

# Rapport statistique 2004 de l'Action Enfance Maltraitée de la Communauté française de Belgique

## Quelques chiffres

4.500 brochures relatives à la maltraitance ont été distribuées par le Service SOS Enfants auprès de professionnels et, dans une moindre mesure, aux non-professionnels (étudiants, parents, autres).

159 signalements d'enfants en difficultés ont été orientés vers les travailleuses médico-sociales, les équipes SOS Enfants ou autres.

114 travailleuses médico-sociales confrontées à une situation difficile ont été soutenues par une référente maltraitance du service SOS Enfants.

## *La prévention primaire de la maltraitance : les Travailleurs médico-sociaux*

Il est prouvé que promouvoir des visites à domicile en période périnatale et durant la petite enfance chez les familles vulnérables (parent seul ou jeune, bas statut socio-économique) diminue les maltraitements d'enfant.<sup>1</sup>

La prévention primaire de la maltraitance réside en effet dans notre capacité à mettre en place des structures sociales et économiques de soutien aux familles et à leurs enfants. Elle ne peut résulter que de la création d'un climat dans lequel la difficile tâche qui consiste à élever des enfants est valorisée et non pas considérée comme allant de soi.<sup>2</sup>

Par l'accompagnement offert aux familles, dans un travail de proximité basé sur la rencontre des parents dans leur réalité, les travailleurs médico-sociaux de l'O.N.E. jouent donc un rôle fondamental dans la prévention de la maltraitance.

Pour soutenir et orienter les travailleurs médico-sociaux dans cette tâche difficile et pourtant fondamentale qui est la leur, l'O.N.E. a doté le Service SOS Enfants de la fonction de « référente maltraitance ». La référente maltraitance a pour mission d'accompagner les TMS qui sont confrontées à des situations difficiles ou « à risques », leur proposant ainsi un temps d'arrêt et un autre regard sur leur compréhension de la situation. Les phénomènes de contamination et la nécessité de partager ces ressentis et ces questions avec un tiers répondent à une rigueur

---

<sup>1</sup> La maltraitance infantile, la violence conjugale et la violence à l'égard des personnes âgées, rapport du Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique et du Secrétaire d'État aux Familles et aux Personnes handicapées, 2004, p 14.

<sup>2</sup> LUDWIG S., Le traitement des maltraitements et des violences chez l'enfant, Annales Nestlé 2004, 62 : 36

éthique tout particulièrement dans le secteur de la maltraitance. Il est également indispensable d'offrir aux TMS un soutien individuel, compte tenu de la charge émotionnelle qu'entraînent inévitablement les situations qu'elles prennent en charge.

### Composition

726 travailleurs médico-sociaux travaillant sur le territoire de la Communauté française, répartis comme suit :

Agglomération bruxelloise	176
Brabant wallon	45
Hainaut	233
Liège	153
Luxembourg	47
Namur	72

### Quelques chiffres

S'il est impossible de quantifier les situations de maltraitance que l'action des TMS a permis d'éviter, on peut toutefois observer qu'un plus faible pourcentage d'enfants de 0 à 3 ans est pris en charge par les équipes SOS Enfants.

On peut émettre l'hypothèse que l'action des TMS de l'O.N.E. a pour effet de prévenir les situations de maltraitance dans cette tranche d'âge.

En pratique, les référentes maltraitance du Service SOS Enfants ont été consultées pour 188 situations difficiles auxquelles 114 TMS étaient confrontés.

### ***La prévention secondaire : les équipes SOS Enfants anténatales***

Beaucoup de situations de maltraitance peuvent d'autant plus être évitées lorsqu'une aide adéquate est prodiguée avant la naissance même de l'enfant.

Les consultations prénatales de l'O.N.E. sont des lieux privilégiés où ce type de prévention de la maltraitance peut être exercé : les TMS qui détectent les situations à risque autour de la naissance le signalent à une psychologue et un pédopsychiatre. Ces intervenants forment ensemble, une équipe SOS Enfants anténatale et vont prendre en charge les futures mères qui rencontrent des difficultés psychosociales, relationnelles ou psychologiques et intervenir lorsque la gravité des problèmes est telle que le futur bébé risque d'être négligé, voire maltraité.

### Composition

Actuellement, seules 3 équipes SOS Enfants anténatales existent à partir des consultations prénatales hospitalières de l'O.N.E. (CHU Saint-Pierre, CHR Liège, CHR Namur). Cela représente 3 ETP essentiellement de psychologues et pédopsychiatres.

Une équipe SOS Enfants a par ailleurs développé une action anténatale, en l'absence de toute consultation prénatale dans la Province du Luxembourg : il s'agit de « Bébé Accueil », de l'équipe SOS Enfants du Luxembourg.

