



Rapport d'activités 2020





TABLE DES MATIERES

ASBL AIDE ENFANTS FAMILLES BRABANT WALLON	4
1. PRESENTATION	5
2. TERRITOIRE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE	9
3. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DU BRABANT WALLON	9
4. FONCTIONNEMENT DE L'EQUIPE	10
4.1 La réunion d'équipe	10
4.2 La fonction de coordination	10
4.3 Le fonctionnement pluridisciplinaire	10
4.4 Répartition des situations cliniques parmi les membres de l'équipe	11
4.5 Prises en charge par l'équipe	11
4.6 La fixation d'un rendez-vous « rapide »	12
4.7 Les bilans socio-médico-psychologiques	12
4.8 Les partenariats	13
4.9 Travail de réseau	14
4.10 Le travail de l'équipe à l'ère du Covid-19	15
TRAVAIL CLINIQUE	16
I. Equipe SOS Enfants	17
IMISOS	17
1. SIGNALEMENTS	19
1.1 Les signalements	19
1.2 Les signaleurs	21
1.3 Nombre de signalements par motif de maltraitance	22
1.4 Nombre de signalements par mode de signalement	22
1.5 Nombre de signalements par statut du signalé	22
1.6 Nombre de signalements selon le sexe de l'enfant	
2. ANALYSE DE LA DEMANDE	23
2.1 Milieu de vie de l'enfant	23
2.2 Statut des parents	24
2.3 Réseau actif autour de l'enfant (ou de la famille)	25
3. PRISE EN CHARGE	25
3.1 Données générales	25
3.2 Types de maltraitance diagnostiquée	26
3.3 Auteurs de la maltraitance	27
3.4 Prise en charge	28
3.5 Collaboration des personnes détenant l'autorité parentale	28
4. DUREE DE LA PRISE EN CHARGE	29
4.1 Signalement	29
4.2 Analyse de la demande	29
4.3 Diagnostic et suivi thérapeutique	29
4.4 Calcul sur base de la fiche clôture	29
4.5 Nombre de dossiers clôturés sur base du diagnostic	
5.CLOTURE	31
5.1 Motifs de clôture	31

II. EQUIPE BÉBÉ ACCUEIL	32
1. PREVENTION ET PERINATALITE	32
1.1 Vers une prévention précoce de la maltraitance	32
1.2 La période périnatale, une expérience fondatrice du lien parents-enfants	32
1.3 Une action périnatale de la grossesse aux trois ans de l'enfant	
2. FONCTIONNEMENT DE BEBE ACCUEIL	34
2.1 Un accompagnement dès la grossesse	34
2.2 Une aide non contrainte	34
2.3 A domicile, gratuitement et dans tout le Brabant wallon	35
2.4 Présentation de l'équipe	
2.5 Prise en charge de la demande	36
2.6 Formation des membres de l'équipe	36
2.7 Nos moyens	37
2.8 Projet en cours de réalisation	37
3. ACTIVITES POUR L'ANNEE 2020	37
3.1 Les dossiers	38
3.2 Les consultations	38
3.3 Types de difficultés signalées	39
ACTIVITES PARACLINIQUES	40
1. COORDINATION	41
1.1 Collège des Coordinateurs en Enfance Maltraitée (CCEM)	41
1.2 Plate-Forme « Violence dans le couple Brabant wallon »	41
1.3 Commission de coordination « Aide aux enfants victimes de maltraitance »	41
1.4 Fédération des équipes SOS Enfants	42
1.5. Comité d'Accompagnement Enfance Maltraitée (CAEM)	42
2. PARTICIPATION A DES COLLOQUES ET FORMATIONS	43
3. PROJET : ELARGISSEMENT DU PROJET BEBE ACCUEIL	43
GLOSSAIRE	45
ANNEXES	46

A.S.B.L. AIDE ENFANTS-FAMILLES BRABANT WALLON



1. PRESENTATION

A.S.B.L. AIDE ENFANTS-FAMILLES BRABANT WALLON 4, CHAUSSEE DE CHARLEROI 1471 GENAPPE

TEL: 067/77.26.47 (Equipe Enfants Familles)

067/77.32.59 (Bébé Accueil)

FAX: 067/77.26.52

SITE: www.sosenfantsbw.be

L'A.S.B.L. AIDE ENFANTS-FAMILLES BRABANT WALLON a été constituée le 30 décembre 2004. Elle a été agréée le 10 novembre 2005 par l'Exécutif de la Communauté française, et subventionnée par l'Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.) en tant que Pouvoir Organisateur d'une équipe SOS Enfants.

