

EVALUATION DE L'ACTION ENFANCE MALTRAITEE ¹

M. GERARD, E. LEMPEREUR, S. PRICE
Synthèse : F. GEUBELLE

Le présent rapport est un résumé d'une analyse réalisée par le Centre SOS Enfants – ULB CHU Saint-Pierre. Cette analyse concerne les données recueillies pour la recherche CAPCAE (« Concerted Action on the Prevention of Child Abuse in Europe ») sur 273 nouveaux dossiers pris parmi ceux ouverts en 1997 dans 7 équipes SOS Enfants de la Communauté française de Belgique.

UN AVERTISSEMENT EST NECESSAIRE ! Les données chiffrées présentées ici NE CONSTITUENT PAS UNE ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE des mauvais traitements à l'égard des enfants en Communauté française. Aucun de ces chiffres ne peut être extrapolé à l'ensemble de la population des enfants de notre Communauté.

L'analyse porte sur un échantillon relativement réduit. Elle ne peut être diffusée qu'en faisant mention expresse de ces limites, en indiquant qu'il s'agit de tendances et non de résultats définitifs.

La recherche CAPCAE a été financée par la CEE (programme Biomed). L'initiative en revient à deux chercheurs britanniques, Corinne Wattam et David Thorpe.

Leur approche scientifique rencontrait les préoccupations du Comité d'Accompagnement de l'Action Enfance Maltraitée (CAEM) de l'ONE et du Fonds Houtman.

QUATRE AXES DE TRAVAIL

- ?? Création d'un vocabulaire commun pour la mise en place d'un dispositif de recueil de données.
- ?? Bilan général des stratégies et dispositifs de prévention dans les pays concernés.
- ?? Constitution d'une base de données sur l'ensemble des recherches réalisées en Europe : santé des enfants et conséquences des actes de maltraitance.
- ?? Développement de stratégies de prévention pertinentes en Europe.

QUELQUES COMPARAISONS D'UN PAYS EUROPEEN A L'AUTRE

- ?? Les signalements faits par la famille (« self reporting ») sont, en moyenne, de 21% en Europe et de 31% dans nos équipes.
- ?? La proportion des filles est plus élevée que celle des garçons (54 contre 46) en Europe ; chez nous, la proportion de filles est de 61%, comme en Allemagne où le nombre de victimes d'abus sexuels est, aussi, particulièrement élevé.
- ?? L'échantillon européen relève 12 décès ; aucun n'est à déplorer dans nos 273 dossiers.

¹ M. Gérard, E. Lempereur et S. Price ont collecté et analysé l'ensemble des données de cette étude. Celle-ci peut être obtenue au Centres SOS-Enfants de l'ULB. Elle est également accessible à la bibliothèque et au service Etudes de l'ONE.

F. Geubelle a résumé et assuré la présentation de ce rapport.

- ?? Les lésions graves y sont environ deux fois moins fréquentes qu'elles ne le sont, en moyenne, dans les huit pays.
- ?? Les problèmes relationnels dans le couple, la violence conjugale, le jeune âge des parents et l'isolement social sont, par ordre décroissant, les plus corrélés aux mauvais traitements. Les deux derniers facteurs – âge des parents et isolement social – sont moins fréquents dans nos 273 dossiers.
- ?? Le chômage est relevé, comme étant un facteur significatif dans 12% des cas, en Communauté française comme dans les autres pays européens.
- ?? On dit habituellement que les facteurs socio-économiques défavorables participent aux phénomènes de la maltraitance. Ce n'est pas le facteur le plus important dans cette enquête multinationale ; les facteurs étiologiques les plus significatifs se situent dans la sphère relationnelle, passée et présente, au sein des familles. Toutefois, la pauvreté « favorise » la négligence.
- ?? Les punitions corporelles infligées par les parents « débordés » par le comportement de l'enfant sont fréquemment observées chez les enfants victimes de sévices corporels, dans leurs formes sévères. Le détail de ces comparaisons, dans huit pays européens, fait l'objet d'une annexe au présent rapport, rédigée par l'équipe des chercheurs CAPCAE (coordination : C. Wattam) et traduite par F. Geubelle².

LE QUESTIONNAIRE « CAPCAE »

Il recueille des données organisées en trois étapes : les données d'entrée lors du signalement, les informations rassemblées ultérieurement et les données finales (avec les résultats des mesures prises). Par ailleurs, on y distingue d'une part les comportements passifs ou actifs impliqués dans la maltraitance et d'autre part, les signes que l'on peut en observer chez l'enfant. En effet, un acte grave peut n'entraîner aucune conséquence évidente au niveau de l'enfant et à l'inverse, des lésions sévères peuvent résulter d'actes ou d'omissions où l'élément accidentel s'avère prépondérant.

