

# L'Action Enfance Maltraitée : rapport d'activités 2005

Service SOS Enfants de l'ONE

---

L'ONE déploie une importante action de prévention de la maltraitance à l'égard des enfants par le biais des travailleuses médico-sociales d'une part, et par les équipes SOS Enfants, d'autre part, dont il subventionne et encadre le travail.

Ensemble, ceux-ci forment « L'Action Enfance Maltraitée », coordonnée par le Service SOS Enfants.

## *Le Service SOS Enfants*

Le Service SOS Enfants rassemble ce qui concerne la maltraitance au sein de l'ONE, ce qui se traduit par les activités suivantes :

- La coordination de l'activité des différentes équipes SOS Enfants de la Communauté française par :
  - la récolte des données statistiques de chaque équipe et la globalisation de celles-ci pour le rapport annuel ;
  - l'élaboration d'un bulletin de liaison appelé « Bulletin de l'Action Enfance Maltraitée » (Direm) », dans lequel les équipes font partager leur pratique, leur propre expérience, les comptes-rendus de colloques auxquels elles ont participé... Celui-ci contribue en outre, à la formation continue des équipes SOS Enfants ;
  - la communication aux équipes SOS Enfants de toute information susceptible de les intéresser ;
  - l'organisation d'une réunion mensuelle des coordinateurs des différentes équipes SOS Enfants, appelée CCEM (Collège des Coordinateurs en Enfance Maltraitée) ;
  - l'organisation des réunions du Comité d'Accompagnement de l'Enfance Maltraitée (CAEM), organe d'avis interne à l'ONE concernant la maltraitance ;
  - l'organisation de formations communes aux différentes équipes SOS Enfants, en partenariat soit avec des organismes extérieurs (colloques, ...), soit avec le service formation de l'ONE ;
  - la gestion budgétaire et comptable des subsides octroyés aux équipes SOS Enfants (hypothèses de répartition entre les équipes, éclatement du budget entre les dotations spécifiques de la Communauté française et la dotation de l'ONE, suivi budgétaire, vérification de l'utilisation des subsides, versement des subsides,...) ;
  - la recherche de subsides en faveur des équipes SOS Enfants.

- Le soutien et l'orientation des TMS confrontées à des situations de maltraitance (par le biais d'une « référente » maltraitance ») ;
- L'orientation des signalements d'enfants victimes ou à risque de maltraitance. Ceux-ci peuvent provenir aussi bien de professionnels, tels que les TMS de l'ONE que de non-professionnels ;
- La publication de brochures relatives à la maltraitance, tant à l'attention des professionnels (Bulletin de l'Action Enfance Maltraitée, Brochure de présentation des équipes SOS Enfants) que des non-professionnels (« Attention, fragile ! ») ;
- L'envoi de documentation relative à la maltraitance élaborée par elle ou en partenariat, tant à l'intérieur de l'ONE (TMS, médecins de consultation, ...), qu'à l'extérieur (étudiants, professionnels du monde (para)-médical, judiciaire, enseignant ou autre).

### ***Composition***

Le Service SOS Enfants est composé de 5,4 ETP dont :

Secrétaires / agent administratif	3 ETP
Juriste / chef de service	1 ETP
Psychologue / Référent Maltraitance	0,5 ETP
Assistante sociale / Référent Maltraitance	0,9 ETP

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

La prévention primaire de la maltraitance réside dans la capacité à mettre en place des structures sociales et économiques de soutien aux familles et à leurs enfants. Elle résulte de la création d'un climat dans lequel la difficile tâche qui consiste à élever des enfants est valorisé et non pas considéré comme allant de soi.<sup>1</sup>

Par l'accompagnement offert aux familles, dans un travail de proximité basé sur la rencontre des parents dans leur réalité, avec comme « simple » porte d'entrée l'arrivée d'un enfant, les travailleurs médico-sociaux de l'ONE jouent 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'ONE a doté le Service SOS Enfants de « référentes maltraitance ». Les référentes maltraitance ont 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 éthique tout particulièrement dans le secteur de la maltraitance.

---

<sup>1</sup> LUDWIG S., Le traitement des maltraitances et des violences chez l'enfant, Annales Nestlé 2004, 62 : 36

### ***Composition***

Il y a 729 travailleurs médico-sociaux travaillant sur le territoire de la Communauté française, répartis comme suit :

Agglomération bruxelloise	176
Brabant wallon	45
Hainaut	238
Liège	153
Luxembourg	46
Namur	71

### ***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'ONE 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 qui forment avec eux, une équipe.

Ces derniers vont alors 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, 2 équipes SOS Enfants anténatales existent à partir des consultations prénatales hospitalières de l'ONE (CHU Saint-Pierre, CHR Liège). Cela représente 3 ETP essentiellement de psychologues et pédopsychiatres. Celle de Namur a été supprimée, faute de budget suffisant.

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'ONE souhaite harmoniser et développer les équipes SOS Enfants anténatales.

### ***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.

## **Composition**

Dans le cadre de la mise en œuvre du décret du 12 mai 2004 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance et son arrêté d'application, le Comité d'Accompagnement de l'Enfance Maltraîtée (CAEM) mis en place en avril 2005, a rendu 17 avis relatifs à l'agrément des équipes SOS Enfants candidates. En conséquence, les équipes SOS Enfants existantes se voient toutes agréées à l'exception d'une seule : celle du Brabant wallon, remplacée par une autre. Les 14 équipes SOS Enfants agréées sont les suivantes:

- SOS Enfants ULB - CHU Saint-Pierre
- SOS Enfants-Famille Saint-Luc
- Aide Enfants-Familles 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
- Équipe Pluridisciplinaire Luxembourg
- Aide Enfance en Danger Arrondissement de Verviers (AEDAV)
- Centre Régional de Recherche et d'Actions sociales sur les problématiques Familiales (CRAF)
- Service d'Aide et d'Intervention Locale pour les Familles (SAILFE)
- Équipe de la Clinique de l'Espérance à Liège.