L'O.N.E. souhaiterait harmoniser et développer les équipes SOS Enfants anténatales.

### Quelques chiffres

242 parents en difficultés avant la naissance de leur enfant ont pu bénéficier de l'intervention d'un psychologue dans le cadre d'une équipe SOS Enfants anténatale (soutien, guidance ou prise en charge thérapeutique).

### ***La prévention tertiaire : les équipes SOS Enfants postnatales***

Les équipes SOS Enfants postnatales agissent après la naissance de l'enfant. Elles préviennent et traitent les situations où des enfants jusque 18 ans sont victimes de négligence ou de maltraitance qu'elle soit physique, psychologique ou sexuelle.

« La maltraitance a tant de causes différentes, s'exprime par des manifestations si diverses et affecte tellement d'éléments de la société, qu'il est reconnu qu'une approche multidisciplinaire de son traitement est souvent plus efficace. Les enfants maltraités peuvent avoir une myriade de problèmes, aussi bien physiques et psychologiques, que de comportement, de développement, d'éducation, de vocation, etc. Les familles qui les maltraitent peuvent aussi avoir d'innombrables problèmes, aussi bien économiques et de logement que de santé, y compris mentale, de défauts de soutien, de drogue et autres. L'approche multidisciplinaire est, en effet, souvent nécessaire pour essayer de satisfaire le ou les besoin(s) de l'enfant et de sa famille. Elle est également précieuse dans de nombreux cas en raison des jugements de valeur que ces comportements violents suscitent et des questions éthiques qui en découlent. Avoir à sa disposition un éventail

étendu de professionnels permet d'autre part, de mieux prendre en compte des systèmes de valeur (par exemple, culturels, religieux ou en rapport avec la classe sociale) qui peuvent interférer avec la prise de décision. La diversité des équipes permet de gérer la diversité de la population concernée et de mieux prendre en considération l'ensemble des questions éthiques liées à la maltraitance chez l'enfant »<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> LUDWIG S., Le traitement des maltraitances et des violences chez l'enfant, Annales Nestlé 2004, 62 : 31-32

### Composition

Il existe maintenant 14 équipes SOS Enfants réparties sur le territoire de la Communauté française, qui préviennent et traitent les situations où des enfants, jusque 18 ans, sont victimes de négligence ou de maltraitance qu'elle soit physique, psychologique ou sexuelle :

- SOS Enfants ULB - CHU Saint-Pierre
- SOS Enfants-Famille Saint-Luc
- SOS Enfance Brabant wallon
- Aide et prévention Enfants-Parents La Louvière
- Aide et prévention Enfants-Parents Charleroi
- SOS Enfants Mons-Borinage
- SOS Parents-Enfants Tournai-Mouscron
- SOS Parenfants Namur
- SOS Enfants Aide et Prévention ULG
- SOS Enfants Luxembourg
- L'Aide Enfance en danger arrondissement de Verviers (AEDAV)
- Le Centre Régional de Recherche et d'Actions sociales sur les problématiques Familiales (CRAF)
- Le Service d'Aide et d'Intervention Locale pour les familles (SAILFE)
- L'Équipe de la Clinique de l'Espérance à Liège.

Aucune des 14 équipes SOS Enfants précitées n'a encore été agréée depuis le décret de 1998. Toutes travaillent sans reconnaissance légale, dans la précarité. Les subsides ont cependant été versés malgré le défaut d'agrément.

Une nouvelle législation est toutefois intervenue : le décret du 12 mai 2004 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance et l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 14 juin 2004 relatif à l'agrément et au subventionnement des équipes SOS Enfants en application de celui-ci.

Ce cadre législatif renouvelé ne manquera pas de constituer un nouveau départ pour les équipes SOS Enfants, et régulariser leur situation.

Fin 2004, les membres des équipes SOS Enfants post-natales représentent 93 ETP, répartis comme suit :

- Psychologues : 38 ETP
- Assistants sociaux : 30 ETP
- Pédiopsychiatres : 4 ETP
- Juriste : 3 ETP
- Pédiatres : 2 ETP
- Secrétaire : 16 ETP

Au fil des années, on remarque que les médecins sont de moins en moins présents dans les équipes SOS Enfants, alors que l'aspect médical est fondamental dans les prises en charge des maltraitances. De même, on constate le départ des membres du personnel les plus anciens des équipes SOS Enfants, qui sont aussi les plus expérimentés en matière de maltraitance d'enfants.

