, Vol. 39, n° 1, 69-72.

Dolto F. - L'image inconsciente du corps, Seuil, Paris, 1984.

Vasse D. - L'ombilic et la voix, Seuil, Paris, 1974.

Ricoeur P. - Le pardon peut-il guérir ?, revue Esprit, mai 1995, n° 211.



### Résumé des débats de la matinée

La représentante de UNICEF Algérie, a indiqué que l'UNICEF a apporté son soutien au Réseau Wassila pour l'organisation de cette journée d'étude dans le cadre de ses projets d'aide aux enfants victimes de violences. Elle a également rappelé que les violences contre les enfants étaient au centre de leurs préoccupations, question qu'il fallait aborder sans tabou.

Le président de séance, le professeur Laidli, a insisté, lui, sur l'importance de la pluridisciplinarité de la prise en charge des victimes et mis en exergue la procédure à suivre dans le cadre des cas de violences sur enfants : constater, traiter, signaler et orienter vers les services spécialisés, accompagner les victimes et réparer.

Le Professeur Mehdi, quant à lui, remarque le nombre important de médecins légistes communiquant à cette journée d'étude et relève l'importance du travail de la médecine légale en Algérie, qui a permis de rendre visibles les blessures et les violences sexuelles sur enfants. Il informe le public et en particulier le Réseau Wassila qu'une enquête nationale sur les violences, menée par une équipe de l'INSP, sera terminée avant la fin de l'année et l'on pourra ainsi avoir une «photographie» des violences sexuelles en Algérie.

Monsieur Djadi, Procureur Général Adjoint auprès de la Cour Criminelle d'Alger, affirme que le Code Pénal prend en charge toutes sortes de violences contre enfants mais la prise en charge des violences sexuelles reste problématique. Le problème essentiel demeure celui des preuves dans certains cas. Il pose également le problème du déclenchement de la poursuite judiciaire : qui doit dénoncer ? Et si on dénonce peut-on arriver à un résultat judiciaire ?

Après les communications des différents intervenants, le débat a porté essentiellement sur les points suivants : la définition des termes utilisés dans le cadre du thème de la journée, le problème des statistiques disponibles sur ces violences, le rôle des praticiens de la santé, le problème du secret médical et la dénonciation du crime, l'importance

du signalement et de sa codification, la sanction éventuelle des médecins en cas de non-signalement à la justice, le problème des lois et des preuves, la prise en charge des victimes et des agresseurs et enfin le rôle des associations.

La question de la définition du terme «mineur» a été soulevée par un médecin qui dit que le Code Pénal parle de «mineur» et que le Code de procédure pénale montre la façon de prendre en charge les mineurs. Ce qui est demandé au médecin c'est d'apporter un terme à sa souffrance. Madame Sakhri, magistrate, estime qu'il faut préférer le terme de juge des enfants à celui de juge des mineurs ; elle cite les paroles d'un jeune qui dit : «moi je ne suis pas 'mineur', je suis victime».

Le problème de définition du terme «sévices» a également été posé ; qu'est-ce que la loi entend par «sévices» ?

Plusieurs participants ont remis en question l'interprétation des statistiques évoquée dans la communication d'un médecin légiste, selon laquelle le plus grand nombre de victimes d'agressions sexuelles touchant les enfants se comptait parmi les garçons. Ces chiffres, ne représentent-ils pas seulement les enfants qui viennent en consultation ? Que fait-on des silences, des tabous particulièrement autour de la violence qui sévit à l'intérieur de la famille, qui font que la majorité des enfants n'arrivent pas chez les médecins légistes ? Le Dr Messahli, confirme que les cas qui sont examinés au niveau du service médico-légal de son hôpital sont en effet les cas les «plus faciles», ceux qui ne posent pas de «problème» quant à la révélation des faits. Ce sont pour la plupart des cas de violences sexuelles qui ont eu lieu dans les lieux publics et commis par des étrangers aux enfants.

Certaines personnes ont souligné le fait que les statistiques ne sont pas centralisées, ce qui est un signe d'une absence de volonté de la société de se préoccuper de ce problème grave.