Fin 2005, les membres des équipes SOS Enfants postnatales représentaient 98 équivalents temps-plein, répartis comme suit :

Coordinateurs	4 ETP
Psychologues	34 ETP
Assistants sociaux	32 ETP
Psychiatres / Pédopsychiatres	4 ETP
Médecins Généralistes / Pédiatres	3 ETP
Juristes	3 ETP
Secrétaires	18 ETP

Une telle pluridisciplinarité est le fondement des équipes SOS Enfants. Cette pluridisciplinarité permet d'introduire, dans les interventions auprès de l'enfant et de la famille, les aspects sociaux, psychologiques, médicaux et juridiques, et donc de considérer la situation de l'enfant maltraité et de son entourage de façon globale.

La maltraitance touche, en effet, aux différentes sphères de la vie de l'enfant et de sa santé (aspects somatique, psychique, relationnel, social et juridique).

A l'occasion de l'examen des agréments des équipes SOS Enfants, le CAEM a insisté sur le renforcement nécessaire du pôle médical des équipes SOS Enfants, actuellement insuffisant.

Toutefois, 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 permettra ainsi de rémunérer les médecins au salaire qu'ils sont susceptibles d'attendre eu égard à leur spécialisation (particulièrement en pédopsychiatrie) 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 prestation 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 correct que la qualité des équipes SOS Enfants pourra ainsi être maintenue et, nous l'espérons, améliorée.

### *Quelques chiffres*

Le bilan statistique présenté ci-dessous concerne l'action postnatale. Il est le fruit d'une analyse des données récoltées par 13 des 14 équipes SOS Enfants de la Communauté française grâce à l'application du programme THOPAS mis en place en 2004, ayant remplacé l'ancien recueil de données AGEAPI.

Une équipe n'a cependant pas rentré de données statistiques de son activité, étant donné qu'elle n'a pratiquement pas fonctionné au cours de l'année 2005 à défaut d'agrément : il s'agit de l'équipe du Brabant wallon, remplacée depuis lors par une autre.

Bien que les autres équipes SOS Enfants aient assuré dans la mesure de leurs possibilités la prise en charge des nouveaux signalements et situations dans le Brabant wallon, les chiffres du présent rapport souffrent de cette carence.

Notons également que 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 2005, 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 2005. Cela implique aussi bien les signalements de maltraitance « retenus » par les équipes en 2005 après investigations, que les situations des années précédentes encore en cours en 2005.

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'ONE, 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'ONE ou auprès de l'équipe elle-même.

Remercions les équipes SOS Enfants pour le travail d'encodage long et fastidieux que représente ce recueil de données, qui a pour mérite de refléter les situations de maltraitance auxquelles ils ont à faire face dans le cadre de leurs missions.

## ***1. 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.

En 2005, 4.402 tiers ont exprimé des inquiétudes par rapport à 3.909 enfants. En effet, plusieurs signaleurs différents peuvent faire une démarche pour un même enfant.

Les enfants signalés aux équipes SOS Enfants étaient 3.875 en 2004.

### ***Origine des signalements***

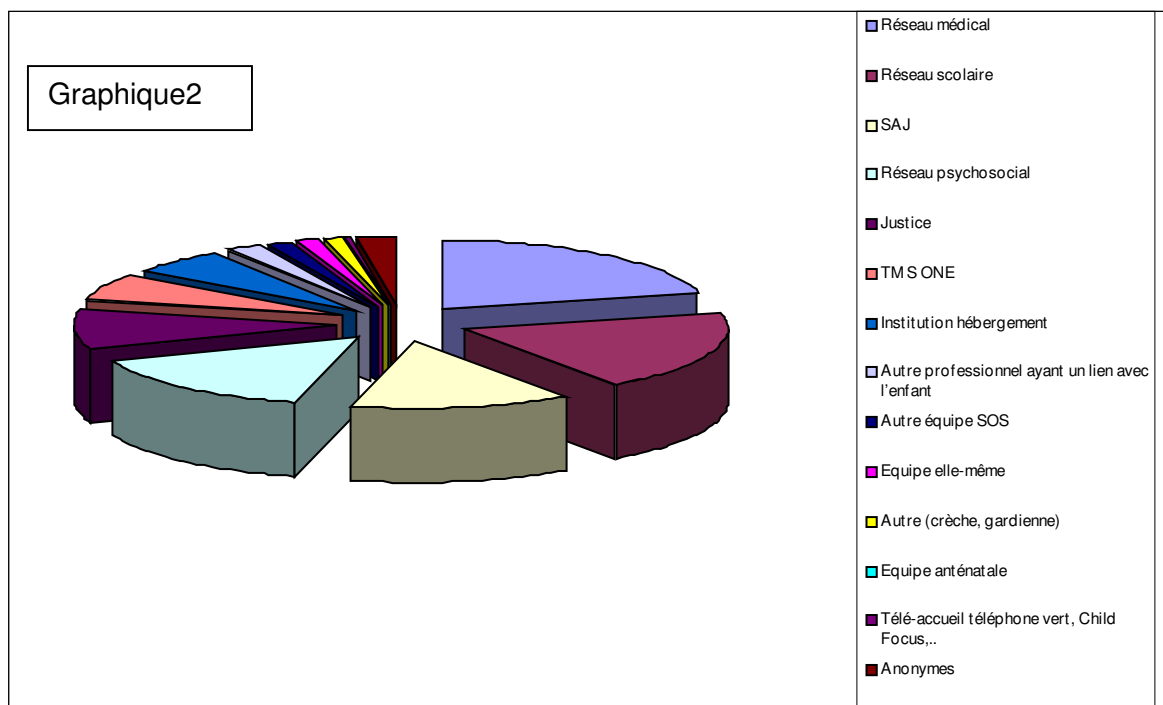
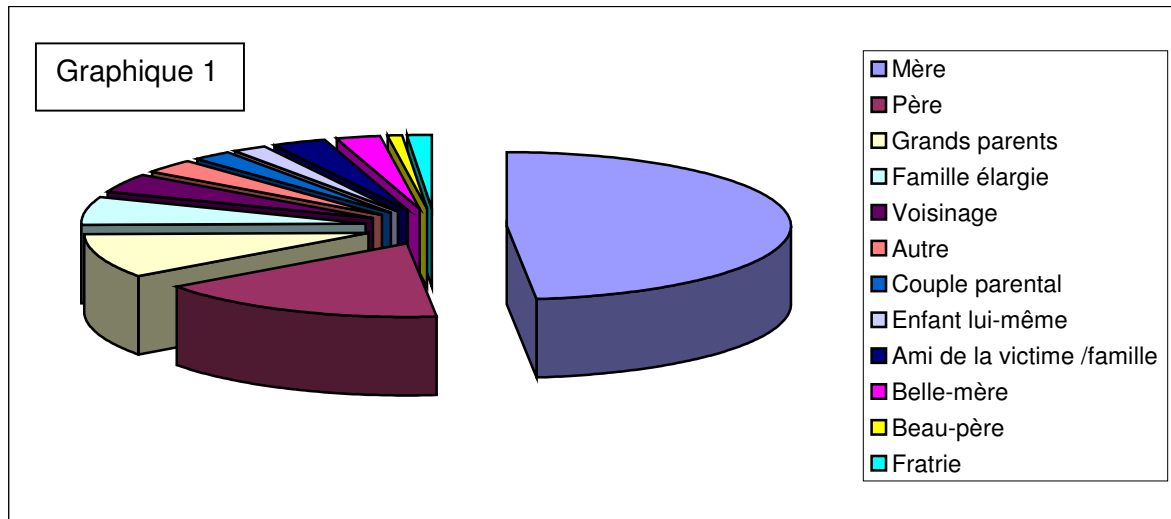
	2004		2005	
	N	%	N	%
Non professionnels	2.333	51 %	2.259	51 %
Professionnels	2.201	48 %	2.088	48 %
Anonymes	55	1 %	55	1 %
<b>Total signaleurs</b>	<b>4.589</b>	<b>100 %</b>	<b>4.402</b>	<b>100 %</b>
<b>Total enfants signalés</b>	<b>3.875</b>	<b>100 %</b>	<b>3.909</b>	<b>100 %</b>