Les équipes SOS Enfants sont régies par le Décret du 12 mai 2004 relatif à l'Aide aux enfants victimes de maltraitance et par l'Arrêté du Gouvernement du 14 juin 2004 relatif à l'agrément et au subventionnement des équipes SOS Enfants en application du Décret du 12 mai 2004 précité.

Le Pouvoir Organisateur a mis en place l'équipe SOS ENFANTS BRABANT WALLON et sa section de prévention périnatale, BEBE ACCUEIL.

Conseil d'Administration

Composition au 31/12/2020 :

- Madame Fabienne DESCAMPS (Présidente)
- Monsieur Sven DE WAELE (Vice-Président)
- Monsieur Jacques STEINFELD (Trésorier)
- Monsieur Jacques DEVOS (Secrétaire)
- Madame Danielle JANSSEN (Administratrice)
- Madame Clémence VANDAMME (Administratrice)



Reconnaissance et subsidiation :

L'équipe SOS Enfants Brabant Wallon est organisée par l'ASBL Aide Enfants Familles Brabant Wallon qui a été subsidiée en 2020 par :

- ONE
- Province du Brabant wallon
- Fonds ASSS (Maribel)
- Région wallonne (APE)
- Viva for Life.

L'ASBL a reçu l'aide, pour la création d'une salle de psychomotricité, de Cap48 et de la CERA, du Fonds de soutien Marguerite-Marie Delacroix pour le lancement de Bébé Accueil.

Elle a pu acheter une voiture grâce à UNITED FUND FOR BELGIUM.

En 2017, elle a reçu une aide de la CERA pour financer l'isolation du grenier de la maison dont l'ASBL est propriétaire, située Chaussée de Charleroi, 4 à 1471 Genappe (Loupoigne)







Chaussée de Charleroi 4 1471 Genappe



L'équipe SOS Enfants Brabant Wallon, qui fait partie de l'A.S.B.L. AIDE ENFANTS-FAMILLES Brabant wallon, est une équipe pluridisciplinaire chargée de la prévention, du diagnostic et de la prise en charge des situations de mauvais traitements infligés aux enfants : maltraitances physiques et/ou mentales, abus sexuels, négligences lourdes et situations à risque.

L'équipe assume les missions définies par le Décret de la Communauté française du 12 mai 2004 relatif à l'Aide aux enfants victimes de maltraitance.

L'aide spécifique que l'équipe apporte à l'enfant et à sa famille s'insère aussi dans le cadre du décret du 18 janvier 2018 portant le code de la prévention, de l'aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse.

L'équipe se compose, au 31/12/2020, de :

1° Docteur en médecine spécialisé en pédiatrie : NIZET Catherine, indépendante, 2,25/10 ETP

2° Licenciée en droit et coordinatrice :

GILAIN Isabelle, indépendante, 2/10 ETP et 3/10 ETP soit 5/10 ETP

3° Assistante sociale:

BLÖTE Ysaline, salariée, 8/10 ETP

4° Assistante sociale:

BOUFFIOUX Nathalie, salariée, 9/10 ETP

5° Assistance sociale:

DETROGH Cindy, salariée, 5/10 ETP ⇒ jusqu'au 10/08/21

6° Bachelier assistant en psychologie, psychomotricien :

ISAAC Eric, salarié, 5/10 ETP depuis le 8 avril 2015 + 5/10 ETP grâce aux subsides de Viva for Life à partir du 01/05/2018

7° Licenciée en psychologie clinique :

LEFEVRE Brigitte, salariée, 1 ETP

8° Licenciée en psychologie clinique :

FORTON Gaëlle, salariée, 9/10 ETP

9° Licenciée en psychologie clinique et systémicienne :

MAGISSON Cendrine, salariée, 7/10 ETP

10° Licenciée en psychologie clinique :

STASSER Amandine, salariée, 9/10 ETP

11° Secrétaire administrative :

DANDOY Geneviève, salariée, 1 ETP ⇒ jusqu'en octobre 2020 puis remplacée par PATERNOSTRE Stéphanie, secrétaire administrative, salariée, 1 ETP

12° Assistante sociale:

WINNIK Manon, salariée, 1ETP

Contrats de remplacement:

1° BERWA Nicky, psychomotricienne, salariée, 5/10 ETP jusqu'octobre 2020

2° WILLEMIN Alizée, licenciée en psychologie, salariée, 9/10 ETP

Dans le cadre du subside Maribel, Eric ISAAC travaille à raison de 5/10 ETP comme psychomotricien. Cindy DETROGH a été engagée dans le cadre APE (Région wallonne).

Grâce aux subsides de Viva for Life, depuis le 1^{er} mai 2018, Éric ISAAC travaille 5/10 ETP supplémentaires et Cindy DETROGH 8h par semaine supplémentaires.