L'EXPLOITATION DES DONNEES

L'échantillon

273 nouveaux dossiers ouverts entre le 01/01/1997 et le 01/07/1997, dans 7 équipes SOS Enfants ne représentent qu'une partie de l'ensemble des nouveaux dossiers ouverts pendant cette période, dans ces équipes. Ils sont généralement choisis selon l'ordre chronologique de leur ouverture dans l'équipe.

L'analyse de ces dossiers

Celle-ci révèle la diversité du phénomène de maltraitance et de son identification. La maltraitance est tantôt précise, tantôt diffuse (abus sexuels et mauvais traitement psychologique notamment).

Le questionnaire prévoit aussi des questions ouvertes qui permettent d'illustrer la variété et la complexité de ce que recouvre une « étiquette » telle que « mauvais traitements physiques ».

² NDLR : Cette annexe n'est pas publiée dans le présent DIRem.

Les tests de signification statistique ne sont pas utilisés ainsi qu'il est signalé dans l'avertissement : l'approche est essentiellement descriptive et l'échantillon des cas n'est pas choisi de manière aléatoire mais selon leur ordre d'entrée dans l'équipe.

CARACTERES DE L'INTERVENTION

Les signalements

Le signaleur et la source de l'information (que la maltraitance soit avérée ou alléguée) sont des professionnels dans 50% des cas et des non-professionnels dans 43%.

Parmi les professionnels, on trouve relativement peu de travailleurs sociaux (13%) ; mais l'école, le PMS, l'IMS, les hôpitaux, le SAJ, le SPJ représentent au total 78% des signaleurs professionnels.

Parmi les non-professionnels, les parents, les personnes qui ont la garde de l'enfant ou un autre membre de la famille sont à l'origine du signalement des 73% des cas.

Si on considère l'âge des enfants, on constate que pour les travailleurs sociaux, les signalements concernent des enfants âgés de moins de quatre ans, dans 61% des cas. Ceci illustre l'importance du rôle des intervenants de première ligne, même si l'on trouve relativement peu de TMS (13%) parmi les professionnels.

L'école, le PMS et l'IMS « prennent le relais » à partir de 4 ans et jusqu'au-delà de 12 ans. Il faut constater que l'école ne sollicite pas nécessairement le centre PMS : elle s'adresse directement à l'équipe SOS Enfants.

La plupart des situations signalées par les tribunaux, le parquet et le SAJ concernent des enfants âgés de plus de 12 ans.

Les hôpitaux, les cliniques, les médecins sont à l'origine de nombreux signalements (61% dans le groupe des signaleurs professionnels).

L'enfant lui-même signale rarement la maltraitance dont il est victime (7% des signalements « non-professionnels ») et une fois sur deux, il s'agit d'un abus sexuel.

Dans les cas où un parent est le signaleur, une fois sur deux, il s'agit d'une situation à haut risque de mauvais traitement. Et dans un quart des cas : d'abus sexuel.

Lorsque l'école prend contact avec SOS Enfants, dans un cas sur deux, le signalement concerne la maltraitance physique. Dans bon nombre de cas, ces sévices laissent des traces (ecchymoses, hématomes, ...) visibles à l'école.

Qui a déclenché le signalement ?

Et la demande du signaleur ? Dans la majorité des cas (67%), les personnes qui sont à la source du signalement ne sont pas des « professionnels » de l'enfance. Ces sources sont très variées. L'importance de l'information du public, de la formation des professionnels de secteurs très variés et de l'organisation de relais et de réseaux efficaces, apparaît très clairement. Derrière le signaleur, c'est l'enfant lui-même que l'on trouve : dans un tiers des cas, l'enfant parle, se confie ou présente des signes inquiétants.

APRES LE SIGNALEMENT : LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic et l'évaluation de la situation de maltraitance évoluent au cours de leur analyse.

Au moment du signalement

L'équipe SOS Enfants doit opérer un premier tri lors d'un nouvel appel : elle évalue la demande, la gravité présumée de la maltraitance signalée, la qualité de l'information reçue, l'urgence, l'accessibilité de l'enfant et de la famille, les interventions déjà mises en place...

Après cette première écoute du signaleur, habituellement par téléphone ou bien lors d'un rendez-vous et après quelques démarches informatives, il peut apparaître que la gravité et la nature de la situation ne justifient pas l'intervention directe ou immédiate de l'équipe SOS Enfants. Mais elle requiert un avis et des conseils avec éventuellement, une ré-orientation vers un relais psychosocial, par exemple. Ce premier niveau d'aide et d'évaluation peut se limiter à un travail de deuxième ligne qui donne un avis et des conseils. Il n'y a donc pas de contact direct avec l'enfant et/ou sa famille. Cette intervention ne concerne pas les 273 dossiers analysés ici.

Dans ces dossiers, l'équipe a décidé d'intervenir directement et peut proposer, en un premier temps, un diagnostic multidisciplinaire, en équipe, qui conduira, en un deuxième temps, à des indications de protection de l'enfant, d'aide, de coordination des interventions et d'une prise en charge de durée très variable.