Les 4.402 signaleurs étaient pour 51 % d'entre eux, des non-professionnels et pour 48 % des professionnels.

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

Les signalements anonymes sont quasi inexistants, 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 (*voir graphiques 1 et 2*):



	2004		2005	
	N	%	N	%
<b>Non professionnels</b>	<b>2.333</b>	<b>51 %</b>	<b>2.259</b>	<b>51 %</b>
Mère	1176	50 %	1089	48 %
Père	345	15 %	382	17 %
Grands-parents	230	10 %	216	10 %
Famille élargie	141	6 %	138	6 %
Voisinage	76	3 %	96	4 %
Ami de la victime /famille	45	2 %	74	3 %
Autre	131	6 %	70	3 %
Belle-mère	37	2 %	53	2 %
Couple parental	55	2 %	50	2 %
Enfant lui-même	54	2 %	40	2 %
Fratric	21	1 %	31	2 %
Beau-père	22	1 %	20	1 %
<b>Professionnels</b>	<b>2.201</b>	<b>48 %</b>	<b>2.088</b>	<b>48 %</b>
Réseau médical	481	22 %	450	22 %
<i>Hôpital</i>	339	70 %	343	76 %
<i>Médecins généralistes / spécialistes</i>	142	30 %	107	24 %
Réseau scolaire	388	18 %	412	20 %
Réseau psychosocial	290	13 %	325	15 %
<i>Réseau aide sociale (CPAS, mutuelle, AMO, aide familiale)</i>	183	63 %	207	64 %
<i>Réseau d'aide psychologique (thérapeutes, SSM, ...)</i>	107	37 %	118	36 %
SAJ	318	15 %	294	14 %
Justice	290	13 %	201	10 %
<i>SPJ</i>	91	31 %	75	37 %
<i>Tribunal de la Jeunesse</i>	65	23 %	47	23 %
<i>Police</i>	41	14 %	33	16 %
<i>Service aide victimes</i>	33	11 %	17	9 %
<i>Parquet</i>	50	17 %	15	8 %
<i>Maison de justice</i>	7	3 %	10	5 %
<i>Assistant de police</i>	3	1 %	4	2 %
TMS ONE	167	8 %	142	7 %
Institution hébergement	106	5%	121	6 %
Autre professionnel ayant un lien avec l'enfant	53	2 %	47	2 %
Autre équipe SOS	31	1 %	36	2 %
Équipe elle-même	25	1 %	29	1 %
Autre (crèche, gardienne)	17	1 %	26	1 %
Télé-Accueil, téléphone vert, Child Focus...	10	0 %	3	0 %
Équipe anténatale	25	1 %	2	0 %
Anonymes	55	1 %	55	1 %
<b>Total signaleurs</b>	<b>4.589</b>	<b>100 %</b>	<b>4.402</b>	<b>100 %</b>



Parmi les signaleurs non-professionnels, la mère reste le principal signaleur (48 %). 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 (20 %), du réseau psycho-social (15 %) des Services de l'Aide à la Jeunesse (14 %), de la Justice (10 %), et des TMS de l'ONE (7 %).

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

	2004		2005	
	N	%	N	%
<b>Ouverture d'un dossier</b>	<b>1879</b>	<b>41 %</b>	<b>1827</b>	<b>42 %</b>
<b>Réorientation vers un autre service</b>	<b>1157</b>	<b>25 %</b>	<b>1.129</b>	<b>26 %</b>
<i>Autre service</i>	<i>227</i>	<i>20 %</i>	<i>264</i>	<i>23 %</i>
<i>Justice</i>	<i>288</i>	<i>25 %</i>	<i>260</i>	<i>23 %</i>
<i>SAJ</i>	<i>234</i>	<i>20 %</i>	<i>248</i>	<i>22 %</i>
<i>Aide psychologique</i>	<i>195</i>	<i>17 %</i>	<i>169</i>	<i>15 %</i>
<i>SSM</i>	<i>71</i>	<i>6%</i>	<i>68</i>	<i>6 %</i>
<i>SPJ</i>	<i>38</i>	<i>3%</i>	<i>60</i>	<i>5 %</i>
<i>Aide sociale</i>	<i>61</i>	<i>5%</i>	<i>41</i>	<i>4 %</i>
<i>Aide médicale (hôpital)</i>	<i>43</i>	<i>4%</i>	<i>19</i>	<i>2 %</i>
<b>Avis/conseil/Supervision</b>	<b>557</b>	<b>12 %</b>	<b>680</b>	<b>15 %</b>
<b>Invérifiable</b>	<b>263</b>	<b>6 %</b>	<b>233</b>	<b>5 %</b>
<b>Réorientation géographique</b>	<b>183</b>	<b>4 %</b>	<b>176</b>	<b>4 %</b>
<b>En cours d'évaluation</b>	<b>341</b>	<b>7 %</b>	<b>154</b>	<b>3 %</b>
<b>Autre suite</b>	<b>123</b>	<b>3 %</b>	<b>124</b>	<b>3 %</b>
<b>Signalement non fondé</b>	<b>86</b>	<b>2 %</b>	<b>79</b>	<b>2 %</b>
<b>TOTAL SIGNALEMENTS</b>	<b>4.589</b>	<b>100 %</b>	<b>4.402</b>	<b>100 %</b>