Au total, l'équipe dispose donc de 8,425 ETP (équivalents temps plein) fin 2020.

L'équipe intervient sur tout le territoire du BRABANT WALLON, selon les modalités suivantes :

- * Prise en charge des enfants maltraités et de leur famille : diagnostics, bilans, guidances, thérapies.
- * Concertation et coordination avec toute structure et tout service en relation avec l'enfant et sa famille.
- * Sensibilisation et soutien de tout professionnel confronté à la maltraitance.

Permanence téléphonique : du lundi au vendredi de 9h à 17h

Répondeur le jeudi de 11h à 16h (réunion d'équipe)

Soirs et week-ends : répondeur automatique renvoyant aux services d'urgences pédiatriques si nécessaire.

Consultations : sur rendez-vous, à notre bureau ou à domicile de 9h à 17h et un lundi sur deux jusqu'à 19h.

TEL.: 067/77.26.47 FAX: 067/77.26.52

E-MAIL: enfantsfamilles.bw@skynet.be

2. Territoire d'intervention de l'équipe

L'équipe intervient pour des situations de maltraitance familiale ou extrafamiliale d'enfants qui habitent dans une des 27 communes du Brabant wallon (voir carte et moyens de transport en annexe I).

La superficie de la province est de 1.090,55 km².

Les distances extrêmes de la zone sont d'environ 94 km (entre Hélécine et Rebecq).

3. Caractéristiques socio-économiques du Brabant wallon

Population totale au 01/01/2020 : 406.019 habitants dont - 23 % ayant moins de 20 ans, - 10,12 % de non belges.

Ménages monoparentaux : 11,6 %

Taux brut de natalité : 9 pour 1000 habitants (2019) Taux de croissance de la population : 0,60 % (2019)

Densité de la population : 370,1 habitants/ km² au 01/01/2020

PIB par habitant : 47.965,3 € (2018)

Revenu disponible par habitant : 22.255 € / an (2017) Taux de chômage administratif : 9,8 % des 15-64 ans (2018)

Bénéficiaires du RIS: 1,25 % des 18-64 ans (2019)

Mineurs vivant dans un ménage sans revenus d'un travail : 5.9 % (au 31/12/2018) Part des ménages vivant dans un logement public SLSP : 4.05 % (01/01/2019)

Nombre d'habitants par médecin généraliste : 1143 (2019)

Nombre d'élèves inscrits en maternelle, primaire et secondaire : 74.194 (2016-2017)

Maisons et/ou centres pour jeunes subventionnés par la FWB : 15

Part des ménages sans voiture : 18,5 % (2019)

4. FONCTIONNEMENT DE L'EQUIPE

Dans l'organisation de l'équipe, le travail clinique est prioritaire.

4.1 La réunion d'équipe

La réunion d'équipe hebdomadaire est fondamentale pour l'accomplissement de toutes les missions de l'équipe. Elle est le lieu où tout s'initie, se décide et elle dure environ 4 heures. Elle comprend du temps pour les cas cliniques, les signalements, les demandes extérieures d'animation, la sensibilisation, les problèmes de logistique, la formation théorique, C'est là que se réfléchit le pourquoi, le comment ; c'est le lieu où s'organise « qui fait quoi ? », « qui va où ? ».

Toutes les consultations de la semaine y sont reprises de façon plus ou moins brève ou approfondie, ce qui a pour effet que toute l'équipe est au courant de tous les cas.

La gestion du travail est donc collective et collégiale, aucune décision de modèle de travail, de mode de fonctionnement différent ne se prendra si toute l'équipe n'en a pas discuté tout en tenant compte des aspects « qualité » de travail et « organisation » réaliste de celui-ci. Ainsi, toute participation à des activités extérieures, est discutée et décidée en équipe.

En outre, l'équipe est supervisée 7-8 fois par an par une personne extérieure. Dans ce cadre sont dépliés des cas cliniques.

4.2 La fonction de coordination

La coordinatrice assure sous la responsabilité du Pouvoir Organisateur, entre autres :

- la mise en œuvre du projet clinique ;
- la gestion journalière de l'équipe, la tenue de la comptabilité, le respect des réglementations en vigueur ;
- les relations avec l'ONE :
- la coordination avec les autres services1.

Les décisions cliniques sont quant à elles prises collégialement. La coordinatrice ne prend donc pas de décision clinique mais veille à ce que l'équipe les prenne.

La coordinatrice peut déléguer une partie de ses fonctions à un autre membre de l'équipe.

