

## Alerter ? Analyser ? Convaincre ? L'apport des données statistiques des équipes SOS Enfants

Marc GERARD<sup>1</sup>

---

La journée anniversaire de la fondation des équipes SOS Enfants nous a réunis, à l'initiative de l'ONE, autour de différents thèmes liés à nos activités et nous a permis d'échanger sur ce qui nous est commun et sur ce qui constitue nos spécificités. Dans ce cadre, un exposé statistique basé sur les données centralisées par l'ONE depuis plusieurs années, nous a offert une vue d'ensemble de l'évolution des services proposés à la population, des types de situations prises en charge et des collaborations établies entre nos équipes et les intervenants extérieurs, du secteur professionnel ou non. Si les chiffres sont nécessairement réducteurs et invitent à la prudence dans la réalité qu'ils nous offrent à lire, ils n'en constituent pas moins des indicateurs de certaines tendances indéniables. Que nous apprennent - ils ? Dans le cadre de ce résumé, les tableaux présentés au colloque ne trouvent pas leur place. Ils sont cependant à disposition sous forme d'un tiré à part<sup>2</sup>.

**En termes de signalements :** Le nombre de nouveaux signalements des équipes SOS Enfants est passé de 1936 en 1993 à 3417 en 2001. Nous notons donc une augmentation de plus de 70% sur 10 ans, avec un pic du nombre de demandes dans les années « Dutroux », et surtout en 1996, autour de la découverte des corps de Julie, Mélissa, Ann et Eefje, et ce principalement pour suspicions d'attouchements ou d'abus sexuels. Cette augmentation au cours des 10 dernières années ne s'explique que pour une part par la médiatisation de ces événements et la vigilance accrue qui en a résulté. Fondamentalement, l'augmentation résulte d'une plus grande (re)connaissance de notre action dans le grand public au fil des années. Cette augmentation ne signe donc sans doute pas tant un accroissement réel du nombre de cas de maltraitance qu'un accroissement du nombre de cas de maltraitance révélés. Les équipes SOS Enfants sont devenues des interlocuteurs de confiance, de plus en plus sollicités ; nos activités se sont diversifiées pour répondre à la demande et aux besoins que nous percevons. Force est de constater que, malheureusement, nos moyens n'ont pas été augmentés dans les mêmes proportions. La très grande majorité des signalements concerne des situations nouvelles (entre 85 et 90%), mais il arrive également qu'ils touchent des situations déjà connues (entre 10 et 15% des cas). Environ la moitié des cas signalés sera prise en charge, l'autre moitié faisant l'objet de réorientations.

**Qui sont les signaleurs ?** Depuis la création des équipes, une augmentation très nette du pourcentage de signaleurs non-professionnels se marque, surtout depuis « l'affaire Dutroux ». La répartition signaleurs professionnels versus non-professionnels est à présent de 50-50. Nous y voyons une double explication : une meilleure information des familles a fait connaître l'action de nos équipes, et les familles se tournent de plus en plus vers des interlocuteurs de confiance. Elles sont également plus attentives aux risques du maltraitance et demandent plus rapidement de l'aide. Parallèlement, les intervenants professionnels, également mieux informés et formés (cf. campagne de formation de 1996-1997) sont plus à mêmes de gérer seuls des situations de maltraitance. Quant au nombre de signaleurs

---

<sup>1</sup> Pédopsychiatre, président du Collège des Coordinateurs Enfance Maltraitée (CCEM), coordinateur du Centre SOS Enfants de l'ULB – CHU Saint-Pierre (bâtiment 200) – Rue Haute, 322 – 1000 Bruxelles - intervention réalisée avec la collaboration de M. Van de Maele, psychologue.

<sup>2</sup> Rapport d'activités 2001 de l'Action Enfance Maltraitée, disponible auprès du Service SOS-Enfants de l'O.N.E – Tél. 02/542.14.10

anonymes, peu significatif, il diminue d'année en année, en lien avec la volonté des équipes de responsabiliser les personnes qui leur font un signalement. Il faut noter que les signaleurs ne dénoncent pas les mêmes types de maltraitance selon qu'ils appartiennent au réseau professionnel ou non. Signaleurs professionnels : au cours des années, les signalements adressés par les réseaux médicaux, scolaires et psychosociaux, qui deviennent les principaux signaleurs professionnels, augmentent, alors qu'avant, le SAJ et la Justice constituaient les signaleurs majoritaires. Les professionnels dénoncent surtout la maltraitance physique, la négligence et les situations à risque, et cela reste une constante au fil des ans. Signaleurs non-professionnels : le plus souvent, il s'agit de la mère ou d'un membre de la famille de l'enfant. Les non-professionnels dénoncent plus souvent la maltraitance sexuelle, - surtout les mères, bien souvent dans des contextes de séparation ou de conflits conjugaux -, la cruauté mentale ou d'autres formes de maltraitance. Notons que dans ces situations de séparations conflictuelles dans lesquelles les mères suspectent des attouchements ou des abus sexuels, il y a souvent une évolution du signalement au diagnostic qui met en évidence que c'est souvent le couple parental, et non uniquement le père, qui est susceptible de maltraiter l'enfant, surtout psychologiquement, et qu'il n'y a pas toujours maltraitance sexuelle comme énoncé. Une petite remarque encore pour clôturer ce paragraphe consacré aux signaleurs : l'enfant signale très peu de lui-même aux équipes SOS la maltraitance dont il est victime et ça a toujours été le cas, sans doute parce qu'il s'adresse préférentiellement aux intervenants de 1<sup>ère</sup> ligne (école, médecin, famille, etc.) qui relaient sa parole.