Parmi les différents signalements adressés aux équipes SOS Enfants, 55 % d'entre eux ne donnent pas lieu à l'ouverture d'un dossier, 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 (26 %)

- soit parce qu'ils sont l'objet d'un simple avis/supervision de la part de l'équipe, sans prise en charge (15 %)
- soit parce qu'ils sont invérifiables (5 %)
- soit parce qu'ils relèvent d'un autre territoire (7 %)
- soit parce qu'il ne s'agit pas de maltraitance (4 %). Dans ce cas, ils ne sont pas réorientés.

Les autres signalements (42 %) font l'objet d'une prise en charge par les équipes SOS Enfants, tandis que 3 % d'entre eux sont toujours en cours d'évaluation.

## *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 2005, 3.559 enfants ont été pris en charge par les équipes SOS Enfants, soit 129 de plus qu'en 2004 et ce, malgré l'absence d'équipe dans le Brabant wallon.

	2004		2005	
	N	%	N	%
Nouvelles situations	1.831	53 %	1.777	50 %
Anciennes situations	1.599	47 %	1.782	50 %
<b>Enfants pris en charge</b>	<b>3.430</b>	<b>100 %</b>	<b>3.559</b>	<b>100 %</b>

Il semblerait toutefois que ce soient les anciennes situations qui ont demandé une prise en charge plus longue, puisque seules la moitié d'entre elles constituaient de « nouvelles situations » pour les équipes.

Cela corrobore le constat émis au terme du rapport d'activités 1998-2003 à savoir, que les situations qui se présentent aux équipes SOS Enfants sont de plus en plus complexes et demandent par conséquent, des prises en charge de plus en plus longues.

### *Sexe des enfants pris en charge*

	2004		2005	
	N	%	N	%
Filles	1.893	55 %	1.935	54 %
Garçons	1.501	44 %	1.592	45 %
Non précisé	36	1 %	32	1 %
<b>Total</b>	<b>3.430</b>	<b>100 %</b>	<b>3.559</b>	<b>100 %</b>

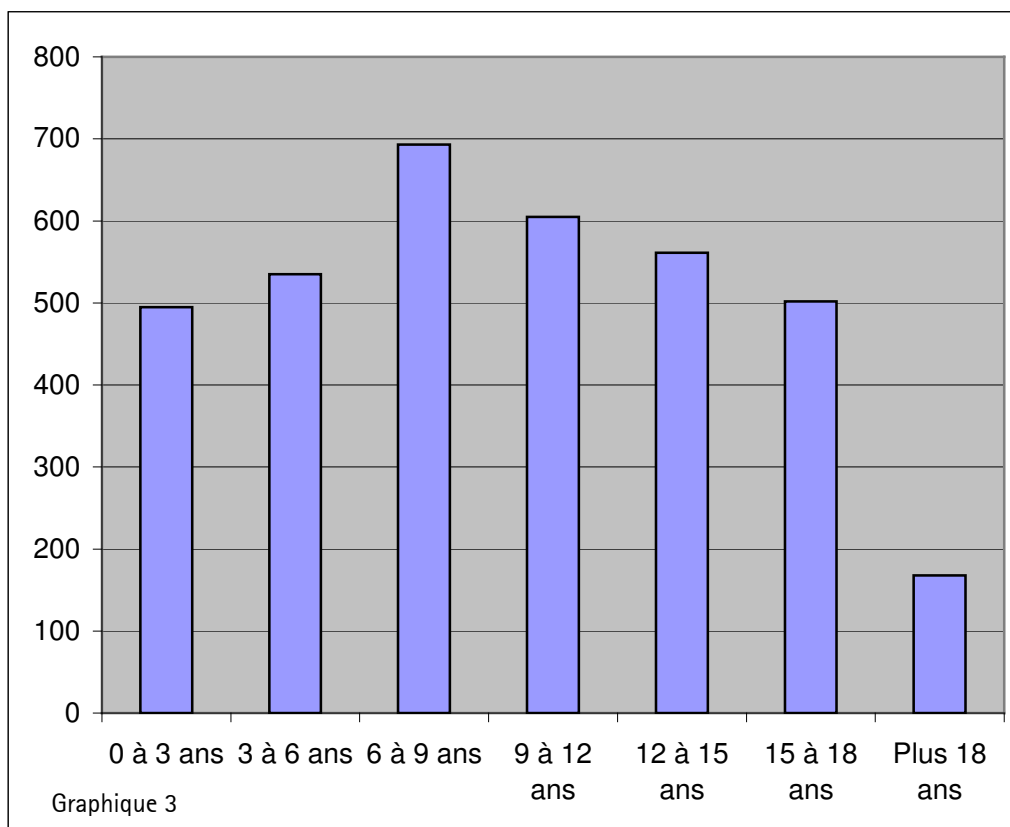
Davantage de filles que de garçons sont prises en charge par les équipes SOS Enfants. Cet écart, bien que persistant, tend à diminuer d'année en année (60 % de filles en 1998, 58 % en 1999 et 2000, 57 % en 2004, 55 % en 2002 et 2003).

Si les filles continuent à être globalement plus exposées à la maltraitance que les garçons, force est de constater que ces derniers sont de plus en plus concernés.