En un premier temps de cette évaluation, le type d'action que l'on déclarait être à l'origine de la maltraitance lors du signalement a été comparé au type d'action confirmée par l'équipe multidisciplinaire.

Ainsi les suspicions d'attouchements sexuels, fréquemment invoqués lors du signalement (47%) ne sont confirmés « que » (?) dans 30% des cas. Les punitions corporelles excessives sont un peu plus fréquentes (18%) que celles qui étaient suspectées (13%). Il en est de même en ce qui concerne les viols et les pénétrations, confirmés dans 16% des cas (suspectés dans 12%). La « négligence émotionnelle » - manque d'attention et d'affection – suspectée dans 12% des situations est confirmée dans tous les cas. Il en est de même à propos des autres modes de négligence (éducative, dans l'habitat, alimentaire, vestimentaire, ...) ainsi que des abus sexuels (environ 7%) en dehors des attouchements (30%).

Le nombre des types d'action à l'origine de la maltraitance est particulièrement élevé : une vingtaine. Elles vont de la dépression maternelle au comportement de parents drogués, en passant par la violence dans le couple, le mode de vie chaotique et l'absence de limites aux comportements « débordants » de l'enfant.

Au cours de la prise en charge

Au cours de l'évaluation, des informations sont rassemblées, qui vont permettre d'affiner le diagnostic ; grâce aux entretiens avec l'enfant, avec les différents membres de la famille et avec les intervenants.

En outre, sont rassemblées des informations relatives à la personne considérée comme responsable des mauvais traitements, aux mesures légales éventuellement prises, à la structure familiale, à d'éventuels antécédents de maltraitance chez cet enfant, ainsi que des informations concernant les parents.

Il va de soi que plusieurs types de maltraitance sont fréquemment observés chez le même enfant (13% des 273 dossiers).

L'évolution du diagnostic au cours de l'évaluation peut être résumée de la manière suivante, en considérant les différents types de maltraitance et en exprimant les résultats en pourcentage du total des maltraitements (A, B, C, D).

	A	B	C	D	E
maltraitance physique	29	17	16	23	21
maltraitance sexuelle	38	23	30	43	47
maltraitance psychologique	43	27	38	58	35
négligence	39	9	16	23	14

En E : il s'agit de pourcentages calculés sur 273 dossiers et concernant le diagnostic – ou : la maltraitance – dominant (v. infra).

En A : maltraitance présumée lors du signalement.

En B : au début de l'évaluation.

En C : au cours de l'évaluation.

En D : à la fin de l'évaluation.

Ont été exclus les diagnostics de « haut risque » (45% des dossiers), les dossiers dans lesquels aucune maltraitance n'a pu être démontrée (9%) ainsi que les dossiers dits « sans réponse » (34%) dans lesquels la description des faits de maltraitance et des facteurs qui les avaient favorisés ne répondait à aucun des items du questionnaire tels que présentés actuellement.

Il faut rappeler ici que chaque dossier peut correspondre à plusieurs diagnostics (par exemple : celui de « haut risque » chaque fois, notamment, que l'on craint une récurrence).

Le diagnostic évolue donc tout au long de l'évaluation et celle-ci permet de découvrir des maltraitements « absents » au départ et d'infirmer des signalements de maltraitance.

Il est important de démontrer dans ces situations qu'il n'y a pas de maltraitance et de disculper ainsi un adulte injustement inculpé.

Plusieurs réponses pouvant être associées à un seul et même dossier, l'analyse des observations conduit à développer un deuxième niveau de diagnostic et une structure « hiérarchique » entre les différents types de maltraitance, pour en arriver à un diagnostic « dominant ».

Ce diagnostic évolue lui aussi, au cours de l'évaluation. Ainsi les allégations d'abus sexuel lors du signalement concernent 40% des dossiers ; elles ne sont confirmées que dans 17% des cas, lors du bilan final de l'évaluation par l'équipe SOS Enfants. Les allégations de sévices physiques lors du signalement concernent 15% des dossiers ; elles ne sont confirmées que dans 7% des dossiers.

Par contre, le pourcentage des enfants considérés comme étant à « haut risque » était de 4% au début de l'évaluation et de 21% à la fin de celle-ci.

Mais s'agit-il de maltraitements graves ?

Le degré de sévérité restant à la libre appréciation de l'intervenant est donc, subjectif. C'est pourquoi une nouvelle typologie a été construite de la manière suivante. La maltraitance

était considérée comme « sévère-grave » si les lésions ou les dommages étaient très importants. Dans le groupe « antécédents », la maltraitance n'était pas nécessairement très sévère mais cependant grave parce qu'il existait des antécédents de mauvais traitements. Dans le groupe « diagnostic complexe-multiple », trois types de mauvais traitements – au moins – sont relevés dans le dossier.