Renforcer le caractère pluridisciplinaire, spécialisé et expérimenté des équipes SOS Enfants tel que conçu à l'origine des équipes SOS Enfants, passe par une revalorisation significative de leur enveloppe budgétaire. Cela permettrait ainsi de rémunérer les médecins au salaire qu'ils sont susceptibles d'attendre eu égard à leur spécialisation (particulièrement les pédopsychiatres) et de pouvoir payer les anciennetés du personnel des équipes SOS Enfants.

Un personnel minimum, appartenant aux différentes disciplines intervenant dans le phénomène de maltraitance, ayant des temps de prestations représentatifs d'une véritable pluridisciplinarité, est en effet indispensable pour conserver la qualité et la spécificité des équipes SOS Enfants.

C'est par l'intermédiaire d'un refinancement adéquat que la qualité des équipes SOS Enfants pourra ainsi être maintenue et nous l'espérons, améliorée.

### Quelques chiffres

#### Avertissement :

Le bilan statistique présenté ci-dessous concerne l'action postnatale. Il est le fruit d'une analyse des données récoltées par les 14 équipes SOS Enfants de la Communauté française grâce à l'application du programme THOPAS, ayant remplacé l'ancien recueil de données AGEAPI. Le système de référence de THOPAS est fondé sur les enfants pris en charge par les équipes SOS Enfants et non plus sur les familles, comme c'était précédemment le cas avec AGEAPI.

Cette différence ne permet plus dès lors une analyse comparative globale avec les données des années antérieures, du moins en ce qui concerne le nombre de signalements.

Parmi les données reprises dans le présent rapport, il y a lieu de distinguer :

- les situations de maltraitance signalées aux équipes (chapitre I) :

il s'agit des enfants signalés aux équipes comme étant maltraités au cours de l'année 2004, par un ou plusieurs tiers. Même si telle est la demande exprimée au moment du signalement, cela ne veut pas dire pour autant que, au terme des investigations liées à celui-ci, une intervention de la part de l'équipe sera effective. Ainsi, il se peut que l'équipe conclue que le signalement n'est pas retenu en ayant, par exemple, orienté la situation vers un autre service ou en ayant limité son action en donnant un avis ou un conseil.

- les situations de maltraitance prises en charge par les équipes (chapitre II) :

il s'agit des enfants faisant l'objet d'une prise en charge thérapeutique par les équipes SOS Enfants en 2004. Cela implique aussi bien les signalements de maltraitance

« retenus » par les équipes en 2004 après investigations, que les situations des années précédentes encore en cours en 2004.

Tout au long de ce bilan statistique, il y a donc toujours lieu de distinguer la situation de maltraitance telle qu'elle est signalée au départ aux équipes SOS Enfants, de la maltraitance telle qu'elle a été diagnostiquée par la suite par les équipes, au cours de la prise en charge.

Par ailleurs, chaque équipe fournit un rapport d'activité à l'O.N.E., parfois très développé, parfois plus succinct. Celui-ci nuance et complète les données brutes présentées ci-dessous et permet à chaque équipe de mettre en avant les approches originales qu'elle développe localement.

Les rapports d'activités des équipes sont disponibles auprès du Service SOS Enfants de l'O.N.E. ou auprès de l'équipe elle-même.

## ***I. Les Signalements***

Par « signalement », nous entendons la démarche d'un tiers vers l'équipe SOS Enfants pour obtenir son avis, son conseil ou sa mobilisation en faveur d'un enfant.

3.875 enfants ont été signalés aux équipes SOS Enfants en 2004. En 2003, 3.374 familles avaient fait l'objet d'un signalement, mais celles-ci pouvaient comprendre plusieurs enfants.

La démarche vis-à-vis de ces 3.875 enfants a été faite par 4.589 « signaleurs », plusieurs signaleurs différents pouvant faire une démarche pour un même enfant.

### **Origine des signalements**

	<b>N</b>	<b>%</b>
Non professionnels	2.333	51%
Professionnels	2.201	48%
Anonymes	55	1%
<b>Total signaleurs</b>	<b>4.589</b>	<b>100%</b>
<b>Total Enfants signalés</b>	<b>3.875</b>	<b>100%</b>

Ces signaleurs étaient pour 51% d'entre eux, des non-professionnels et pour 48% des professionnels.

La proportion de signaleur professionnel et non-professionnel est quasi similaire aux années antérieures, les non-professionnels étant légèrement majoritaires.

Les signalements anonymes sont quasi inexistantes, en raison de la philosophie de travail des équipes SOS, qui refusent en général, de travailler sur base anonyme.