La **parole de l'enfant** a constitué une question importante du débat. Plusieurs personnes ont exprimé leur effroi devant certains termes et propositions utilisés tels que «consultations abusives», «l'enfant peut



fabuler»...Comment peut-on entendre dans les salles de cours des étudiants de médecine qu'il faille «se méfier de la parole de l'enfant»? Ne faut-il pas avoir comme principe la protection de la victime d'abord? Pour certains psychologues, les enfants «ne racontent pas d'histoire», il faut les écouter.

L'impuissance du médecin légiste dans certains cas est en fait inquiétante, et le vide juridique effrayant. A ce propos, le Professeur Daligand rapporte son expérience. Elle dit qu'à l'époque, elle aussi rédigeait ses rapports au conditionnel mais elle a mesuré plus tard le caractère nocif de ces certificats pour les victimes, qui pensent qu'on ne les croit pas, et depuis, elle reprend textuellement les paroles de l'enfant, précédées de la phrase suivante : «cet enfant me dit :'. . .»

Dans ce contexte, plusieurs participants ont fait remarquer qu'il y a un besoin urgent de lois qui protègent la victime, et ont relevé l'importance de la qualification du délit en tant que tel. Ainsi, selon certains intervenants, le travail du médecin et du psychothérapeute ne peut se faire correctement que si des lois sont clairement énoncées et mises en application. Une psychologue dénonce le fait que le psychothérapeute, lorsqu'il est sollicité par le juge, ne soit pas reconnu dans les actes qu'il fait. Ceci pose donc aussi le problème de visibilité et de statut du psychologue comme praticien de la santé.

Le problème du **respect du secret médical** et du **devoir de signalement** du crime a été également discuté. Il est évident que le secret médical sert à protéger la victime et non le coupable.

Qui déclenche l'enquête? Quel est le rôle du médecin légiste? Ne faudrait-il pas une loi qui obligerait les médecins consultants à informer les structures concernées car jusqu'à présent il n'y a pas d'obligation légale. Il faudrait une codification de ce signalement et peut-être même pénaliser le médecin qui ne signalerait pas un tel crime.

Ce problème de signalement a été également posé par une universitaire. A ce propos, elle mentionne une enquête sur les maltraitances, réalisée par une équipe de chercheurs. Ce travail pose deux questions essentielles : pourquoi ne signale-t-on pas la maltraitance? Pourquoi n'arrive-t-on pas à aller au delà de la victimisation? Cette enquête vise à aboutir à

un dispositif national de prise en charge de toutes les maltraitances. D'autre part, la société civile devrait pouvoir intervenir dans les dispositifs mis en place par la Santé Publique.

Le problème de la réparation de la victime a été soulevé. Ainsi une communicante rappelle ce que de jeunes enfants agressés sexuellement lui ont demandé : ils ne veulent pas être soupçonnés de mensonge et veulent que l'agresseur avoue sa faute et aille en prison. Selon elle, on ne peut commencer à prendre en charge l'agresseur que si on prend en charge la victime d'abord.

La justice doit aussi tenir compte du traumatisme que peut occasionner le témoignage de l'enfant au tribunal. Selon une psychologue, il faudrait éviter une deuxième maltraitance à l'enfant à qui l'on pose des questions répétitives, depuis l'enquête judiciaire jusqu'aux audiences du tribunal, sur l'agression sexuelle qu'il a subie. La recommandation faite est de questionner l'enfant une seule fois et de le filmer ; ce film pourrait être utilisé lors des différentes audiences.

### *Résumé des débats de l'après-midi*

La deuxième partie du débat a porté essentiellement sur le problème de la qualification du crime, et celui du rôle des intervenants (Ecole et Santé), de la société civile, du législateur et de l'Etat.

Le problème des intervenants, dans des cas d'agression sexuelle, a été posé au niveau du débat. Ainsi, une psychologue fait référence à une enquête sur les violences sexuelles sur enfants et dit que, souvent, les médecins, lorsqu'on leur pose la question, disent qu'ils n'ont pas rencontré de cas de ce type de violence. C'est pour cette raison qu'elle pense que les assistantes sociales font un travail formidable et que leur rôle est vital car elles sont plus au courant des situations à risque.