**A quelles demandes faisons-nous face ?** De façon relativement constante, la majorité des demandes concerne des interventions (environ 60%) ou des conseils (40%). En ce qui concerne cette dernière catégorie, notons que les équipes jouent un rôle essentiel d'information mais aussi de triangulation qui favorise le décentrage.

**Quelles interventions pour répondre à ces demandes ?** L'activité des équipes se répartit de façon relativement égale entre la prise en charge de nouvelles situations et la poursuite de suivis d'anciens dossiers. Les actions menées par rapport aux nouveaux dossiers se répartissent entre prises en charges (environ un tiers des cas), investigations (entre un quart et un tiers des cas), interventions de crise et travail de réseau.

**Qui est l'auteur de la maltraitance ?** Il nous faut d'emblée faire deux distinctions : d'une part entre maltraitance intrafamiliale et extrafamiliale, et d'autre part entre auteur signalé et auteur avéré. Maltraitance intrafamiliale : dans la très grosse majorité des cas (85%), l'auteur fait partie de la famille proche ou élargie de l'enfant. Les mères, qui sont les signaleurs majoritaires, dénoncent souvent leur compagnon (père ou beau-père de l'enfant). Il est exact bien souvent que le père est l'auteur de la maltraitance mais lors du signalement, il y a parfois minimisation du rôle de la dynamique de couple dans la maltraitance.

Le couple parental est en réalité plus souvent maltraitant que signalé, notamment lorsqu'il y a conflits, séparation, violence intraconjugale, etc. (maltraitance psychologique surtout). Prudence donc ! Maltraitance extrafamiliale : cette forme de maltraitance constitue environ 15% des cas de maltraitance. Il s'agit le plus souvent de maltraitance sexuelle de la part d'hommes (90%) connus de l'enfant et de plus en plus souvent, de la part d'hommes mineurs d'âge, ce qui pose de nouvelles questions en termes de prise en charge par les équipes.

**Lieu de vie habituel de l'enfant et lieu de survenance de la maltraitance** : l'enfant vit le plus souvent dans son milieu familial, et dans environ 60% des cas en famille nucléaire, qui n'est composée que dans environ 35% des cas des parents biologiques de l'enfant. La maltraitance survient dans plus de 70% des situations dans le milieu de vie habituel de l'enfant, et dans environ 15% des cas lors des droits de visite. Quand la maltraitance survient en dehors du lieu de vie habituel de l'enfant, elle est de nature sexuelle en très grosse

majorité (de 60 à 80% des cas ). Il n'est en pas moins vrai que 70% des abus sexuels sont intrafamiliaux.

**Pour quels types de maltraitance sommes-nous sollicités ?** A nouveau, il nous faut distinguer maltraitements signalés et diagnostiqués. Au niveau des signalements, nous trouvons dans l'ordre décroissant : maltraitance sexuelle, maltraitance physique, négligence, et situations à risque. Cela diffère des diagnostics où nous retrouvons surtout les catégories maltraitance sexuelle et haut risque, et dans une plus faible mesure les catégories maltraitance physique et négligence. Cette recatégorisation doit bien sûr être nuancée par le degré de certitude quant au diagnostic établi : diagnostic certain ou hautement probable dans plus de 85 % des cas, incertain ou en cours dans moins de 15 % des situations.

**Envisageons la maltraitance en fonction de l'âge et du sexe des enfants rencontrés :** globalement, les filles (58%) sont plus exposées à la maltraitance que les garçons (42%), surtout à la maltraitance sexuelle (70% de filles versus 30% de garçons). Les garçons, lorsqu'ils sont maltraités, font plus souvent l'objet de maltraitance physique que les filles, surtout en bas âge. Si les garçons sont globalement plus exposés dans la petite enfance (entre 3 mois et 2 ans), les filles le sont plus au moment de l'entrée à l'école primaire et à l'adolescence (surtout pour la maltraitance sexuelle). Enfin, en fonction de l'âge, la forme de maltraitance prédominante en fréquence, tant pour les garçons que pour les filles, n'est pas la même : la négligence se marque surtout entre 0 et 3 ans et diminue avec l'âge, et il en va de même pour les situations à haut risque. La cruauté mentale se manifeste entre 3 ans et 15 ans surtout. La maltraitance physique touche de façon relativement égale toutes les tranches d'âge, et diminue après 15 ans. Quant à la maltraitance sexuelle, elle augmente avec l'âge, et touche principalement les enfants entre 3 et 18 ans.