4.3 Le fonctionnement pluridisciplinaire

L'équipe comporte différentes fonctions dépendantes les unes des autres. Qu'il s'agisse des activités cliniques ou autres, les membres de l'équipe n'agissent pas en leur nom personnel mais en tant que membres de l'équipe. Ils sont « délégués » par l'équipe pour remplir telle ou telle mission. Il faut veiller à la fois à une certaine cohérence (stabilité de la personne qui représente l'équipe) pour des raisons pratiques évidentes, et en même temps à une répartition équitable des activités, tant cliniques qu'extérieures, sur l'ensemble des membres de l'équipe.

En ce sens:

- c'est l'équipe qui décide de s'engager ou non dans telle prise en charge ou tel projet extérieur ;
- c'est en équipe que se décide « qui prend quoi » en charge ;
- chaque membre de l'équipe fait rapport régulièrement à l'ensemble de l'équipe quant à l'évolution des prises en charge ou projets;
- toute difficulté par rapport aux orientations décidées en équipe doit être ramenée vers l'équipe de façon à ce que celle-ci prenne une position commune.

¹ Arrêté du gouvernement du 14 juin 2004 relatif à l'agrément et au subventionnement des équipes SOS Enfants en application du décret du 12 mai 2004, art. 8.

4.4 Répartition des situations cliniques parmi les membres de l'équipe

Au départ d'une situation, c'est une assistante sociale qui reçoit le signalement. En pratique, d'autres membres de l'équipe assurent aussi cette tâche si aucune assistante sociale n'est disponible.

Au cas par cas, selon le type de signalement, l'investigation est entamée par un ou plusieurs membres de l'équipe. Dans tous les cas, les signalements sont présentés et discutés en équipe et c'est à ce moment que se décide la répartition des tâches.

De manière générale, les rencontres avec les enfants ou adolescents sont assurées par les psychologues. Ces professionnelles reçoivent également des adultes. L'équipe réserve des entretiens individuels avec le ou les enfants et ce, en attribuant un interlocuteur différent pour chacun.

Il est évident que lorsque la famille comporte plus de trois enfants, les psychologues pourront recevoir plus d'un enfant de la famille.

Dans un premier temps, l'assistante sociale et un autre membre de l'équipe reçoivent les adultes. En effet, l'équipe travaille en binôme, les parents sont reçus ensemble (ou individuellement lorsqu'ils sont séparés) par les deux mêmes membres de l'équipe. Enfin, selon le type de maltraitance, plus particulièrement en ce qui concerne des suspicions d'abus sexuel de la part d'un des parents, ceux-ci sont reçus séparément.

Par la suite, et toujours selon le cas, les intervenants assurent des entretiens familiaux, des entretiens entre parent(s) et enfant(s), des entretiens de fratrie ou encore des entretiens avec des membres de la famille élargie. Ces différents types d'entretiens peuvent aussi se cumuler avec des entretiens individuels.

Dans un certain nombre de cas, des psychothérapies d'adultes et/ou d'enfants ont lieu après la phase diagnostique soit dans notre service, soit ailleurs (centre de santé mentale, ...) parce que l'équipe ne peut tout prendre en charge.

Généralement, les rendez-vous sont organisés dans les locaux mais ils peuvent avoir lieu au domicile ou au sein d'une autre institution (l'école, par exemple). Notons ici qu'assurer des entretiens individuels avec un ou des enfants d'une famille à leur domicile est difficile (espace, confidentialité, temps de déplacement, nombre de membres du personnel déployé pour s'y rendre, ...). Un autre lieu est alors à rechercher.

Selon les cas, les visites à domicile sont assurées aussi bien par les assistantes sociales, les psychologues que par la pédiatre, seule ou en tandem.

4.5 Prises en charge par l'équipe

L'équipe effectue un grand nombre de prestations à visée de guidance sociale, éducative, de psychothérapies individuelles, de couples ou de familles sur un court ou long terme ainsi que des prestations d'ordre médical ou juridique.

Dans le cadre des suivis thérapeutiques, l'équipe doit bien sûr s'adapter à toutes les situations. Même si notre travail est centré sur la thématique de la maltraitance, d'autres difficultés existent et doivent être prises en compte. Ainsi, chaque personne a ses propres traumatismes, angoisses, difficultés socio-professionnelles... et les gère en fonction de ses ressources. Cette gestion inclut le recours aux thérapeutes.

Dans son rôle thérapeutique, l'équipe propose différentes modalités d'interventions. Lors de situations de crise, la fréquence des rencontres peut être élevée alors que dans d'autres cas, les rencontres sont plus espacées.

Dans d'autres situations, l'équipe offre plutôt une disponibilité sporadique, son intervention est ponctuelle car les inquiétudes sont apaisées. L'équipe souhaite cependant garder un lien avec la famille, ce qui permet à celle-ci de facilement reprendre contact avec elle en cas de besoin.