Aucun de ces trois critères n'est présent dans la moitié des cas (53%). Les lésions sont importantes dans 18% des dossiers ; des « antécédents » sont présents dans 16% des cas avant que la situation ne soit signalée à l'équipe SOS Enfants. Dans 13% des cas, au moins trois types de maltraitance étaient signalés.

La maltraitance « grave » concerne aussi bien les sévices physiques (36%) que les abus sexuels (28%), la négligence (37%) ou la maltraitance psychologique (27%).

Que demande-t-on à l'équipe SOS Enfants ?

Pour un même dossier, plusieurs demandes sont adressées à l'équipe. Huit fois sur dix, une évaluation de la situation est sollicitée (sous les termes « diagnostic », « consultation » ou « investigation »). Une guidance ou une thérapie sont demandées dans un tiers des cas, notamment lorsqu'il s'agit d'abus sexuel intra- ou extra-familial, de négligences graves ou de sévices psychologiques.

Quelles sont les autres institutions impliquées ?

Et qui devront être appelées à participer à la prise en charge ? Plusieurs services sont évidemment impliqués dans un même dossier et la prise en charge d'un enfant maltraité.

Dans des proportions analogues (environ 25%), le monde scolaire et éducatif, le monde judiciaire et les services de gendarmerie ou de police sont souvent impliqués dans la prise en charge des dossiers.

Dans deux dossiers sur dix, d'autres institutions sont citées, telles : le SAJ (14%), la consultation de l'ONE (8% des dossiers) ou les institutions d'hébergement (8%).

Quelle est la durée de la prise en charge ? Et où ?

La construction de cette banque de données devait couvrir une période de six mois.

Dans près d'un quart des cas, la prise en charge a duré plus de 6 mois et, une fois sur deux, sa durée n'a pas dépassé 3 mois.

Dans la moitié des cas, la prise en charge se déroule à la consultation, dans les bureaux des équipes SOS Enfants. Elle se déroule une fois sur quatre au domicile de l'enfant ou à l'hôpital.

Quel que soit le type de maltraitance, les prises en charge sont le plus souvent proposées et réalisées en consultation et à domicile.

Dans certains cas, le dossier est transmis à un ou à plusieurs services ; le plus souvent, il s'agit du SAJ ou des services de santé mentale, partenaires privilégiés dans la prise en charge de certains dossiers.

Quel est le type de service offert ?

Dans un tiers des cas, une thérapie individuelle de l'enfant est indiquée. Surveillance et guidance sont nécessaires dans près de la moitié des situations. Une thérapie familiale ou de simples conseils sont requis dans un tiers des cas. Lors de maltraitements physiques, guidance, surveillance et assistance pratique à une famille démunie dans la majorité des cas, leur sont assurées.

Des mesures de placement de l'enfant – placement volontaire ou placement d'autorité – ont été nécessaires dans un cas sur cinq, du moins, pendant que l'évaluation se déroulait. D'autres mesures sont prises, parfois à la clôture du dossier. Mais dans la majorité des cas, aucune mesure légale n'a été prise au cours de l'évaluation de la situation de maltraitance.

A l'encontre de la personne considérée comme responsable de la maltraitance, à ce moment de l'évolution de l'analyse de la situation, des poursuites sont en cours dans un cas sur cinq.

Comment évolue l'évaluation ?

Une fois sur deux, enfant et famille consultent dans les bureaux des différentes équipes SOS Enfants. Dans 15% des situations, les équipes ont servi d'intervenants de deuxième ligne : elles aident d'autres institutions à prendre en charge et à assurer leur guidance de la famille. Mais ces situations sont minoritaires.

De quelle population s'agit-il ?

En ce qui concerne les enfants, on compte plus de filles (61%) que de garçons (39%). Ceux-ci sont plus souvent victimes de sévices physiques que les filles. Alors que sept fois sur dix, les abus sexuels concernent les filles. Petite enfance – moins de six ans – et début de l'adolescence sont les tranches d'âges les plus représentées. Dès l'âge de dix ans, les filles sont plus fréquemment maltraitées que les garçons ; ceci peut être expliqué par le plus grand nombre d'abus sexuels à ces âges-là.

Toutefois, un quart des abus sexuels sont commis sur des enfants âgés de quatre à huit ans et 45% sur des adolescents âgés de plus de douze ans. Ceux-ci sont également plus souvent victimes de maltraitance psychologique.

Où se trouve l'enfant lors du premier signalement ?

Trois quarts des enfants sont dans leur famille (biologique, d'accueil ou élargie) lorsque leur situation est signalée. Dans la famille biologique, les situations « à haut risque » et les abus sexuels sont fréquemment signalés (50% des faits signalés). En famille d'accueil, les abus sexuels et les sévices physiques sont les plus représentés.