**Quels types d'atteintes observons-nous sur l'enfant ?** En général, il y a peu d'atteintes physiques observables (10%). Il y a rarement d'atteintes graves, mais plutôt des traces superficielles de maltraitance : ecchymoses, hématomes, griffes, etc (58% des atteintes physiques). Nous remarquons le plus souvent des atteintes d'ordre psychologique (79%) et/ou psychosomatique (11%). Parmi les atteintes psychologiques : 23% de troubles psychopathologiques dont 47% d'angoisses et d'agitation anxieuse, 18% de dépression et 16% de sentiments de dévalorisation. Nous observons également 39% de troubles du comportement dont 35% d'agressivité, d'agitation, de fugues ou de tentatives de suicide, 25% de repli sur soi, 12% de comportement pseudo-adulte et 10% de sexualisation du comportement. Parmi les 17% de troubles du développement, nous trouvons 52% de troubles d'apprentissage, 14% de problèmes de langage, et 13% de retard psychomoteur.

Enfin, au niveau des troubles psychosomatiques (11%), nous notons 37% de troubles du sommeil, 20% de troubles alimentaires, et 17% d'énurésie/encoprésie. Il serait bon que les différents intervenants susceptibles de rencontrer des situations de maltraitance soient formés à dépister ces signes par lesquels l'enfant exprime sa souffrance et appelle à l'aide.

**Quelles collaborations avec les intervenants professionnels ?** La collaboration se fait principalement avec le réseau scolaire ; elle se renforce d'ailleurs au fil du temps. Ensuite interviennent surtout le SAJ et la Justice, mais la collaboration avec ces instances diminue d'année en année. Le réseau médical, de même que le réseau psychosocial par contre se montrent de plus en plus collaborateurs avec les équipes SOS Enfants, tandis que le réseau « petite enfance » reste un collaborateur constant (10%). Notons que le faible taux d'intervention du réseau petite enfance, à la fois en termes de signalements et de collaborations, s'explique par deux facteurs : d'une part, ce réseau n'intervient que pour les tout petits enfants (0 à 3 ans surtout), le réseau scolaire prenant ensuite le relais, or la majorité des cas ont plus de 3 ans. D'autre part, le réseau « petite enfance » et le réseau médical sont difficilement dissociables dans le système de collecte des données qui est à la disposition des équipes depuis plusieurs années.

**Lieu de placement de l'enfant lors d'écartements d'urgence :** L'hôpital devient de plus en plus un lieu de placement lorsqu'une mesure d'écartement d'urgence est indiquée, tandis que les familles d'accueil et les centres d'accueil d'urgence sont moins sollicités qu'auparavant. Cette croissance du nombre de prises en charge d'enfants maltraités dans les hôpitaux (plus de 40% des cas en 2001 contre 17% en 1998) nécessite une formation adaptée du personnel médical et infirmier à ces situations (contacts avec l'enfant, avec sa famille, avec les équipes SOS), de même que l'aménagement d'une infrastructure qui permette des séjours relativement longs si nécessaire pour des enfants qui bien souvent ne sont pas malades et ne correspondent donc pas à la patientèle habituelle de ces services. Il est indéniable que l'orientation rapide d'enfants vers un hébergement provisoire se heurte à des difficultés sans cesse croissantes.

**Pour terminer, quels facteurs de vulnérabilité à la maltraitance relevons-nous à partir des situations que nous rencontrons ?** Au niveau de l'entourage de l'enfant : des facteurs psychopathologiques, environnementaux et de contexte interviennent pour des parts relativement égales dans cette fragilisation face à la maltraitance. Au niveau des facteurs psychopathologiques, la violence conjugale et les antécédents psychiatriques sont les plus fréquents. Au niveau du contexte, les problèmes relationnels dans le couple ou sa séparation constituent un facteur de risque majeur. Enfin, au niveau de l'environnement, ce sont l'isolement social, la pauvreté et l'exiguïté du logement qui sont les plus susceptibles de favoriser la maltraitance. Un travail de prévention et d'accompagnement multidisciplinaire de ces familles à risque est indispensable dans le traitement de la maltraitance. Au niveau de l'enfant : Prématurité, gémellité, retards de développement, et troubles des relations précoces parents-enfants constituent des facteurs de vulnérabilité non négligeables. Là aussi, un travail de dépistage et de prévention se révèle essentiel.

Ces quelques données statistiques, fort simplifiées, nous offrent une triple vision : une **analyse** de nos activités, qui nous sert à **alerter** les pouvoirs publics sur les réalités en perpétuelle évolution que nous rencontrons et grâce à laquelle nous sommes de plus en plus **convaincus et convaincants** quant à la nécessité de maintenir en état les dispositifs actuels et de développer de nouveaux pôles de compétences.