Les signaleurs professionnels et non-professionnels se répartissent comme suit :

	N	%
<b>Non professionnels</b>	<b>2.333</b>	<b>51%</b>
Mère	1176	50%
Père	345	15%
Grands-parents	230	10%
Famille élargie	141	6%
Autre	131	6%
Voisinage	76	3%
Couple parental	55	2%
Enfant lui-même	54	2%
Ami de la victime/famille	45	2%
Belle-mère	37	2%
Beau-père	22	1%
Fratrie	21	1%
<b>Professionnels</b>	<b>2.201</b>	<b>48%</b>
<b>Réseau médical</b>	<b>481</b>	<b>22%</b>
Hôpital	339	70%
Médecins généraliste/spécialiste	142	30%
<b>Réseau scolaire</b>	<b>388</b>	<b>18%</b>
SAJ	318	15%
<b>Justice</b>	<b>290</b>	<b>13%</b>
SPJ	91	31%
Tribunal Jeunesse	65	23%
Parquet	50	17%
Police	41	14%
Service aide victimes	33	11%
Maison de justice	7	3%
Assistant de police	3	1%
<b>Réseau psychosocial</b>	<b>290</b>	<b>13%</b>
Réseau d'aide sociale (CPAS, mutuelle, AMO, aide familiale)	183	63%
Réseau d'aide psychologique (thérapeutes, SSM, ...)	107	37%
TMS O.N.E.	167	8%
Institution hébergement	106	5%
Autre professionnel ayant un lien avec l'enfant	53	2%
Autre équipe SOS	31	1%
Équipe elle-même	25	1%
Équipe anténatale	25	1%
Autre (crèche, gardienne)	17	1%
Télé-Accueil, Téléphone Vert, Child Focus, ...	10	0%
Anonymes	55	1%
<b>Total signaleurs</b>	<b>4.589</b>	<b>100%</b>

Parmi les signaleurs non-professionnels, la mère reste le principal signaleur (50%). Il n'est pas rare qu'elle se trouve dans une situation de séparation ou de divorce et est confrontée à un conflit de garde. Dans 24% au moins des situations des situations signalées, il existe en effet un conflit de couple.

Les signalements non-professionnels viennent ensuite d'autres membres de la famille (père, grands-parents, famille élargie).

Remarquons que le signalement par l'enfant lui-même reste faible. Cette situation s'explique par la nature même des équipes SOS Enfants souvent situées en deuxième ligne du champ de la prévention psycho-médico-sociale, travaillant à la demande d'autres structures.

Les signalements de professionnels proviennent comme chaque année, prioritairement du réseau médical (hôpitaux, médecins généralistes et spécialistes) (22%).

Ils viennent également, du réseau scolaire (18%), des Services de l'Aide à la Jeunesse (15%), de la Justice (13%), du réseau psycho-social (13%) et des TMS de l'O.N.E. (8%).

### Origine géographique des signalements

Les 4.589 signaleurs se répartissent comme suit :

	<b>N</b>	<b>%</b>
Hainaut	1.653	36%
Liège	968	21%
Bruxelles	794	17%
Namur	405	9%
Brabant wallon	238	5%
Luxembourg	219	5%
Flandre	64	1%
Non précisé	248	6%
<b>TOTAL</b>	<b>4.589</b>	<b>100%</b>



Si l'on compare la répartition des signalements par province avec celle des mineurs présents dans celles-ci, on constate qu'ils sont répartis de manière plus ou moins équivalente :  
(Source : INS 2003)

	<b>N</b>	<b>%</b>
Hainaut	279.348	30%
Liège	205.438	22%
Bruxelles	212.090	22%
Namur	101.656	11%
Brabant wallon	83.290	9%
Luxembourg	60.843	6%
<b>TOTAL</b>	<b>942.665</b>	<b>100%</b>

#### Suite donnée par l'équipe aux signalements

<b>SIGNALEMENTS NON RETENUS</b>	<b>2.369</b>	<b>52%</b>
<b>Réorientation vers autres services</b>	<b>1157</b>	<b>49%</b>
Justice	288	25%
SAJ	234	20%
Autre	227	20%
Aide psychologique	195	17%
SSM	71	6%
Aide sociale	61	5%
Aide médicale (hôpital)	43	4%
SPJ	38	3%
<b>Avis/conseil/Supervision</b>	<b>557</b>	<b>23%</b>
<b>Invérifiable</b>	<b>263</b>	<b>11%</b>
<b>Réorientation géographique</b>	<b>183</b>	<b>8%</b>
<b>Autre</b>	<b>123</b>	<b>5%</b>
<b>Non fondé</b>	<b>86</b>	<b>4%</b>
<b>SIGNALEMENTS RETENUS</b>	<b>1.879</b>	<b>41%</b>
<b>EN COURS D'EVALUATION</b>	<b>341</b>	<b>7%</b>
<b>TOTAL SIGNALEMENTS</b>	<b>4.589</b>	<b>100%</b>