Des « facteurs de risques » qui concernent l'enfant ?

Des facteurs relatifs à la naissance apparaissent en premier lieu dans un tiers des cas : accouchement difficile, prématurité, petit poids à la naissance (dysmaturité), jumeauté. Ceci témoigne de l'importance du dépistage des futures familles « à risques » et aussi de leur suivi à long terme.

Viennent ensuite les problèmes d'ordre psychologique retrouvés chez l'enfant : séparé de ses parents, avec des troubles du comportement, délinquant, objet de traitements psychiatriques ou qui a tenté de se suicider.

Des antécédents de maltraitance sont retrouvés dans un quart des dossiers.

Par contre, les handicaps – physiques ou mentaux – et les maladies – aiguës ou chroniques – ne semblent pas être au nombre de ces facteurs de risques de maltraitance qui concernent l'enfant (11%).

Dans près de neuf cas sur dix, lors du signalement, l'enfant n'a pas fait l'objet d'une mesure légale d'autorité : placement d'autorité ou volontaire (à court ou à long terme), suivi à domicile imposé.

Près d'un tiers des placements judiciaires déjà ordonnés au moment du signalement, concernent des abus sexuels et un quart, des maltraitements d'ordre psychologique.

Et quelle est la structure de la famille ?

Dans 44% - seulement – l'enfant vit avec ses deux parents biologiques au moment du signalement. Un quart des enfants vivent avec un seul parent (le plus souvent : avec leur mère). Et dans un quart des cas (22%), ils vivent dans une famille recomposée. Quelques-uns sont placés en institution ou en famille d'accueil au moment du signalement.

Deux enfants étaient adoptés et deux vivaient avec leur mère, dans un couple homosexuel.

Les sévices physiques sont observés (43%) surtout dans les familles biologiques. Dans près d'un tiers des cas, l'enfant vit dans une famille monoparentale « maternelle ». Près de la moitié des abus sexuels intra-familiaux sont observés chez des enfants qui vivent chez leurs parents biologiques. Dans près d'un tiers des cas, l'enfant vit dans une famille monoparentale « maternelle » (21%) ou « paternelle » (6%).

Les abus sexuels extra-familiaux sont le plus souvent observés chez des enfants qui vivent avec leurs parents biologiques.

Près de la moitié (44%) des situations de négligence concernent des familles recomposées. Dans près de la moitié des cas, les maltraitements psychologiques touchent des enfants qui vivent avec leurs deux parents. Dans un quart des cas, elles visent des enfants qui vivent dans des familles monoparentales (des deux types).

Dans les six mois qui suivent l'ouverture du dossier – durée impartie à l'analyse des dossiers – un enfant sur trois connaît une modification de la structure de sa famille : les parents se séparent (13%), l'enfant est séparé de sa famille (13%) ou la personne responsable de la maltraitance est séparée de la famille (10%).

Ceci démontre que, dans bon nombre de situations, les équipes SOS Enfants travaillent avec des familles en crise. Si l'enfant est victime de sévices physiques, la structure familiale reste identique, dans près d'un cas sur deux. Il y a très peu de séparations du couple parental pour ce type de maltraitance ; mais l'enfant sera séparé de sa famille (deux fois sur dix).

Lors d'abus sexuels, quelques enfants sont séparés de leur famille. On peut supposer que lors des abus intra-familiaux, l'abuseur est écarté de la famille ; mais ce n'est le cas que dans un tiers des cas. Du moins, dans le délai de six mois impartis à l'analyse des dossiers.

Par contre, les situations de maltraitance psychologique sont souvent accompagnées de séparation du couple parental (20%) et d'éloignement de l'enfant (18%). Et ce, plus souvent que dans les autres types de maltraitance.

Quel est le profil des parents ?

Leur âge ? La tranche d'âge la plus représentée pour les mères et pour les pères, se situe entre 30 et 40 ans (56 et 43%). Les pères sont généralement plus âgés que les mères (au-delà de 50 ans : 1% et 11%).

Six fois sur dix, les parents se connaissent depuis plus de deux ans.

Leur niveau de scolarité est très variable, depuis le niveau « primaires incomplètes » jusqu'au « supérieur » universitaire ou non. Les équipes SOS Enfants ne travaillent donc pas uniquement avec des familles socio-culturellement défavorisées. Six fois sur dix, la mère n'a pas d'emploi ; elle est chômeuse ou a décidé de ne pas avoir d'emploi. Près de quatre fois sur dix, le père est sans emploi : un taux de chômage plus élevé que le taux moyen observé dans la Communauté française.

Le logement ? Le nombre d'observations et les questions essentiellement ciblées sur l'aspect « lésionnel » de la maltraitance sont tels qu'il n'est pas possible d'établir un lien entre le type et la durée du logement actuel des parents, et un type de maltraitance.