Une autre participante regrette l'absence de l'Education Nationale dans ce débat (des enseignants qui avaient été invités n'ont pas pu venir



parce qu'il leur fallait une autorisation de leur tutelle). Dans la mesure où les enfants passent le plus clair de leur temps à l'école, les enseignants doivent être à leur écoute et être à même de les conseiller.

Une autre intervenante déclare que la raison de l'organisation de cette journée d'étude était un cri de détresse d'enfants agressés sexuellement et de leurs parents ; il faut que rapidement la justice considère le problème urgent de la **dénomination** de l'acte. Ce commentaire sur l'urgence du problème répond aux propos d'une juriste qui faisait un rappel historique de l'évolution des droits des enfants en insistant sur le fait qu'il avait fallu près d'un siècle pour que l'enfant puisse acquérir la «qualité de personne à part entière», comme indiqué dans la Convention Internationale des Droits de l'Enfant. L'intervenante estime que le système judiciaire était en train de changer car il devenait «plus scientifique». Elle exhorte les médecins à se rapprocher des tribunaux pour apporter leur constat qui serait consigné dans un rapport. Elle demande aussi qu'une journée d'étude soit organisée afin d'analyser tous les aspects juridiques de la question d'agression sexuelle.

D'autres participants dans l'assistance, ont déploré le manque de clarté dans la dénomination du crime et le **vide juridique** concernant cette question. Une intervenante estime qu'il y a en effet un «silence de la loi» mais que la difficulté vient non pas tant de la loi que du manque de démocratie, du manque de courage des magistrats et des résistances culturelles. «Le dommage moral doit être reconnu».

Cependant une représentante de la Chambre Criminelle à la Cour d'Alger, présente au débat, a affirmé qu'il était faux de dire qu'il y avait un vide juridique concernant les violences sexuelles. Elle rapporte qu'il y a la loi sur le viol, qui peut être aggravé par le lien de parenté avec la victime, ou les circonstances telles que la violence ou la minorité de la victime. D'autre part, dit-elle, «comment peut-on parler de carences de la justice ? Des milliers d'affaires sont traitées tous les jours au niveau de la Cour Suprême. Si une erreur est commise quelque part, elle est toujours rattrapée».

Une sociologue estime qu'il est dangereux de donner aux médecins légistes le monopole du traitement des agressions sexuelles : «c'est au

législateur d'étudier tous les cas d'agressions sexuelles et de les qualifier». Dans le cas d'agression sexuelle sur enfant comment peut-on utiliser la loi sur le viol, le seul qualifié de crime, décrit comme un acte qui concerne deux personnes de sexe opposé et où il y a «pénétration»? Lorsqu'il n'y a pas de trace, que doit-on faire ?

Une autre intervenante, médecin universitaire, pose un certain nombre de questions relatives au droit : Est-ce que le problème réside dans le fait qu'il y a volonté de ne pas bien qualifier le délit ? Selon elle, l'exemple des femmes violées à Hassi Messaoud (Juillet 2001) est très significatif. On sait que le viol est qualifié, mais encore faut-il que les magistrats qualifient l'agression en tant que viol. Est-il vrai que le viol ne concerne que la personne de sexe féminin ?

Comment peut-on rendre justice s'il n'y a pas d'Etat de Droit ?

Comment se fait-il que des enfants victimes d'agression puissent se retrouver face à leur agresseur dans un tribunal ?

Pourquoi la victime ne serait-elle pas accompagnée par le médecin légiste ou le psychothérapeute au tribunal ?

L'Algérie dispose de textes législatifs en surabondance. Est-ce que ce n'est pas dans la pratique de la justice, dans l'application des lois que le problème se pose ? Ainsi le médecin devrait dénoncer les agressions sexuelles mais le Code Pénal ne s'est pas emparé d'une telle question.

N'a-t-on pas encore une pratique citoyenne dans son secteur, même s'il est vrai que bon nombre de citoyens et de professionnels sont très courageux ? N'est-ce pas un déficit de professionnalisme, un déficit institutionnel ? Un déficit de démocratie ?

Une moudjahida et militante des droits des femmes estime que cette journée d'étude a permis de poser les vrais problèmes et fait une recommandation par rapport à la rédaction des lois. Il faudrait que le législateur prenne en considération l'avis des praticiens et des personnes qui sont en contact permanent avec les citoyens. Elle ajoute que les associations de défense des citoyens doivent pouvoir se constituer partie civile.