Dans le cadre des suivis individuels avec les enfants, c'est à l'aide des médias tels que le jeu et le dessin que les entretiens sont menés pour soutenir les capacités d'élaboration des enfants.

Dans certains cas, ce sont des séances de psychomotricité qui sont proposées, notamment pour les enfants qui, suite à la maltraitance, ont un rapport altéré à leur corps ou qui sont sous-stimulés suite aux graves négligences.

Globalement, au-delà du travail thérapeutique avec les familles, l'équipe s'investit dans l'offre de guidances sociales, éducatives et parentales.

4.6 La fixation d'un rendez-vous « rapide »

Pour répondre aux demandes de rendez-vous dans de très courts délais, des plages libres sont préservées dans l'agenda. Ce dernier est global, c'est-à-dire que c'est un agenda d'équipe. Outre chacun des membres de l'équipe, c'est aussi la secrétaire qui le gère au quotidien. Un ou plusieurs rendez-vous « rapides » peuvent donc être « facilement » fixés par qui que ce soit et pour qui que ce soit de l'équipe.

Dans la pratique, ce rendez-vous sera donc presté soit par les assistantes sociales soit par les psychologues.

Les urgences de nuit ou de week-end, urgences le plus souvent d'ordre médical organique, sont renvoyées via le répondeur aux différents hôpitaux de la région.

4.7 Les bilans socio-médico-psychologiques

Nous effectuons des bilans médico-psychologiques à la demande du SAJ et du SPJ. Dans le premier cas, nous sommes dans l'aide consentie et les familles donnent leur accord à la réalisation de ce bilan. Dans le second cas, nous sommes dans l'aide contrainte et les familles sont tenues de se rendre en nos bureaux afin de réaliser le bilan.

Nous avons convenu avec le SAJ qu'ils rencontrent la famille au préalable afin de s'assurer de leur accord et de leur engagement à s'investir dans ce type de travail.

Lorsque la déléguée a rencontré la famille et que cette dernière semble être prête à s'engager dans ce type de démarche, nous sommes conviés au SAJ afin que nous puissions expliquer concrètement aux membres de la famille le travail que nous allons réaliser avec eux. Si la famille y adhère et signe les accords d'aide, nous pouvons les recevoir pour un premier rendez-vous. En cas de désaccord, c'est au SAJ de décider de la suite de la prise en charge.

Quant au SPJ, vu que la famille est dans l'aide contrainte, la déléguée l'informe simplement de notre fonctionnement avant que nous ne les rencontrions.

C'est un binôme composé d'une psychologue et d'une assistante sociale qui rencontre les parents ou chacun des parents s'ils sont séparés. Une psychologue rencontre l'enfant. Lorsqu'il y a plusieurs enfants dans la fratrie, nous essayons au maximum que chaque enfant soit vu par un psychologue individuellement.

Le binôme et le(s) thérapeute(s) vont travailler en parallèle et rencontrer les différents membres de la famille autant de fois qu'ils le jugent nécessaire. Lors de son évaluation, le psychologue rencontre également l'enfant avec ses parents, ensemble ou séparément selon la situation familiale.

Le travail qu'effectue le binôme a pour but de récolter un maximum d'informations en ce qui concerne les adultes et les enfants pour mieux cerner la dynamique familiale, la situation sociale et comprendre les difficultés de chacun. Il peut ainsi prendre du recul pour analyser globalement la situation et réfléchir à ce qui serait possible de mettre en place pour pouvoir au mieux les aider et les soutenir. Les entretiens sont également influencés et orientés par les informations reçues des collègues qui rencontrent les enfants. Enfin, les réunions d'équipe, où l'ensemble de l'équipe est présent, permettent au binôme d'ouvrir son champ d'investigation et de réflexion.

Les psychologues ont quant à elles pour objectif d'évaluer le développement de l'enfant, son fonctionnement psychique ainsi que la dynamique familiale. En fonction de l'âge et des capacités verbales et motrices de l'enfant, elles s'adaptent et utilisent différents outils comme l'entretien verbal, le dessin, les jeux, les tests thématiques, les tests d'intelligence, les tests psycho-affectifs...

Elles doivent pouvoir identifier les difficultés que rencontrent l'enfant et émettre des propositions pour pouvoir l'aider et le soutenir au mieux.

Par ailleurs, la pédiatre de l'équipe rencontre les enfants afin d'évaluer leur situation médicale et peut parfois mettre en évidence des signes de maltraitance et/ou des signes de négligence en ce qui concerne l'hygiène, par exemple.

En fonction de la situation et des difficultés présentes chez l'enfant, la psychologue psychomotricienne peut rencontrer le jeune et faire une évaluation de l'aspect psychomoteur afin de juger si une rééducation à ce niveau est nécessaire.