Parmi les différents signalements adressés aux équipes SOS Enfants, 52% d'entre eux ne sont pas retenus, après évaluation de l'équipe :

- soit, parce qu'ils font l'objet d'une réorientation plus adéquate vers l'aide psychologique, l'aide sociale, la justice, le SAJ, ou autre (49%)
- soit parce qu'ils sont l'objet d'un simple avis/supervision de la part de l'équipe, sans prise en charge (23%)
- soit parce qu'ils sont invérifiables (11%)
- soit parce qu'ils relèvent d'un autre territoire (8%)
- soit parce qu'il ne s'agit pas de maltraitance (4%). Dans ce cas, ils ne sont pas réorientés.

Les autres signalements (41%) font l'objet de prises en charge par les équipes SOS Enfants.

## ***II. Les prises en charge***

On considère qu'il y a « prise en charge » par l'équipe, lorsque l'équipe entre en contact avec l'enfant et sa famille et s'engage dans une prise en charge médico-psycho-sociale.

En 2004, 3.430 enfants ont été pris en charge par les équipes SOS Enfants, issus de 2.131 familles. Le nombre d'enfants pris en charge en 2003 s'élevait à 3.680.

	<b>N</b>	<b>%</b>
Nouvelles situations	1.831	53%
Anciennes situations	1.599	47%
<b>Enfants pris en charge</b>	<b>3.430</b>	<b>100%</b>

Parmi les prises en charge, certaines concernent la poursuite d'une situation ancienne (47%). Les autres concernent des situations nouvelles (53%)

### **Age des enfants pris en charge**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>0 à 3 ans</b>	<b>271</b>	<b>8%</b>
0-3 mois	21	
3-6 mois	23	
6-9 mois	27	
9-12 mois	25	
1 an	85	
2 ans	90	

<b>3 à 6 ans</b>	<b>549</b>	<b>16%</b>
3 ans	150	
4 ans	198	
5 ans	201	
<b>6 à 9 ans</b>	<b>618</b>	<b>18%</b>
6 ans	223	
7 ans	207	
8 ans	188	
<b>9 à 12 ans</b>	<b>584</b>	<b>17%</b>
9 ans	205	
10 ans	196	
11 ans	183	
<b>12 à 15 ans</b>	<b>550</b>	<b>16%</b>
12 ans	187	
13 ans	173	
14 ans	190	
<b>15 à 18 ans</b>	<b>412</b>	<b>12%</b>
15 ans	164	
16 ans	137	
17 ans	111	
<b>Plus 18 ans</b>	<b>137</b>	<b>4%</b>
<b>Non précisé</b>	<b>309</b>	<b>9%</b>
<b>Total</b>	<b>3.430</b>	<b>100%</b>

Les équipes SOS Enfants sont sollicitées plus particulièrement pour les enfants de 3 à 15 ans.

On constate par contre, que la catégorie des 0-3 ans est moins représentée. Sans doute est-ce lié au fait que l'enfant lui-même a plus de possibilité après 3 ans - de par l'accession au langage - de s'exprimer et de dévoiler une forme de maltraitance.

C'est aussi probablement lié au fait que l'enfant, étant en âge scolaire, offre davantage d'occasions pour l'entourage, de déceler différents symptômes (rendement scolaire médiocre, attitudes comportementales problématiques, malaises physiques, ...). Cette période est, en effet, le moment où les comparaisons se font, notamment sur base des bulletins. Toute la période de scolarité amène des changements narcissiques au niveau des parents. L'âge scolaire est donc le moment révélateur des petites défaillances cachées auparavant. C'est aussi un moment durant lequel davantage de rigueur s'avère nécessaire (devoirs scolaires, affaires de piscine, heures de sommeil suffisantes, manières de se nourrir, ...).

Comme évoqué ci-avant, on peut aussi émettre l'hypothèse que le large réseau préventif de travailleurs médico-sociaux mis en place par l'O.N.E., contribue à diminuer le phénomène de maltraitance dans la tranche d'âge des 0-3 ans.

## Sexe des enfants pris en charge

	N	%
Filles	1.893	55%
Garçons	1.501	44%
Non précisé	36	1%
<b>Total</b>	<b>3.430</b>	<b>100%</b>

D'avantage de filles que de garçons sont prises en charge par les équipes SOS Enfants. Cette donnée est constante au fil du temps.