Après le débat, la parole a été donnée aux communicants qui ont insisté sur la gravité des conséquences sur l'enfant si le crime n'était pas puni. La reconnaissance du statut de la victime par la justice est la réparation fondamentale.

Ainsi, «Au delà de l'agression sexuelle, c'est toute l'identité de l'enfant qui est détruite» dit Dr Belaroussi.

«Si l'agresseur est acquitté, il ne restera que la mort pour cet enfant» conclut le Professeur Daligand.

## *Synthèse de la journée*

**Mme Chérifa Bouatta**

Professeur de Psychologie à l'Université d'Alger  
Présidente de la SARP

### ***Maltraitance et agressions sexuelles contre les enfants : A quand des lois pour protéger les enfants ?***

Il est très difficile de synthétiser les interventions et le débat très riche qui ont eu lieu autour de la thématique : Santé des enfants : les violences sexuelles contre les enfants.

D'autres obstacles se dressent sur le chemin de la restitution. En effet, le sujet dont on traite interpelle en chacun de nous l'enfant qui s'y cache, sa vulnérabilité et qui, d'une manière ou d'une autre, a eu à souffrir des pouvoirs de l'adulte, comme il renvoie à briser les tabous de «la famille algérienne idéale», de la «société algérienne idéale».

Il s'avère très difficile pour beaucoup d'Algériens d'admettre le principe de réalité suivant : dans la société algérienne dans des familles... l'enfant peut être abusé sexuellement, maltraité... Cela me rappelle que je dis souvent à mes étudiants de psychologie : «Il n'y a pas de famille idéale». Toutes les familles sont traversées par les conflits, les dissensions, l'amour, la haine, la tendresse... Ce qui en fait une famille normale et souvent structurante pour les individus qui la composent. Il existe hélas d'autres cas de figures où l'enfant au sein de sa famille ou des institutions, dans la rue... est victime de violence de la part de l'adulte, souvent familial, nous dit la littérature spécialisée. Ne pas croire, c'est procéder par le déni, déni de ne pas voir les «mauvaises parties en soi», c'est parfois l'occultation d'une réalité, le silence qui règne, laissant l'enfant dans sa solitude, dans sa souffrance et, partant, se rendre complice, voire cautionner les actes de l'agresseur.



Avant d'aborder le contenu des interventions proprement dites, il faut rappeler que les enfants, comme les femmes, sont les plus vulnérables et ce sont surtout eux qui sont victimes de violences sexuelles. On peut parler d'industrie du sexe, de tourisme sexuel (dans certains pays asiatiques par exemple). On pourrait dire que la cause des femmes et des enfants se rejoignent dans le sens où ces deux catégories d'âge et de sexe sont prises dans des rapports de domination et d'exploitation. Il est vrai qu'il existe une Convention des Droits de l'Enfant (1989) qui stipule en son article 19 : l'enfant a droit au respect de sa dignité, de son intégrité physique et psychique. Il est vrai aussi que les Nations Unies ont débattu en 2000/2001 de la violence exercée contre les enfants.

### **Les interventions**

Pour en revenir au contenu lui-même, on peut dire que les interventions se sont développées selon trois axes :

- Un axe strictement juridique où le Droit a été questionné à l'aune des textes existants, et la majorité des juristes présents ont relevé que la législation algérienne est muette pour ce qui concerne les abus dont sont victimes les enfants. Ainsi, l'instance juridique, comme le reste des institutions, se distingue par le silence, silence pour ce qui est de dire, nommer, qualifier et donc reconnaître et sanctionner les agressions contre les enfants. En finir avec la loi du silence signifierait que l'enfant devienne un sujet de droit et que la justice mette à sa disposition (de l'enfant), et à la disposition des instances concernées : juge, médecin légiste, psychologue, assistante sociale, enseignant... un arsenal juridique permettant de solliciter La LOI pour la protection de l'enfant.