A la fin de la prise en charge, un rapport est rédigé par tous les membres de l'équipe qui ont rencontré la famille et est relu par l'ensemble de l'équipe.

Une lecture du rapport est faite à chacune des parties de ce qui la concerne. Les parents reçoivent oralement les conclusions concernant chaque enfant. Le tout est ensuite envoyé au service mandant.

Enfin, nous nous rencontrons avec la famille au sein de ce service pour échanger autour de nos conclusions et décider de ce qui sera mis en place pour chacun.

L'évaluation des situations familiales qui nous sont adressées est un travail difficile et délicat. Les attentes du mandant et celles de la famille sont parfois bien différentes voire contradictoires. Il est même souvent peu fait mention de l'enfant ou des enfants et pourtant c'est à son (à leur) sujet que les bilans sont demandés. En effet, qu'il s'agisse du SAJ ou du SPJ, c'est pour un ou chacun des enfants d'une famille qu'un bilan est demandé. Les informations reçues au départ du travail d'évaluation ne contiennent parfois aucun élément relatif à (aux) l'enfant(s). C'est un contexte de violences conjugales, des conditions socio-culturelles défavorables, des conflits de couple qui sont mis en avant. Ce sont des situations pour lesquelles nous pourrions dès le départ diagnostiquer des situations « d'enfants à risque ».

Une attente qui est souvent mentionnée est que l'équipe va pouvoir dire « qui dit vrai ? ». L'équipe va pouvoir dire si l'enfant a été maltraité ou s'il ne l'a pas été. Même si le travail diagnostique ne se centre pas sur cet aspect, l'équipe reste malgré tout prise dans cette dynamique : la question se pose toujours : cet enfant a-t-il été maltraité et par qui ? La réponse ne peut être donnée qu'en termes de probabilités, c'est parfois bien frustrant mais c'est la seule réalité possible.

Pour évaluer une situation, c'est tout un travail de « dé et reconstruction » qui doit être fait : quel est le parcours de chaque enfant, de chaque adulte et quelle est la dynamique qui les lie les uns aux autres. Les hypothèses doivent être constamment revues, vérifiées, discutées en équipe pluridisciplinaire.

4.8 Les partenariats

L'équipe couvre les 27 communes du Brabant wallon. Il n'y a pas d'antenne. Selon les cas, les rencontres entre les membres de l'équipe et les familles peuvent avoir lieu dans les locaux d'une institution partenaire.

Quant à la coordination avec les autres services, une réunion s'est tenue avec le SAJ pour évaluer le protocole établi entre les deux services.

Deux membres de l'équipe assistent aux réunions de la « Commission de coordination enfance maltraitée ». Nous poursuivons les rencontres et les présentations avec les différents services.

La coordinatrice assiste aux réunions de la Fédération des équipes SOS Enfants.

Un membre de l'équipe participe aux réunions du groupe « Enfants – Adolescents » de la Plate-Forme de santé mentale.

Suite à la rencontre avec le personnel de l'AMO Vivre Ensemble de Jodoigne en 2007, il a été convenu que l'équipe pouvait disposer occasionnellement des bureaux au sein de l'AMO. De même, l'équipe Bébé Accueil a pu utiliser les locaux de l'AMO Plan J de Tubize.

Un membre de l'équipe participe à la Plate-Forme provinciale contre les violences conjugales.

L'équipe est membre invité de l'assemblée générale de la Plateforme de concertation santé mentale.

4.9 Travail de réseau

L'équipe développe toujours plus avant son travail avec le réseau psycho-médico-social du Brabant wallon. Elle a proposé l'offre de soin suivante :

Offre de soins de la part de l'équipe

L'équipe s'investit dans toute situation où il y a de la maltraitance ou lorsqu'elle est suspectée, concernant un enfant habitant le Brabant wallon.

Toute personne peut appeler l'équipe, qu'elle soit professionnelle ou non. Dès le signalement, la demande est analysée, un rendez-vous peut être donné dans les 48 heures.

Il est parfois souhaitable qu'une mise à l'abri de l'enfant puisse être mise en place. Dans ces cas, pouvoir bénéficier de lits de crise est utile. La pédiatre et la pédopsychiatre de l'équipe peuvent assurer le relais vers l'hôpital.