## Types de maltraitements sur les enfants pris en charge

	Signalées		Diagnostiquées	
	N	%	N	%
<b>Enfants en risque</b>	<b>1.165</b>	<b>25%</b>	<b>1.395</b>	<b>35%</b>
Conflit de couple			332	24%
Autre situation à risque			306	22%
Violence conjugale			185	13%
Immaturité parentale			166	12%
Alcoolisme			148	11%
Pathologie mentale			111	8%
Précarité économique			100	7%
Manque de sociabilité			29	2%
Pathologie médicale			18	1%
<b>Maltraitance sexuelle</b>	<b>1.535</b>	<b>33%</b>	<b>907</b>	<b>23%</b>
Attouchements			531	59%
Pénétrations sexuelles			240	26%
Comportement indécent : exhibitions, photos			133	15%
Jeux sexuels			3	0
<b>Maltraitance physique</b>	<b>670</b>	<b>15%</b>	<b>399</b>	<b>10%</b>
Coups, pincements, griffures			308	77%
Autre maltraitance physique			51	13%
Brûlures			15	4%
Syndrome du bébé secoué			9	2%
Tentatives d'étranglement, d'étouffement			8	2%
Administration de substance, dont Munchausen			4	1%
Morsures			2	1%
Torture			2	0%
<b>Inadéquation éducative</b>			<b>328</b>	<b>8%</b>
<b>Situation de prévention (enfant à naître)</b>	<b>18</b>	<b>1%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Maltraitance institutionnelle (placements successifs, violence des intervenants)</b>	<b>6</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>

<b>Pas de maltraitance</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>294</b>	<b>8%</b>
<b>Négligence grave</b>	<b>295</b>	<b>6%</b>	<b>272</b>	<b>7%</b>
<b>Maltraitance psychologique</b>	<b>219</b>	<b>5%</b>	<b>270</b>	<b>7%</b>
<b>Autre maltraitance (enfant en souffrance, conditions fragilisantes)</b>	<b>670</b>	<b>15%</b>	<b>51</b>	<b>1%</b>
<b>Abandon</b>	<b>11</b>	<b>0%</b>	<b>39</b>	<b>1%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>4.589</b>	<b>100%</b>	<b>3.955</b>	<b>100%</b>

Plusieurs types de maltraitance peuvent être diagnostiqués sur un même enfant.

On peut constater que les maltraitements diagnostiqués au cours des prises en charge, ne correspondent pas nécessairement à la maltraitance signalée, d'où toute l'importance du travail pluridisciplinaire des équipes SOS Enfants.

Ainsi, si les signalements par les tiers font plus souvent état de maltraitance sexuelle (33%), les diagnostics des équipes SOS Enfants désignent plus fréquemment une situation à risque de maltraitance (35%). Cette catégorie regroupe diverses situations pour lesquelles le contexte habituel de vie de ces enfants est toujours considéré par l'équipe comme très inquiétant : conflit, violence, immaturité, dépendance de toxique et pathologie mentale en sont les principales causes.

La maltraitance sexuelle diagnostiquée par les équipes SOS Enfants est malgré tout importante (23%), avec surtout des attouchements, mais aussi des pénétrations.

La maltraitance physique concerne 10% des enfants, essentiellement liée à des coups reçus.

Enfin, cette rubrique regroupe également les enfants pour lesquels les équipes n'ont pas diagnostiqué de manière certaine un type de maltraitance mais pour lesquels un encadrement s'impose en raison des multiples fragilités dont sont atteints les membres de la famille (8%).

### Les auteurs de maltraitements

	<b>N</b>	<b>%</b>
Père	735	22%
Mère	622	18%
Couple parental	605	18%
En cours d'investigation	424	12%
Beau-père/cohabitant	183	5%
Membre de la famille élargie	178	5%
Sans objet (pas de maltraitance)	128	4%
Auteur mineur	115	3%
Fratrie	101	3%

Ami de la famille/voisinage	89	3%
Ami de la victime/autre mineur	67	2%
Autre extra-familial	59	2%
Invérifiable	51	2%
Inconnu/non identifié	39	1%
Belle-mère/cohabitante	15	0%
Professionnel d'une école	10	0%
Professionnel d'une institution	9	0%
<b>Total</b>	<b>3.430</b>	<b>100%</b>

Dans la grande majorité des cas (90%), l'auteur de la maltraitance est un membre de la famille proche ou élargie : le père, la mère, le couple parental, le beau-père, la famille élargie la fratrie.

Dans les autres cas (10%), l'auteur de la maltraitance ne fait pas partie de la famille. On constate toutefois qu'il existe souvent un lien entre l'auteur extra-familial et sa victime : il s'agit soit d'un ami de la victime, d'un autre mineur, d'un ami de la famille ou d'un voisin.