### Age et sexe des enfants pris en charge

2005	Filles	Garçons	Non Précisé	Total	
0 à 3 ans	248	222	25	495	14 %
0-3 mois	97	80	23	200	
3-6 mois	14	10	0	24	
6-9 mois	13	12	0	25	
9-12 mois	21	18	0	39	
1 an	48	54	1	103	
2 ans	55	48	1	104	
3 à 6 ans	302	233	0	535	15 %
3 ans	74	61	0	135	
4 ans	121	72	0	193	
5 ans	107	100	0	207	
6 à 9 ans	371	321	1	693	19 %
6 ans	125	114	1	240	
7 ans	116	107	0	223	
8 ans	130	100	0	230	
9 à 12 ans	339	266	0	605	17 %
9 ans	125	79	0	204	
10 ans	114	87	0	201	
11 ans	100	100	0	200	
12 à 15 ans	291	268	2	561	16 %
12 ans	105	89	2	196	
13 ans	99	87	0	186	
14 ans	87	92	0	179	
15 à 18 ans	286	213	3	502	14 %
15 ans	107	99	1	207	
16 ans	96	73	0	169	
17 ans	83	41	2	126	
Plus 18 ans	98	69	1	168	5 %
<b>Total</b>	<b>1935</b>	<b>1592</b>	<b>32</b>	<b>3559</b>	<b>100 %</b>
	<b>54 %</b>	<b>45 %</b>	<b>1 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

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



On constate par contre, que la catégorie des 0-3 ans est moins représentée (14 %). 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 positive que le large réseau préventif de travailleurs médico-sociaux mis en place par l'ONE, contribue à diminuer le phénomène de maltraitance dans la tranche d'âge des 0-3 ans.

Sachant que les statistiques internationales montrent que les nourrissons et les jeunes enfants sont les plus menacés par les mauvais traitements, avec des taux de mortalité par infanticide qui sont plus du double dans le groupe d'âge des 0-4 ans que chez les enfants de 5-14 ans, on peut aussi émettre l'hypothèse plus négative que ces enfants sont directement signalés à la justice par les intervenants, sans passer par les équipes SOS Enfants.

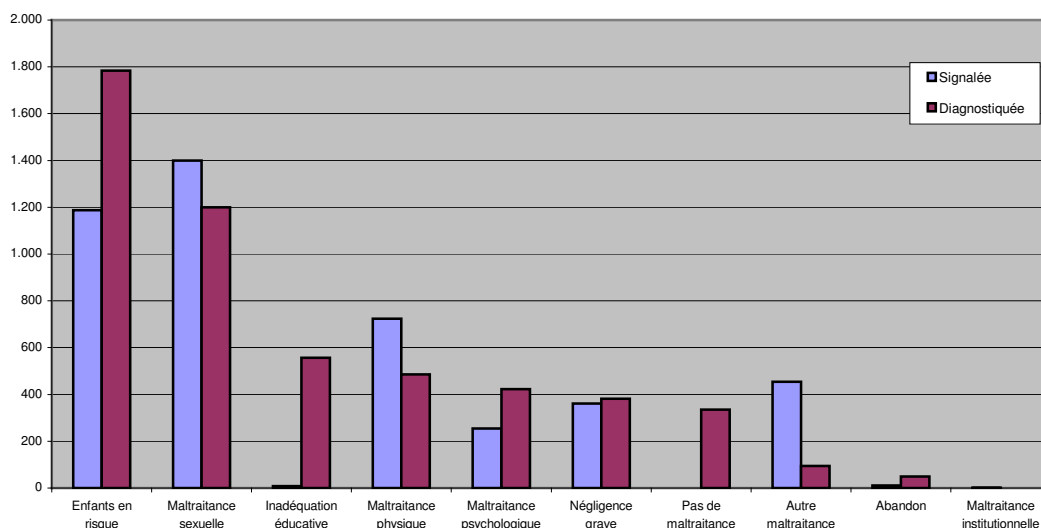
*Types de maltraitements sur les enfants pris en charge*

	2004				2005			
	Signalée		Diagnostiquée		Signalée		Diagnostiquée	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Enfants en risque</b>	<b>1.165</b>	<b>25 %</b>	<b>1.395</b>	<b>35 %</b>	<b>1.188</b>	<b>27 %</b>	<b>1.784</b>	<b>33%</b>
Autre situation à risque			306	22 %			436	25 %
Conflit de couple			332	24 %			378	21 %
Immaturité parentale			166	12 %			235	13 %
Violence conjugale			185	13 %			198	11 %
Alcoolisme			148	11 %			178	10 %
Précarité économique			100	7 %			175	10 %
Pathologie mentale			111	8 %			134	8 %
Manque de sociabilité			29	2 %			30	1 %
Pathologie médicale			18	1 %			20	1 %
<b>Maltraitance sexuelle</b>	<b>1.535</b>	<b>33 %</b>	<b>907</b>	<b>23 %</b>	<b>1400</b>	<b>32 %</b>	<b>1.200</b>	<b>22 %</b>
Attouchements			531	59 %			702	58 %
Pénétrations sexuelles			240	26 %			307	26 %
Comportement indécent : exhibitions, photos			133	15 %			171	14 %
Jeux sexuels			3	0			20	2 %
<b>Inadéquation éducative</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>	<b>328</b>	<b>8 %</b>	<b>8</b>	<b>0%</b>	<b>557</b>	<b>10 %</b>
<b>Maltraitance physique</b>	<b>670</b>	<b>15 %</b>	<b>399</b>	<b>10 %</b>	<b>724</b>	<b>16 %</b>	<b>485</b>	<b>9 %</b>
Coups, pincements, griffures			308	77 %			357	74 %
Autre maltraitance physique			51	13 %			74	15 %
Brûlures			15	4 %			20	4 %
Syndrome du bébé secoué			9	2 %			10	2 %
Administration de substance, dont Munchausen			4	1 %			8	2 %
Tentatives d'étranglement, d'étouffement			8	2%			6	1 %
Morsures			2	1 %			5	1 %
Torture			2	0 %			5	1 %
<b>Maltraitance psychologique</b>	<b>219</b>	<b>5 %</b>	<b>270</b>	<b>7 %</b>	<b>255</b>	<b>6 %</b>	<b>423</b>	<b>8 %</b>
<b>Négligence grave</b>	<b>295</b>	<b>6 %</b>	<b>272</b>	<b>7%</b>	<b>361</b>	<b>8 %</b>	<b>382</b>	<b>7 %</b>
<b>Pas de maltraitance</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>	<b>294</b>	<b>8 %</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>	<b>335</b>	<b>6 %</b>

<b>Autre maltraitance (enfant en souffrance, conditions fragilisantes)</b>	<b>688</b>	<b>16 %</b>	<b>51</b>	<b>1 %</b>	<b>454</b>	<b>11%</b>	<b>95</b>	<b>2 %</b>
<b>Abandon</b>	<b>11</b>	<b>0 %</b>	<b>39</b>	<b>1 %</b>	<b>11</b>	<b>0%</b>	<b>49</b>	<b>1 %</b>
<b>Maltraitance institutionnelle</b>	<b>6</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>	<b>1</b>	<b>0 %</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>En cours évaluation</b>							<b>109</b>	<b>2 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>4.589</b>	<b>100 %</b>	<b>3.955</b>	<b>100 %</b>	<b>4.402</b>	<b>100 %</b>	<b>5.419</b>	<b>100 %</b>

Plusieurs types de maltraitance peuvent être diagnostiqués sur un même enfant (*voir graphique 4*).