La nationalité des parents ? La majorité sont de nationalité belge ou naturalisés. 77% des pères et 82% des mères utilisent le français comme langue première. Quelques-uns ont un statut de réfugiés.

Leurs antécédents ? Dans les cas où ils sont connus, 98% n'ont aucun délit à se reprocher chez les mères. Chez les pères, ces antécédents ne sont connus avec certitude que dans la moitié des cas et neuf fois sur dix, ils n'avaient commis aucun délit ; quelques-uns avaient commis un (ou des) délit(s) sans violence.

Les mères consomment des drogues et des médicaments quinze fois sur cent : de manière permanente ou occasionnelle, sans ou sous contrôle médical, elles consomment des médicaments et quelques-unes, des drogues illicites. Leur consommation d'alcool est mal connue.

Lorsque l'intervenant dispose d'informations sur les antécédents de la mère, il s'agit de mauvais traitements, de négligences et d'abus sexuel dont 43% d'entre elles ont été victimes dans leur enfance.

Près d'un tiers des mères ont des antécédents psychiatriques (traitements psychiatriques, troubles du comportement, tentatives de suicide).

La notion de violence transgénérationnelle est « classique » et considérée comme importante. Ce n'est pas le cas dans cette série de 273 dossiers : sa fréquence est relativement peu élevée.

Toutefois, dans un quart des cas de sévices physiques observés chez les enfants, on constate une prépondérance des antécédents de maltraitance. Dans les cas d'abus sexuel, ce sont aussi les antécédents de maltraitance et d'abus sexuel qui sont le plus fréquemment observés.

Lorsque l'enfant est négligé, on constate que la mère a été maltraitée, négligée ou abusée. En outre sont signalés : des antécédents psychiatriques chez cette mère, des handicaps, une maladie chronique et une séparation d'avec ses parents.

Lorsque l'enfant est victime de maltraitance psychologique, on retrouve chez la mère des antécédents de troubles du comportement et de traitements psychiatriques.

En ce qui concerne le père, si on ne considère que les 172 réponses valables, huit fois sur dix il n'existe aucun antécédent de délits envers les enfants. Mais 13% d'entre eux ont déjà commis des abus sexuels !

Les drogues et les médicaments sont utilisés aussi fréquemment que par les mères. Par contre, les pères consomment plus fréquemment de l'alcool que les mères et en sont plus souvent dépendants.

Il est difficile d'obtenir des informations sur les antécédents du père : ils sont particulièrement discrets à ce sujet et les items du questionnaire ne sont pas suffisamment précis. Dans 3 à 6% des cas, ils auraient présenté des troubles psychiques et connu une séparation précoce d'avec leurs parents.

Des facteurs de stress ? Et qui auraient pu favoriser la survenue de mauvais traitements infligés à l'enfant ? Ce sont essentiellement les « dysfonctionnements » au niveau du couple, problèmes relationnels (dans un tiers des cas !), violence au sein du couple et immaturité des parents (dans deux cas sur dix) avec l'isolement familial et social. La fréquence du chômage, par contre, n'est guère plus élevée que dans l'ensemble de la population (12,5%).

Les situations de négligence « cumulent » les « facteurs de stress » : logement inadéquat, immaturité des parents, isolement social.

Problèmes de couple et violence dans le couple sont fréquemment retrouvés lorsque l'enfant est victime de maltraitance psychologique ou sexuelle.

Qu'en est-il des relations entre parents et enfants ?

Dans plus de neuf cas sur dix, la mère est la mère biologique (95%). Par contre, le père est souvent (11%) le beau-père.

Avec la mère, une relation positive n'est décrite que dans 40% des cas. Elle est incapable de faire face au comportement de l'enfant dans un tiers des cas. Les relations entre la mère et l'enfant sont « négatives » dans 17% des cas. Elle a parfois des attentes irréalistes à l'égard de l'enfant.

Les sévices physiques sont plus fréquents lorsque la mère ne sait pas faire face aux comportements de l'enfant. Elle néglige gravement son enfant dans les mêmes circonstances et lorsqu'elle ne peut faire face à ses besoins alimentaires. L'incapacité de faire face aux comportements de l'enfant est retrouvée six fois sur dix dans les situations de maltraitance psychologique alors que quatre fois sur dix, la relation de la mère avec l'enfant est positive !

Avec le père, les relevés manquent de précision dans 40% des cas. La relation père-enfant est « positive » dans un quart des cas.

Quelle est la personne estimée responsable de la maltraitance ?

Il serait plus adéquat de dire : la personne ou les personnes estimée(s) responsable(s) parce que dans un quart des cas, deux personnes sont estimées responsables et dans la plupart des cas, c'est le couple parental qui est cité.

Dans huit cas sur dix, les faits de maltraitance se déroulent dans le milieu familial et le plus souvent dans la famille nucléaire (père, mère, enfant). Ce sont les parents qui sont, le plus souvent, à l'origine des faits relevés. Une fois sur dix, la personne estimée responsable ne fait pas partie du milieu familial.