- Un axe médico-légal où plusieurs communications ont cité des chiffres. Les médecins légistes ont tenté de cerner la nature et l'ampleur du phénomène en Algérie. Les statistiques présentées révèlent que les conduites de maltraitance et d'agressions sexuelles ne sont pas

très répandues, et qu'elles ont souvent lieu à l'extérieur du domicile familial. Cependant tous les participants, y compris les médecins légistes eux-mêmes, ont souligné que les statistiques dont on peut disposer, sont toujours biaisées et qu'elles ne sauraient renvoyer à la réalité vécue par les enfants. Car, du fait du statut de l'enfant (enfant évoluant sous la domination de l'adulte), du fait du vide juridique, de l'absence de recours, des mentalités dominantes, très peu de cas parviennent à franchir la loi du silence pour atterrir chez le médecin légiste. Ce qui fait dire à certains participants que les statistiques que l'on peut disposer aujourd'hui sont juste «la partie immergée de l'iceberg».

- Un axe psychologique : les psychologues ont surtout insisté sur les conséquences somato-psychiques encourues par les enfants victimes d'agressions sexuelles.

La symptomatologie, que l'enfant victime peut développer, concerne les sphères somatique et psychique. Certains enfants tombent malades, le corps prenant le relais de la mentalisation exprime un trouble physique et une incapacité de symbolisation (les maladies de la peau, maux de tête...)

Au plan psychique, les troubles sont nombreux et variés : on peut constater un repli sur soi, un désinvestissement de ses objets, des cauchemars répétitifs, des phobies multiples, l'attaque des capacités cognitives (qui peut se donner à voir par un échec massif de l'enfant qui réussissait bien à l'école jusque là). Cependant les troubles peuvent varier selon l'âge de l'enfant. Chez les tous petits (0-3 ans), on peut remarquer des troubles du sommeil, des conduites alimentaires... Chez les adolescents, ce sont la dépression, les conduites à risque, les tentatives de suicide qui semblent prédominer. Mais les symptômes peuvent être «moins bruyants», ne pas se donner à voir dans l'immédiateté de l'événement traumatique, être différés dans un après-coup, lors d'un événement anodin, qui va réactiver le traumatisme initial.

Par ailleurs, et toujours concernant les séquelles des agressions sexuelles, la littérature relative à ce sujet montre que tout enfant maltraité, abusé, n'a pas forcément pour destin le traumatisme et la pathologie (heureusement serions-nous tenté de dire). Il existe, selon



certain auteurs, des enfants résilients «Ces enfants qui tiennent le coup», titre de l'ouvrage de B. Cyrulnik, (Hommes et Perspectives 1998). Toutefois, si l'on se place dans une perspective génétique (au sens du développement psychologique de l'enfant de l'homme), on peut s'interroger sur l'origine de la résilience : qu'est-ce qui fait que certains enfants soient résilients et d'autres pas ? Dans le livre cité ci-dessus, on met parfois l'accent sur le fait que l'enfant, ayant vécu un événement traumatique, peut trouver dans son entourage un adulte protecteur, voire se retrancher sur une vie intérieure fantasmatique, qui, lorsqu'elle existe et qu'elle est riche, peut permettre à l'enfant de se défendre contre la dépression, la souffrance, qui guettent l'enfant agressé.

Pour ce qui concerne les psychologues cette «force», ou résilience qui peut caractériser un enfant, s'inscrit dans une histoire et particulièrement dans sa relation aux parents. Une mère suffisamment «bonne», un parent jouant le rôle de tiers et permettant l'accès au symbolique, l'intériorisation d'images parentales suffisamment protectrices, permettent à l'enfant de construire des ressources psychiques à même de constituer pour lui des moyens pour faire face à des événements traumatogènes. En outre, des adultes (parents ou autres adultes) présents, à l'écoute, donnant foi aux dires de l'enfant, peuvent l'aider à éviter l'enkystement du trauma, cette crypte qui s'institue comme un destin dans la vie de l'individu, et à élaborer sa souffrance, à se réparer et, partant, à s'inscrire dans un mouvement progressif. L'oubli est impossible mais l'événement n'est plus aussi douloureux, ni aussi invalidant qu'il l'était à la suite du traumatisme.