Graphique 4



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 (32 %), les diagnostics des équipes SOS Enfants désignent plus fréquemment une situation à risque de maltraitance (33 %). 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 (22 %), avec surtout des attouchements, mais aussi des pénétrations.

La maltraitance physique concerne 9 % 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 (6 %).

### *Les auteurs de maltraitements*

	2004		2005	
	N	%	N	%
Père	735	22 %	832	21 %
Mère	622	18 %	800	20 %
Couple parental	605	18 %	749	19 %
Beau-père/ cohabitant	183	5 %	235	6 %
Membre de la famille élargie	178	5 %	230	6 %
Sans objet (pas de maltraitance)	128	4 %	218	5 %
Auteur mineur	115	3 %	190	5 %
Fratrie	101	3 %	140	4 %
Ami de la famille/ voisinage	89	3 %	106	3 %
Autre extra-familial	59	2 %	83	2 %
Ami de la victime/autre mineur	67	2 %	67	2 %
Invérifiable	51	2 %	53	1 %
Inconnu/non identifié	39	1 %	47	1 %
Belle-mère / cohabitante	15	0 %	27	1 %
Professionnel d'une institution	9	0 %	9	0 %
Professionnel d'une école	10	0 %	7	0 %
En cours d'investigation	424	12 %	173	4 %
<b>Total</b>	<b>3.430</b>	<b>100 %</b>	<b>3.966</b>	<b>100 %</b>

Dans la majorité des cas (77 %), 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 (12 %), 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 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 (voir Bulletin de l'Action Enfance Maltraitée n°65, consacré à Groupados).

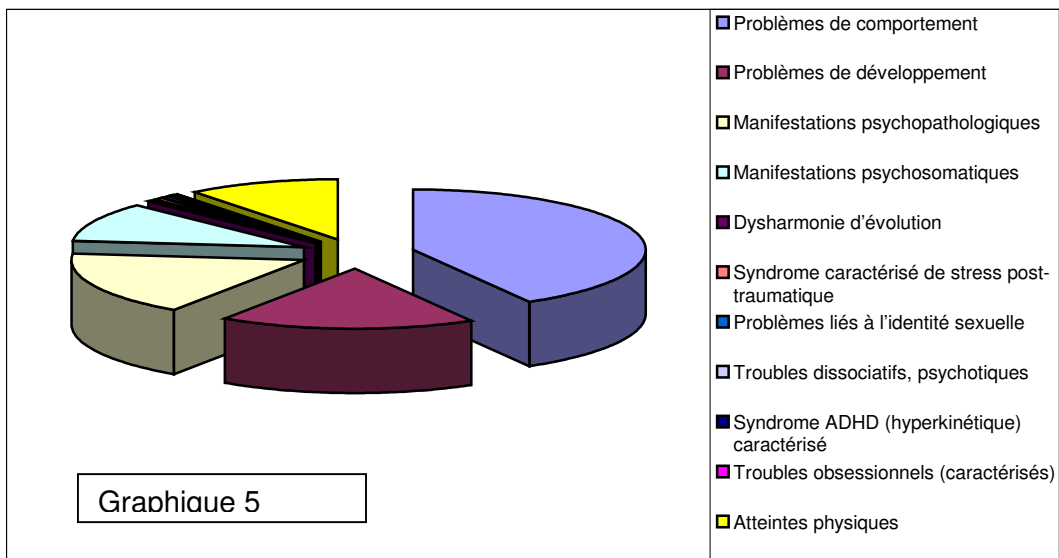
## Les atteintes observées sur l'enfant

	2004		2005	
	N	%	N	%
<b>Atteintes psychologiques</b>	<b>4255</b>	<b>88 %</b>	<b>4935</b>	<b>90 %</b>
<b>Problèmes de comportement</b>	<b>1.723</b>	<b>40 %</b>	<b>2163</b>	<b>44 %</b>
<i>Autre problème de comportement</i>	303	18 %	473	22 %
<i>Repli sur soi / inhibition sévère</i>	374	22 %	413	19 %
<i>Colère(s)</i>	267	15 %	345	16 %
<i>Sexualisation du comportement</i>	200	12 %	274	12 %
<i>Comportement pseudo-adulte</i>	230	13 %	263	12 %
<i>Comportement violent sur les personnes</i>	158	9 %	233	11 %
<i>Tentative de suicide</i>	119	7 %	84	4 %
<i>Fugue(s)</i>	72	4 %	78	4 %
<b>Problèmes de développement</b>	<b>743</b>	<b>18 %</b>	<b>917</b>	<b>19 %</b>
<i>Problèmes d'apprentissage</i>	435	59 %	516	57 %
<i>Problèmes de langage</i>	106	14 %	133	14 %
<i>Autre problème de développement</i>	97	13 %	133	14 %
<i>Retard psychomoteur</i>	72	10 %	80	9 %
<i>Handicap mental (syndrome alcoolisme-fœtal, trisomie...)</i>	33	4 %	55	6 %
<b>Manifestations psychopathologiques</b>	<b>708</b>	<b>17%</b>	<b>893</b>	<b>18 %</b>
<i>Angoisse, agitation anxieuse</i>	383	54 %	449	50 %
<i>Sentiment de dévalorisation</i>	156	22 %	199	22 %
<i>Dépression</i>	100	14 %	137	15 %
<i>Autre manifestation psychopathologique</i>	69	10 %	114	13 %
<b>Manifestations psychosomatiques</b>	<b>408</b>	<b>10 %</b>	<b>560</b>	<b>11 %</b>
<i>Troubles du sommeil</i>	108	26 %	185	33 %
<i>Troubles alimentaires</i>	104	26 %	140	25 %
<i>Enurésie / encoprésie</i>	106	26 %	97	16 %
<i>Autres problèmes psychosomatiques</i>	41	10 %	87	15 %
<i>Douleurs diffuses</i>	38	9 %	57	9 %
<i>Troubles respiratoires</i>	17	3 %	12	2 %
<b>Autre</b>	<b>589</b>	<b>14 %</b>	<b>289</b>	<b>6 %</b>
<b>Dysharmonie d'évolution</b>	<b>27</b>	<b>1 %</b>	<b>29</b>	<b>1 %</b>
<b>Syndrome caractérisé de stress post-traumatique</b>	<b>13</b>	<b>0 %</b>	<b>27</b>	<b>1 %</b>
<b>Problèmes liés à l'identité sexuelle</b>	<b>14</b>	<b>0 %</b>	<b>22</b>	<b>0 %</b>
<b>Troubles dissociatifs, psychotiques</b>	<b>16</b>	<b>0 %</b>	<b>20</b>	<b>0 %</b>
<b>Syndrome ADHD (hyperkinétique) caractérisé</b>	<b>12</b>	<b>0 %</b>	<b>13</b>	<b>0 %</b>