Une fois sur deux, lorsque le père est estimé responsable, il s'agit d'un enfant de moins de six ans. Six fois sur dix, lorsque la mère est l'auteur des faits, ce sont des enfants âgés de moins de six ans et plus souvent, de moins de trois ans. Lorsque la personne estimée coupable est le substitut paternel ou un adulte connu de la famille, il s'agit d'un abus sexuel dans un quart des cas.

SYNTHESE ET CONCLUSIONS GENERALES

Cette analyse de 273 dossiers met en évidence la complexité des phénomènes en jeu dans le domaine de la maltraitance qui, finalement, semble être un concept quasi insaisissable. En effet, il n'existe pas une typologie unique de la maltraitance. Mais on observe de nombreuses formes de maltraitance plus ou moins bien définies et caractérisées, plus ou moins graves (mais selon quelle échelle objective de gravité ?), témoignant surtout de troubles relationnels entre l'enfant et les adultes qui l'entourent. Les troubles vont s'exprimer soit sous une forme aiguë, soit « chronique » souvent sous l'effet de facteurs extérieurs qui vont en précipiter l'expression.

Une deuxième constatation : les appels aux équipes SOS Enfants sont très rarement injustifiés et dénués de tout fondement. Mais les allégations de maltraitance au moment du signalement ne permettent pas de prédire le diagnostic final. En effet, le diagnostic évolue et progresse grâce à et au cours de la prise en charge de l'enfant et de la famille. L'aide qui peut leur être apportée (dans le cadre qui peut rester confidentiel) permet de recueillir des informations plus significatives que celles dont on disposait lors du signalement, tout en permettant d'ajuster les mesures d'aide à chaque situation particulière et en tenant compte de ces informations.

Cette évolution du diagnostic remet en question les méthodes dites « rapides » et considérées parfois comme infaillibles. Ces méthodes font appel aux techniques « modernes » des questionnaires « exhaustifs » et aux enregistrements (vidéogrammes et bandes magnétiques) qui, parfois, se veulent, eux aussi, « exhaustifs ».

En savoir plus à propos d'une situation de maltraitance pour en apporter des preuves et/ou pour en évaluer les conséquences relève du domaine de l'expertise. En savoir plus au cours d'une démarche qui cherche à assurer la protection de l'enfant et à lui apporter une aide – à lui et à sa famille – permet d'affiner progressivement, pas à pas, l'évaluation de la situation de maltraitance.

Une troisième constatation : en acceptant d'évaluer et de prendre en charge des situations considérées comme étant à « haut risque » (des enfants qui pourraient connaître la maltraitance ou qui ont déjà vécu une ou plusieurs formes de maltraitance) les équipes SOS Enfants peuvent soit mettre à jour des maltraitements graves, soit prendre en charge à titre préventif, des familles « à problèmes ». De manière telle que l'aide peut être apportée avant la survenue de mauvais traitements avérés. C'est particulièrement vrai à propos des interventions au bénéfice de nourrissons et de très jeunes enfants.

A propos de cette notion de « haut risque », le dispositif SOS Enfants n'est pas un système où la recherche de la preuve revêt un caractère essentiel, ni un système dans lequel l'absence de preuve conduit nécessairement à une absence d'intervention.

L'action de l'équipe SOS Enfants va dans deux directions. D'un côté, elle vise à rechercher des informations significatives – informations qui sont souvent hétérogènes, tantôt objectives, tantôt subjectives. D'un autre côté, elle vise à proposer de l'aide, à évaluer et à comprendre la situation de l'enfant et de sa famille, en établissant avec eux une relation simplement humaine.

Proposer de l'aide, c'est souvent proposer un changement, et, rapidement, mettre à l'abri la victime hors des comportements dangereux et/ou destructeurs. Cet aspect protectionnel est plus rapidement abordé que dans un système qui attend la preuve de la maltraitance.

La notion floue et imprécise de « haut risque » est basée sur l'expérience et la qualification d'une équipe multidisciplinaire – qualification à prédire ce risque de mauvais traitements. Elle a ses limites mais un système de type binaire où la maltraitance serait considérée soit comme absente, soit comme présente et qui exclurait les situations « intermédiaires », conduirait à un modèle d'intervention rigide, incompatible avec une perspective de prévention qui ira d'une simple inquiétude ne justifiant qu'une « attention » à plus ou moins long terme, jusqu'à un programme complet d'assistance, adapté aux besoins. Un système binaire risque aussi de stigmatiser les familles vulnérables et en crise.