L'équipe recevra toujours chacun des parents, l'enfant sera reçu par la suite avec l'accord de ses parents. Il est possible que l'équipe se déplace au domicile de la famille, ceci est néanmoins rare au moment du signalement. Si un membre de la famille se trouve hospitalisé, l'équipe peut se rendre à l'hôpital. Le travail consiste en l'établissement d'un diagnostic en termes de maltraitances, parents et enfants seront reçus séparément et ensemble. Ce diagnostic sera communiqué à la famille, une aide thérapeutique sera proposée, elle sera assurée soit par l'équipe soit par un autre service. Toute collaboration utile sera initiée par l'équipe. Dans les cas de non collaboration de la part de la famille, l'équipe fait appel au SAJ.

L'équipe est également disponible pour réaliser des bilans psycho-médico-sociaux pour le SAJ ou le SPJ. Ces situations ne sont généralement pas dans un cadre d'intervention urgente.

Réseau Archipel

L'équipe a participé à la mise sur pied du réseau santé mentale pour enfants et adolescents du Brabant wallon. Ce réseau, dénommé Archipel, a été initié dans le cadre de la réforme fédérale des soins de santé mentale pour enfants et adolescents.

Le réseau vise la complémentarité et la cohérence des services et des expertises. Il veille à la continuité dans l'offre de service, de la petite enfance à l'âge adulte.

Il a notamment organisé deux équipes mobiles, l'une de crise, l'autre dite « assertive ». Ces équipes sont composées de membres du personnel des services constituant le réseau.

L'équipe Weï-Ji (Equipe Mobile de Crise) intervient auprès de jeunes âgés de 0 à 23 ans qui traversent une « crise », c'est-à-dire lorsque l'homéostasie autours du jeune est subitement interrompue. Cette équipe travaille sans mandat pour une durée de 6 semaines avec l'objectif de renvoyer vers le réseau de services existants ou de créer ce réseau de soin.

L'équipe EMoSA (Equipe Mobile de Soins Assertifs) intervient auprès de jeunes âgés de 0 à 23 ans en seconde ligne. Il faut donc qu'un service ou une structure soit déjà mise en place (aide à la jeunesse, secteur du handicap, santé mentale, neuropédiatrie, santé, ONE, institutions scolaires) et l'objectif poursuivi est la réactivation d'un réseau d'aide et de soins. Cette équipe vient donc en renforcement de tous les services ou réseaux d'aide et de soins qui existent déjà, la prise en charge

sera adaptée aux besoins du jeune, construite avec celui-ci, sa famille et les partenaires institutionnels impliqués. EMoSA intervient sans mandat et sans limite dans le temps, l'offre de soins se veut d'être « sur mesure ».

Notre ASBL a ainsi mis à la disposition du réseau un mi-temps de notre psychomotricien, assistant en psychologie, Eric ISAAC, au sein de l'équipe EMoSA jusqu'au 30/04/2018.

L'ASBL a reçu du réseau (en provenance du SPF santé) un subside spécifique pour couvrir le coût de ce mi-temps de travail.

Les membres de l'équipe s'investissent par ailleurs dans le comité de réseau et des sous-groupes thématiques ainsi que le sous-groupe périnatal (réunion mensuelle à laquelle participe BBA).

4.10 Le travail de l'équipe à l'ère du Covid-19

Face au coronavirus, l'équipe a été amenée à adapter l'organisation du travail. Comme tout un chacun, les contacts ont dû se faire à distance. A cet effet, le télétravail a été mis en place et des rendez-vous se sont tenus par téléphone et/ou en visioconférences.

Les réunions d'équipe se sont toujours maintenues par visioconférence avec au moins deux membres de l'équipe présents dans les locaux. Ceci permettait de disposer des dossiers et de s'y référer pour les discussions. Notre secrétaire a été particulièrement sollicitée dans l'orchestration des divers modes de contacts et de rendez-vous mis en place.

Au sujet des rencontres en présentiel avec les patients, elles ont été globalement maintenues. Le mobilier et le matériel mis à disposition des patients ont été limités en nombre et ont été désinfectés après chaque utilisation.

De manière générale également, la charge émotionnelle a parfois été plus intense pour les membres de l'équipe lorsqu'un nouveau signalement se présentait et qu'il n'était établi que via le téléphone. Lorsque ce signalement méritait un suivi, il n'était pas possible de l'assurer en binôme comme c'était toujours le cas dans notre pratique.

Même si les conditions liées à la pandémie sont toujours existantes, une détente a quand même pu être de mise. Les rendez-vous en présentiel sont quasi l'unique modalité de rencontres avec les patients. Les réunions sont quant à elles parfois plus souvent exercées via les visioconférences.

TRAVAIL CLINIQUE

Introduction:

I. EQUIPE SOS Enfants

Nouveau programme statistique, IMISOS

Après de longues années d'utilisation du système statistique THOPAS, l'ONE a pris la décision de mettre en place un autre système d'exploitation des données, IMISOS.