Troubles obsessionnels (caractérisés)	1	0 %	2	0 %
Troubles phobiques (caractérisés)	1	0 %	0	0 %
<b>Atteintes physiques</b>	<b>592</b>	<b>12 %</b>	<b>545</b>	<b>10 %</b>
Ecchymose, hématome	157	27 %	180	33 %
Coupure, blessure	213	36 %	136	25 %
Autre atteinte physique	60	10 %	94	17 %
Brûlure	71	12 %	46	9 %
Lésion anale/vaginale	41	7 %	46	9 %
Fracture	21	4 %	18	3 %
Lésions intracrâniennes	11	2 %	7	1 %
Autres lésions internes (ex. foie éclaté)	7	1 %	5	1 %
Grossesse	2	0 %	4	1 %
Morsure	1	0 %	4	1 %
Maladie sexuellement transmissible	5	1 %	3	0 %
Décès	2	0 %	1	0 %
Failure to thrive (hypotrophie, ...)	1	0 %	1	0 %
<b>Total atteintes</b>	<b>4.847</b>	<b>100 %</b>	<b>5480</b>	<b>100 %</b>

Plusieurs types d'atteintes peuvent être observées sur un même enfant (*voir graphique 5*).



Les équipes SOS Enfants remarquent le plus souvent des atteintes psychologiques (90 %), dont principalement, des problèmes de comportement (44 %) tels que repli sur soi, colère, comportement pseudo-adulte, sexualisation du comportement, comportement violent sur les personnes...

Elles observent dans une moindre mesure, des atteintes psychologiques telles que problèmes de développement (19 %: problèmes d'apprentissage, de langage, retard psycho-moteur), manifestations d'ordre psycho-pathologique (18 % : angoisse, dépression, ...) ou manifestations psychosomatiques (11 % : troubles du sommeil, énurésie/encoprésie, troubles alimentaires, ...).

Les atteintes physiques observables sur l'enfant sont peu fréquentes (10 %) et quand elles existent, consistent surtout en des coupures et blessures, hématomes, brûlures,....

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

	2004		2005	
	N	%	N	%
Mère seule	800	29 %	932	26 %
Deux parents biologiques	795	29 %	927	26 %
Mère + cohabitant	561	20 %	647	18 %
Non précisé	132	5 %	423	13 %
Institution	111	4 %	141	4 %
Père + cohabitante	86	3 %	116	3 %
Père seul	90	3 %	109	3 %
Seul en famille élargie	54	2 %	75	2 %
Garde alternée	57	2 %	66	2 %
Famille d'accueil	50	2 %	60	2 %
Mère en famille élargie	30	1 %	28	1 %
Couples homosexuels	5	0 %	14	0 %
Parents adoptifs	9	0 %	13	0 %
Père en famille élargie	11	0 %	8	0 %
<b>Total</b>	<b>2.791</b>	<b>100 %</b>	<b>3.559</b>	<b>100 %</b>

Le nombre d'enfants vivant avec leurs deux parents biologiques tend à diminuer d'années en années (26 %).

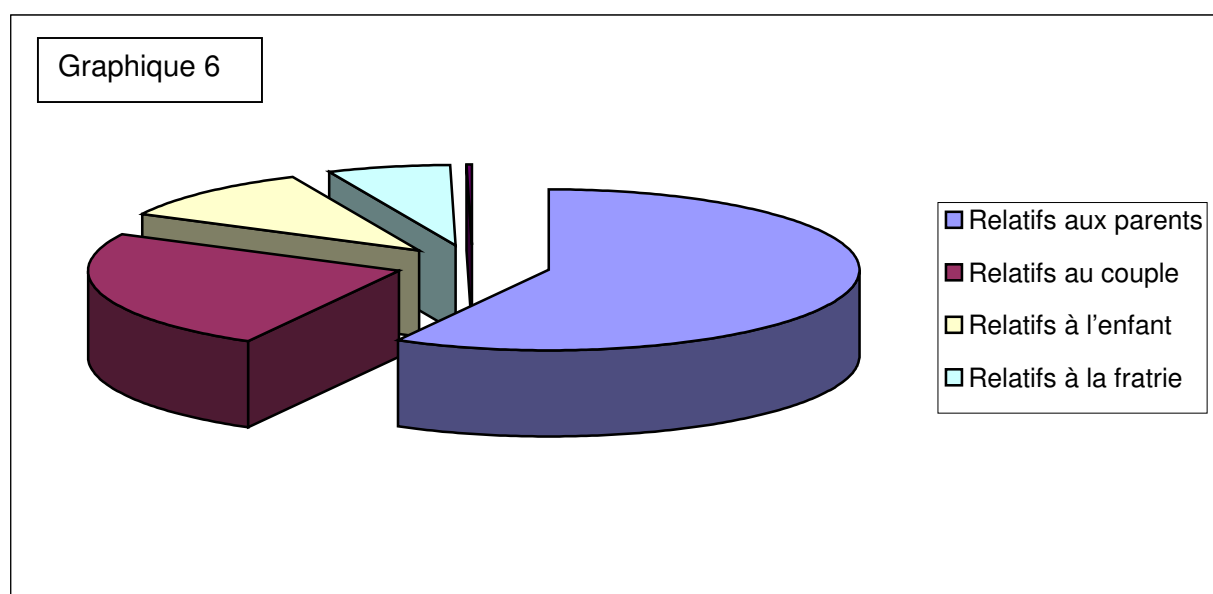
La majorité des enfants pris en charge vivent avec leurs parents, surtout la maman, ou en alternance.