L'enfant à « haut risque » est un enfant soumis à une série de conditions de vie susceptibles de favoriser ou de déclencher la maltraitance. Il ne trouve donc pas sa place dans un tel système binaire. Sa situation sera améliorée par l'assistance et par une aide psychosociale coordonnée ainsi que par certaines formes de discrimination positive. Et mieux qu'elle ne pourrait l'être en le désignant comme victime ou, pire, comme future victime ! Cliniquement, certains cas à « haut risque » sont bien plus graves que d'autres situations qui seront qualifiées de « mauvais traitements avérés », en raison, par exemple, d'un fait de maltraitance établi mais isolé.

En conclusion, nous pensons que le concept d'aide à l'enfant en danger (ou à haut risque), ou l'aide aux familles vulnérables, doit rester un pôle reconnu et important de l'action des équipes SOS Enfants. Notre étude nous a indiqué, sans cependant en apporter la démonstration formelle, que la typologie des cas avérés et celle des situations « à haut risque » sont très semblables : violences dans le couple, problèmes de couple, troubles psychiques d'un parent, incapacité à faire face aux comportements de l'enfant, troubles des frontières intergénérationnelles.

L'accès volontaire des familles aux services SOS Enfants passe par cette offre clairement maintenue : une image des équipes SOS Enfants qui ne serait associée qu'à « la maltraitance » détournerait de plus en plus et les familles et les intervenants de ces services.

Nous recommandons de maintenir une large ouverture à l'entrée [les chercheurs sociologues ont parlé d'absence de filtre(s) binaire(s) d'entrée type oui/non] quitte à relayer rapidement le soutien préventif à apporter vers les structures existantes (dont le dispositif ONE).

Une quatrième constatation : le poids considérable des situations d'abus sexuels dans l'ensemble des activités des équipes SOS Enfants. Celles-ci, au moment de leur agrément (entre 1985 et 1990) étaient tournées essentiellement vers les autres formes, déjà mieux connues et dépistées, de mauvais traitements.

Le poids de la demande thérapeutique adressée aux équipes SOS Enfants dans ces cas d'abus sexuels ainsi que la charge qu'ils représentent dans les consultations grèvent certainement les ressources disponibles dans les autres domaines de la maltraitance.

Cinquième constatation : notre étude met en évidence l'interaction très fréquente avec le monde judiciaire. Il n'y a donc pas à l'heure actuelle, de clivage réel entre les deux types d'approche. Leur complémentarité continue évidemment à poser question à de nombreux niveaux mais le questionnaire CAPCAE n'avait pas pour but de clarifier ces problèmes.

A l'inverse, il faut constater qu'un pan très vaste, majoritaire, des situations traitées par les équipes SOS Enfants ne relèvent pas d'une intervention judiciaire. C'est d'autant plus vrai que depuis 1991 le Service d'Aide à la Jeunesse (SAJ créé par le décret de la Communauté française du 04.03.1991 relatif à l'Aide à la Jeunesse) offre un cadre et des moyens d'aide volontaire.

Sixième constatation : 43% des interventions concernent la petite enfance (enfants de 0 à 6 ans). La surreprésentation des filles est interpellante. Elle ne s'explique qu'en partie par le fait que les abus sexuels (qui sont cités dans 38% des dossiers) concernent 73% de filles contre 27% de garçons. Mais les filles sont, dès le plus jeune âge, considérées plus souvent « à haut risque », donc en danger. Il n'est pas impossible que notre évolution culturelle et sociale en matière d'égalité de statut entre filles et garçons soit bien moins avancée qu'on ne l'imagine généralement.

Dernière constatation : les formes graves de maltraitance touchant de jeunes enfants sont très rares dans notre étude. La recherche européenne CAPCAE a montré bien plus de cas sévères, y compris des décès, que dans notre échantillon. Nous y voyons, grâce à l'étude et grâce à notre recul de vingt années d'expérience, le fruit d'une politique de prévention, de dépistage et de traitement clairement mise en place pour lutter contre ce phénomène, premier apparu dans le champ de ce que l'on nomme aujourd'hui « la maltraitance ». Nous pensons que cette action doit continuer à être reconnue et soutenue, en l'élargissant plus au domaine de la négligence et des mauvais traitements psychologiques.

A l'issue de ce travail, il apparaît indispensable de dégager des ressources complémentaires tant pour les équipes SOS Enfants que pour la formation des professionnels dans les sphères suivantes :

- groupes de parole ou thérapeutiques pour enfants victimes, pour parents maltraitants, pour adolescents passant à l'acte sur de jeunes enfants, pour adultes abuseurs ;
- thérapies de couple et médiations dans les situations de violences conjugales ou de séparations gravement conflictuelles ;
- action concertée d'aide aux familles à problèmes multiples au niveau local, en partenariat avec les CPAS (apparemment très peu acteurs dans ce domaine).

Cette étude pourrait apporter réponse aux questions restées ouvertes dans le présent travail. Ces réponses pourraient guider les décideurs dans leurs choix, tout en inscrivant notre Communauté dans le débat européen.