Depuis quelques années, on assiste à une nette augmentation des abus sexuels perpétrés par des mineurs d'âge. Certaines équipes SOS mettent actuellement au point une thérapie propre à ces auteurs de maltraitance qui ont parfois été eux-mêmes victimes de maltraitance

### Les atteintes observées sur l'enfant

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Atteintes psychologiques</b>	<b>4.255</b>	<b>88%</b>
<b>Problèmes de comportement</b>	<b>1.723</b>	<b>40%</b>
Repli sur soi/inhibition sévère	374	22%
Autre problème de comportement	303	18%
Colère(s)	267	15%
Comportement pseudo-adulte	230	13%
Sexualisation du comportement	200	12%
Comportement violent sur les personnes	158	9%
Tentative de suicide	119	7%
Fugue(s)	72	4%
<b>Problèmes de développement</b>	<b>743</b>	<b>18%</b>
Problèmes d'apprentissage	435	59%
Problèmes de langage	106	14%
Autre problème de développement	97	13%
Retard psychomoteur	72	10%
Handicap mental (syndrome alcoolisme-fœtal, trisomie...)	33	4%

<b>Manifestations psychopathologiques</b>	<b>708</b>	<b>17%</b>
Angoisse, agitation anxieuse	383	54%
Sentiment de dévalorisation	156	22%
Dépression	100	14%
Autre manifestation psychopathologique	69	10%
<b>Autre</b>	<b>589</b>	<b>14%</b>
<b>Manifestations psychosomatiques</b>	<b>408</b>	<b>10%</b>
Troubles du sommeil	108	26%
Enurésie/encoprésie	106	26%
Troubles alimentaires	104	26%
Autres problèmes psychosomatiques	41	10%
Douleurs diffuses	38	9%
Troubles respiratoires	11	3%
<b>Dysharmonie d'évolution</b>	<b>27</b>	<b>1%</b>
<b>Troubles dissociatifs, psychotiques</b>	<b>16</b>	<b>0%</b>
<b>Problèmes liés à l'identité sexuelle</b>	<b>14</b>	<b>0%</b>
<b>Syndrome caractérisé de stress post-traumatique</b>	<b>13</b>	<b>0%</b>
<b>Syndrome ADHD (hyperkinétique) caractérisé</b>	<b>12</b>	<b>0%</b>
<b>Troubles phobiques (caractérisés)</b>	<b>1</b>	<b>0%</b>
<b>Troubles obsessionnels (caractérisés)</b>	<b>1</b>	<b>0%</b>
<b>Atteintes physiques</b>	<b>592</b>	<b>12%</b>
Coupure, blessure	213	36%
Ecchymose, hématome	157	27%
Brûlure	71	12%
Autre atteinte physique	60	10%
Lésion anale/vaginale	41	7%
Fracture	21	4%
Lésions intracérébrales	11	2%
Autres lésions internes (ex. foie éclaté)	7	1%
Maladie sexuellement transmissible	5	1%
Grossesse	2	0%
Décès	2	0%
Morsure	1	0%
Failure to thrive (hypotrophie, ...)	1	0%
<b>Total atteintes</b>	<b>4.847</b>	<b>100%</b>

Plusieurs types d'atteintes peuvent être observées sur un même enfant.

Les équipes remarquent le plus souvent des atteintes psychologiques (88%), dont principalement des problèmes de comportement (40%) tels que repli sur soi, colère, comportement pseudo-adulte, sexualisation du comportement, comportement violent sur les personnes...

Elles observent également :

- des problèmes de développement (17% : problèmes d'apprentissage, de langage, retard psycho-moteur),
- des manifestations d'ordre psycho-pathologique (16% : angoisse, dépression, ...),
- de même que des manifestations psychosomatiques (10% : troubles du sommeil, énurésie/encoprésie, troubles alimentaires, ...).

Les atteintes physiques observables sur l'enfant sont surtout des coupures et blessures, hématomes, brûlures,... Cependant, les traces physiques sur le corps de l'enfant sont peu fréquentes (12%).

### L'entourage de l'enfant pris en charge

	<b>N</b>	<b>%</b>
Mère seule	800	29%
Deux parents biologiques	795	29%
Mère + cohabitant	561	20%
Non précisé	132	5%
Institution	111	4%
Père seul	90	3%
Père + cohabitante	86	3%
Garde alternée	57	2%
Seul en famille élargie	54	2%
Famille d'accueil	50	2%
Mère en famille élargie	30	1%
Père en famille élargie	11	0%
Parents adoptifs	9	0%
Couples homosexuels	5	0%
<b>Total</b>	<b>2.791</b>	<b>100%</b>

Le nombre d'enfants vivant avec ses deux parents biologiques tend à diminuer d'année en année (29%).

Un tiers des enfants vit avec ses parents, surtout la maman, ou en alternance.