### *Les mots pour le dire*

Abus sexuel ? Maltraitance ? Agression ? Violence ? Quels termes utiliser ? Certains auteurs s'interrogent sur les termes que l'on emploie pour dire ce qui relève de la violence contre les enfants. Et ils ont raison ! Car les mots ne sont jamais neutres. Ils renvoient toujours à une réalité : un ordre social inégalitaire, des rapports sociaux de domination... Abus sexuel serait parmi ces mots à bannir de la langue des professionnels, et même du vocabulaire courant lorsqu'il s'agit de

dire les violences que subissent les victimes. Abuser selon le petit Robert : «c'est user d'une chose, sans en abuser (cf dépasser la mesure)». Autrement dit, dans l'abus il y a excès dans l'usage, en user à petites doses ne serait guère répréhensible. Il est clair que cette acceptation ne saurait être tolérée et qu'en lieu et place, d'autres termes seraient plus adéquats, telles : agression sexuelle, violences sexuelles. Cette référence à la terminologie renvoie à l'enfant lui-même et aux mots qu'il utilise.

Au fait que dit l'enfant agressé ? Comment dit-il ? A qui dit-il ? Il est évident que l'enfant n'est pas toujours prêt à parler. Plusieurs facteurs sont en jeu : la culpabilité, la peur, l'attitude des adultes (surtout si l'adulte est un membre de la famille)... Et lorsqu'il parle, il n'est pas toujours crû : pour de nombreuses personnes l'enfant fabule, l'enfant est instrumentalisé par un père, par une mère en cas de conflits entre eux, ensuite on ne peut opposer la parole d'un enfant à celle d'un adulte. Aujourd'hui les spécialistes sont d'accord pour dire **Qu'il faut d'abord croire l'enfant** et ensuite faire l'enquête. Pour ce faire, il faut une certaine représentation de l'enfance qui concède que celui-ci a droit au respect, à la dignité, et le droit à la protection juridique et sociale. En fait, pour que l'enfant accède au respect auquel il a droit, il faut de la prévention, du soin et de la justice.

Il faut prévenir en informant les enfants des dangers qu'ils peuvent encourir. De nombreux pays proposent des programmes éducatifs pour les enfants afin que ces derniers apprennent à dire non à l'agresseur, à en parler - en cas d'agression - à des personnes ou à des institutions spécialisées ; des numéros verts sont mis à leur disposition. L'instance éducative est ici la première concernée pour prévenir, informer mais aussi aider l'enfant en cas de besoin, et interpeller les institutions concernées (de soin, juridique, policière).

Il faut soigner : les psychologues ont la lourde tâche de mettre les enfants dans la parole, d'aider à l'élaboration du traumatisme, de réparer le narcissisme... afin que l'enfant retrouve du sens à vivre.

Il faut énoncer la Loi : la Loi doit s'énoncer, désigner le coupable et le juger, mettant ainsi fin aux sentiments de culpabilité qui taraudent l'enfant.



### **Un constat : l'impuissance**

Au delà des constats et des sujets développés au cours de la journée, une tendance lourde s'est dégagée : l'impuissance de tous, les juristes, les médecins légistes, les psychologues, les enseignants... à protéger l'enfant contre les maltraitements, les agressions sexuelles, les violences dont il peut être victime. Cette impuissance trouve son origine dans l'absence de lois qualifiant les agressions : viols, inceste, pédophilie, attouchement sexuel, et prévoyant des sanctions contre l'agresseur. C'est par ce biais, et seulement par ce biais, que les acteurs sociaux en contact avec l'enfant peuvent aider ce dernier à se défendre et à bénéficier de la protection de l'Etat. Il ne faut toutefois pas occulter le fait que certains juristes présents ont récusé l'idée de vide juridique en matière de protection de l'enfant. Selon eux des lois existent, elles sont seulement « méconnues ». Le débat qui s'en est suivi a montré qu'il s'agit là de l'avis d'une minorité. La majorité, elle, dénonce ce vide et interpelle l'instance juridique afin qu'elle légifère en la matière.