### *Les facteurs de vulnérabilité*

	2004		2005	
	N	%	N	%
<b>Relatifs aux parents</b>	<b>5.093</b>	<b>60 %</b>	<b>6.659</b>	<b>58 %</b>
Antécédents (mauvais traitements, placements)	326	6 %	651	10 %
Situation socio-économique très précaire	459	9 %	552	8 %
Alcoolisme	337	7 %	527	8 %
Instabilité, humeurs	509	10 %	522	8 %
Immaturité	382	8 %	510	8 %
Perte de contrôle d'un des parents (violence)	333	7 %	447	7 %
Parents à troubles psychiatriques	402	8 %	429	6 %
Autre facteur de vulnérabilité	231	5 %	355	5 %
Parents pas assez concernés par l'enfant	229	4 %	319	5 %
Isolement social	199	4 %	270	4 %
Mère abusée	147	3 %	237	3 %
Correction ou punition abusive	188	4 %	224	3 %
Mauvaise collaboration / hostilité/ fermeture	168	3 %	217	3 %
Addictions (toxiques, médicaments)	119	2 %	203	3 %
Troubles relationnels parents/bébé (manque d'empathie, ..)	83	2 %	167	3 %
Emprisonnement	111	2 %	154	2 %
Délinquance / criminalité	90	2 %	143	2 %
Attente excessive (en fonction de l'âge)	133	3 %	125	2 %
Instabilité de la famille (déménagements fréquents)	178	3 %	123	2 %
Deuil traumatique, deuil non résolu	104	2 %	103	2 %
Allégation d'abus sexuels invérifiables	102	2 %	111	2 %
Refus des parents des propositions de soins	81	1 %	91	1 %
Maladie grave	101	2 %	71	1 %
Stress lié aux contraintes professionnelles (horaires difficiles)	66	1 %	63	1 %
Perte d'emploi	15	0 %	45	1 %
<b>Relatifs au couple</b>	<b>2.073</b>	<b>24 %</b>	<b>2.800</b>	<b>25 %</b>
Séparation	643	31 %	989	35 %
Problèmes relationnels	559	27 %	646	23 %
Violence	414	20 %	540	19 %
Conflit de garde	249	12 %	357	13 %
Autre facteur de vulnérabilité	208	10 %	268	10 %

<b>Relatifs à l'enfant</b>	<b>811</b>	<b>10 %</b>	<b>1.228</b>	<b>11 %</b>
Troubles du comportement	316	39 %	452	37 %
Autre facteur de vulnérabilité	197	24 %	358	29 %
Antécédent de maltraitance	138	17 %	233	19 %
Handicap sévère	33	4 %	59	5 %
Hyperkinésie	30	4 %	44	3 %
Grande prématurité	21	3 %	39	3 %
Hospitalisation répétée	25	3 %	24	2 %
Bébé en sevrage (de toxiques ou médicaments)	51	6 %	19	2 %
<b>Relatifs à la fratrie</b>	<b>474</b>	<b>6 %</b>	<b>736</b>	<b>6%</b>
Antécédents de maltraitance	135	28 %	287	39 %
Autre facteur de vulnérabilité	171	36 %	266	36 %
Placements	168	36 %	183	25 %
<b>Non détecté</b>	<b>5</b>	<b>0 %</b>	<b>32</b>	<b>0%</b>
<b>Total</b>	<b>8.456</b>	<b>100 %</b>	<b>11.455</b>	<b>100 %</b>

Les facteurs de vulnérabilité sont nombreux et variés (voir graphique 6) :



Étant donné le pourcentage d'enfant en risque, il est normal de trouver un nombre plus élevé de facteurs relatifs aux parents (58 %) et au couple (25 %) : 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'écarter en urgence de sa famille***

	2004		2005	
	N	%	N	%
Autre lieu d'écartement	75	23 %	118	40 %
Hôpital	180	55 %	86	29 %
Milieu d'accueil d'urgence	27	8 %	50	17 %
Chez un autre membre de la famille	32	10 %	23	8 %
Famille d'accueil	15	4 %	18	6 %
<b>Total</b>	<b>329</b>	<b>100 %</b>	<b>295</b>	<b>100 %</b>

Certaines situations de danger imminent exigent d'écarter d'urgence l'enfant de sa famille. 295 enfants ont ainsi fait l'objet d'un écartement en 2005.

Les placements d'urgence en hôpital (29 %), contrairement aux autres années, ont diminué au profit des « autres lieux d'écartement » (40 %) et des « milieux d'accueil d'urgence » (17 %).

Dans les "autres lieux d'écartement", on peut trouver les internats, les IMP, maisons maternelles, services d'hébergement de l'aide à la jeunesse (SAAE), un accueil chez une personne extra-familiale,...

Il faut rappeler cette année encore, le manque crucial de structures d'accueil pour les enfants maltraités, alors qu'il est pourtant absolument nécessaire de pouvoir, pour un temps du moins, séparer l'enfant de son milieu maltraitant.

### ***Conclusion***

Au-delà des chiffres, l'année 2005 peut être surtout remarquable par la mise en place en avril 2005, du Comité d'accompagnement de l'enfance maltraitée (CAEM) et l'agrément concomitant des 14 équipes postnatales.

Cette reconnaissance ne manquera pas d'avoir des incidences positives sur le travail de terrain.

Rappelons cette année encore, le manque de structures d'accueil ainsi que les moyens humains mis à la disposition du secteur.

Force est de constater que ces moyens restent limités face à l'ampleur de la tâche que constitue la lutte contre la maltraitance des enfants.