## Les facteurs de vulnérabilité

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Relatifs aux parents</b>	<b>5.093</b>	<b>60%</b>
Instabilité, humeurs	509	10%
Situation socio-économique très précaire	459	9%
Parents à troubles psychiatriques	402	8%
Immaturité	382	8%
Alcoolisme	337	7%
Perte de contrôle d'un des parents (violence)	333	7%
Antécédents (mauvais traitements, placements)	326	6%
Autre facteur de vulnérabilité	231	5%
Parents pas assez concernés par l'enfant	229	4%
Isolement social	199	4%
Correction ou punition abusive	188	4%
Instabilité de la famille (déménagements fréquents)	178	3%
Mauvaise collaboration/hostilité/fermeture	168	3%
Mère abusée	147	3%
Attente excessive (en fonction de l'âge)	133	3%
Addictions	119	2%
Emprisonnement	111	2%
Deuil traumatique, deuil non résolu	104	2%
Allégation d'abus sexuels invérifiables	102	2%
Maladie grave	101	2%
Délinquance / criminalité	90	2%
Troubles relationnels parents/bébé (manque d'empathie, ..)	83	2%
Refus des parents des propositions de soins	81	1%
Stress lié aux contraintes professionnelles (horaires difficiles)	66	1%
Perte d'emploi	15	0%
<b>Relatifs au couple</b>	<b>2.073</b>	<b>24%</b>
Séparation	643	31%
Problèmes relationnels	559	27%
Violence	414	20%
Conflit de garde	249	12%
Autre facteur de vulnérabilité	208	10%
<b>Relatifs à l'enfant</b>	<b>811</b>	<b>10%</b>
Troubles du comportement	316	39%
Autre facteur de vulnérabilité	197	24%
Antécédent de maltraitance	138	17%
Bébé en sevrage (de toxiques ou médicaments)	51	6%
Handicap sévère	33	4%
Hyperkinésie	30	4%
Hospitalisation répétée	25	3%
Grande prématurité	21	3%

<b>Relatifs à la fratrie</b>	<b>474</b>	<b>6%</b>
Autre facteur de vulnérabilité	171	36%
Placements	168	36%
Antécédents de maltraitance	135	28%
<b>Non détecté</b>	<b>5</b>	<b>0%</b>
<b>Total</b>	<b>8.456</b>	<b>100%</b>

Les facteurs de vulnérabilité sont nombreux et variés :

Étant donné le pourcentage d'enfant en risque, il est normal de trouver un nombre plus élevé de facteurs relatifs aux parents (60%) et au couple (24%) : séparation, problèmes relationnels, violence, instabilité, situation économique précaire, troubles psychiatriques, immaturité, alcoolisme, ...

Les antécédents de maltraitance ou de placement chez l'enfant et dans la fratrie constituent également un facteur de vulnérabilité à souligner.

**En cas de placement de l'enfant : lieu du placement de l'enfant maltraité lorsqu'il a fallu l'écartier en urgence de sa famille**

	<b>N</b>	<b>%</b>
Hôpital	180	55%
Autre lieu d'écartement	75	23%
Chez un autre membre de la famille	32	10%
Milieu d'accueil d'urgence	27	8%
Famille d'accueil	15	4%
<b>Total</b>	<b>329</b>	<b>100%</b>

Certaines situations de danger imminent exigent d'écartier d'urgence l'enfant de sa famille (329 enfants).

Les placements d'urgence en hôpital continuent à augmenter au fil des ans (55%), au détriment des autres types de placement, particulièrement des milieux d'accueil d'urgence (8%).

Ceci s'explique en grande partie par le manque d'infrastructures d'accueil d'urgence et du nombre de places disponibles dans les quelques structures existantes, dénoncé ces dernières années par les équipes SOS Enfants.

Le manque de places au sein des institutions pour enfants est criant, il est pourtant absolument nécessaire de pouvoir, pour un temps du moins, séparer l'enfant de son milieu maltraitant.

## *Conclusion*

Parmi les événements marquants de l'année 2004, signalons l'apparition d'un nouveau cadre légal régissant l'action enfance maltraitée : le décret du 12 mai 2004 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance et son arrêté d'application. Les effets s'en feront sûrement sentir en 2005.

Par ailleurs, un nouveau recueil de données est entré en vigueur. Il ne manquera pas de connaître encore des améliorations dans les années à venir.

Citons également la création de la fonction de « référente maltraitance » au sein du Service Enfants, qui apporte un soutien aux travailleurs médico-sociaux dans leur tâche difficile.

Toutefois, et malgré ces améliorations, l'action enfance maltraitée reste encore en manque cruel de moyens face à l'ampleur de la tâche qui lui est confiée.