Affirmer, malgré les preuves apportées par les spécialistes que « la loi algérienne a tout prévu » procède, à notre avis de deux processus : l'un s'appelle opportunisme et, malheureusement, il caractérise de nombreuses personnes qui se voient investies d'une mission, à savoir la défense de leur place et le système. Le second revient à cette idéalisation dont il a été question plus haut, celle-ci nourrit le déni et le refus de regarder la réalité en face, au risque de couvrir de graves dérives, à savoir la santé, la dignité et le devenir des enfants.

### **Recommandations**

Rappelons que cette journée organisée par le Réseau Wassila a eu pour objectifs de briser le silence qui couvre les souffrances des victimes d'agressions sexuelles, de leur exprimer la solidarité des membres du Réseau, d'interpeller les institutions concernées et la société civile, d'aboutir à des recommandations qui pourraient servir la cause des enfants.

Les recommandations retenues :

- Interpeller la justice et exiger la promulgation de lois reconnaissant et nommant les agressions sexuelles dont sont victimes les enfants, et partant, sanctionnant les adultes agresseurs, et attribuant à l'enfant le statut de victime.

- Prévenir, ce qui consiste à sensibiliser les enfants à l'aide de programmes éducatifs.

- Sensibiliser les parents.

- Sensibiliser le personnel travaillant avec les enfants : enseignants, éducateurs...

- Sensibiliser les instances policières à ce problème, à l'accueil de l'enfant, à l'écoute...

- Rendre visibles les violences sexuelles dont sont victimes les enfants : l'organisation de cette journée ainsi que la publication de ces actes participent de cet objectif.

Une remarque pour terminer : on dit souvent que traduire c'est toujours, d'une certaine manière trahir, il me semble que, vouloir synthétiser ce qui se dit et se développe toute une journée ne saurait échapper à cette assertion, à savoir que la restitution ne saurait être fidèle à l'original.



## Réseau Wassila

Réseau de Réflexion et d'action en faveur des  
Femmes et des Enfants victimes de violence*Les violences sexuelles sur enfants*

Malheureusement commune à toutes les communautés humaines, cette grave atteinte au corps et aux droits de l'enfant existe également dans notre société. L'agression sexuelle a de graves répercussions sur son développement physique et staturé-pondéral, son développement mental et psychologique. Les violences sexuelles se produisent dans le milieu familial, dans le voisinage, à l'école.

"La sexualité fait irruption dans la vie de l'enfant à un moment où il n'est pas prêt psychiquement à la vivre, ce qui constitue pour lui un traumatisme. Stupéfaction, chaos, mort, néant, effraction impensable, irréprésentable...C'est un choc violent qui dépasse les forces de réaction et de compréhension de l'enfant, qui le déconstruit psychiquement...".

Ce traumatisme, s'il n'est pas pris en charge, a des conséquences graves sur son développement et ses capacités relationnelles futures.

Sans mots pour dire "l'irréprésentable", l'enfant ne pourra qu'émettre des signaux pour attirer l'attention de l'adulte : cauchemars, terreurs, pleurs, apathie, ou hyper vigilance.

Décoder ces messages, écouter, croire en la parole de l'enfant c'est l'aider à en parler, lui permettre de réaliser ce qui lui arrive, et c'est soutenir la victime à la domination de son bourreau.

## Réseau Wassila

Réseau de Réflexion et d'action en faveur des  
Femmes et des Enfants victimes de violence*Les signes de détresse*

L'enfant, d'autant plus jeune et ignorant de la sexualité adulte, sans mots pour formuler ce qui lui est arrivé, ne peut qu'émettre des signaux. On peut déceler des violences sexuelles chez le tout jeune enfant à partir d'une modification du comportement:

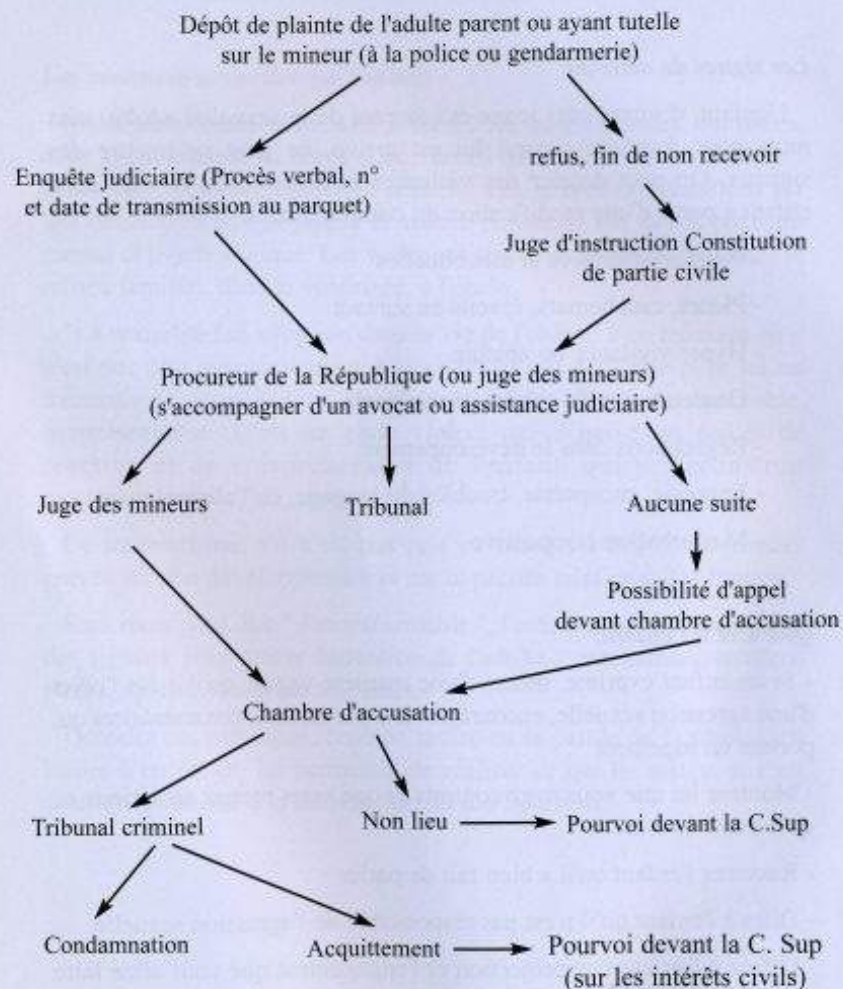
- Peurs irraisonnées et inhabituelles
- Pleurs, cauchemars, réveils en sursaut
- Hyper vigilance ou apathie
- Douleurs dans la sphère génito-anale
- Régressions dans le développement
- Enurésie, encoprésie, troubles du langage, de l'alimentation
- Masturbation compulsive

*Que dire à l'enfant:*

- Si un enfant exprime, même d'une manière vague, qu'il a été l'objet d'une agression sexuelle, encouragez-le à parler, sans commentaires qui portent un jugement
- Montrez lui que vous avez compris et que vous prenez au sérieux ce qu'il vient de dire
- Rassurez l'enfant qu'il a bien fait de parler
- Dites à l'enfant qu'il n'est pas responsable de l'agression sexuelle
- Offrez à l'enfant une protection et l'engagement que vous allez faire cesser ces violences et agissez en conséquence.



### Réseau Wassila Cheminement de la plainte



### Réseau Wassila de Réflexion et d'action en faveur des Femmes et des Enfants victimes de violence

#### Objectifs du Réseau

Le Réseau regroupe des associations, et des professionnels de divers secteurs : médecins, psychologues, assistantes sociales, sages femmes, psychiatres, enseignants, sociologues, juristes, avocats, cadres d'entreprises.

Son premier objectif est de participer à une meilleure prise en charge et orientation des femmes et enfants, victimes de toutes sortes de violences.

Son deuxième objectif est une information et une sensibilisation de la société en général et des institutions, à travers des journées d'étude et des publications.

#### Le Réseau Wassila a produit :

Le Livre Blanc : Témoignages de Femmes et d'Enfants victimes de violences

L'Annuaire Social qui recense les associations et les personnes ressources qui participent à cette action.

«Un crime contre l'humanité, le viol des femmes par les terroristes» (actes de la journée d'étude du 8 mars 2005)

Le Réseau Wassila travaille en ateliers selon les nécessités. L'atelier de la Chaîne médico-psycho-sociale a ouvert une ligne téléphonique et se réunit une fois par semaine. Le Réseau se réunit une fois par mois en assemblée générale.