Le recueil des informations étant partiellement et/ou totalement différent entre les deux systèmes, il nous est, dès lors, impossible de faire des tableaux comparatifs au-delà de 2016 pour certains thèmes abordés dans ce rapport d'activités cette année.

IMISOS consiste en un questionnaire en différentes étapes. Nous vous présentons, en résumé, son fonctionnement :

Pour assurer la prise en charge des familles victimes de maltraitance, l'intervention des équipes SOS Enfants se divise généralement en trois temps :

- l'analyse de la demande
- le diagnostic pluridisciplinaire
- la prise en charge

Pour refléter ces différentes étapes, l'ONE a créé un questionnaire en 8 fiches qui correspondent aux modes d'intervention principaux identifiés dans les équipes. Ce découpage a été élaboré pour faciliter et améliorer la qualité du recueil de données.

Définition des fiches :

LA FICHE IDENTIFICATION: À des fins statistiques mais également pour faciliter l'identification de l'enfant au sein de l'équipe et dans la base de données, des données objectives sont indispensables, que l'enfant soit connu (vous connaissez son nom et son prénom), anonyme (vous ne connaissez pas son nom de famille) et/ou à naître.

LA FICHE SIGNALEMENT: Le « signalement » est l'acte de communication durant lequel une personne (professionnel ou non-professionnel) signale l'acte de maltraitance ou le risque de maltraitance au sein d'une équipe SOS-Enfants. Ce signalement peut se faire par téléphone, par courrier, lors d'un rendez-vous ou encore suite à un transfert intra-hospitalier. Il s'agit d'un acte ponctuel qui correspond à une date précise. Les équipes SOS Enfants peuvent également intervenir d'initiative

LA FICHE ANALYSE DE LA DEMANDE : L'analyse de la demande correspond au moment où l'équipe s'engage dans l'analyse du signalement. Ce moment débute lorsque le signalement est abordé, pour la première fois, en réunion d'équipe. Cette analyse ne nécessite pas une rencontre directe avec l'entourage et/ou l'enfant.

L'analyse de la demande prend fin lorsque l'équipe décide de l'issue donnée au signalement. Il s'agit généralement du moment où, sur base de différents éléments, l'équipe est en mesure d'identifier le rôle qu'elle a à prendre ou ne pas prendre dans la situation. L'analyse de la demande peut, dans certains cas, aller très vite.

Ensuite il existe trois types d'intervention :

- FICHE DIAGNOSTIC: Il s'agit du moment où l'équipe procède à une évaluation clinique de la situation de maltraitance vécue par l'enfant et sa famille. Cette évaluation ne peut s'effectuer sans que des membres de l'équipe procèdent à un bilan ou une évaluation de l'enfant. Celui-

ci doit donc s'effectuer par le biais d'un contact direct avec l'enfant et éventuellement avec ses parents ou ceux qui en ont la responsabilité.

- FICHE INTERVENTION THÉRAPEUTIQUE SANS DIAGNOSTIC: Il s'agit du moment où l'équipe décide, au terme de l'analyse de la demande, d'entamer un travail thérapeutique avec un enfant et/ou des membres de son entourage sans passer par une phase diagnostique au sein de l'équipe. Ce cas particulier survient généralement lorsque des professionnels, autres que l'équipe, ont déjà posé un diagnostic concernant l'enfant.
- LA FICHE AUTRE TYPE D'INTERVENTION: Au terme de l'analyse de la demande, les « autres types d'intervention » concernent toutes les situations qui ne correspondent ni à un « diagnostic » ni à une « intervention thérapeutique sans diagnostic ». Il peut s'agir, par exemple, de l'intervision avec d'autres professionnels ou d'un travail de coordination.

LA FICHE HOSPITALISATION: Cette fiche concerne toutes les équipes, qu'elles soient ou non intrahospitalières. Si l'enfant est hospitalisé au moment où l'équipe intervient et, seulement si l'équipe continue sa prise en charge malgré l'hospitalisation.

LA FICHE CLÔTURE : La clôture correspond au moment où l'enfant et/ou son entourage n'est plus suivi par l'équipe.

1. SIGNALEMENTS

Les chiffres cités ci-dessous se réfèrent aux signalements reçus pour la période du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2020.

1.1. Les signalements

1.1.1. Type de signalements

En 2020, 334 enfants ont été signalés ou re-signalés dont 99 anonymes. Ces signalements ont été traités et se répartissent en :

Type de signalements	Nombre en 2018	Nombre en 2019	Nombre en 2020
Nouveaux signalements	356	330	317
Re-signalements	6	5	17
TOTAL	362	335	334

1.1.2. Répartition géographique des signalements

Les signalements se répartissent selon le tableau qui suit :

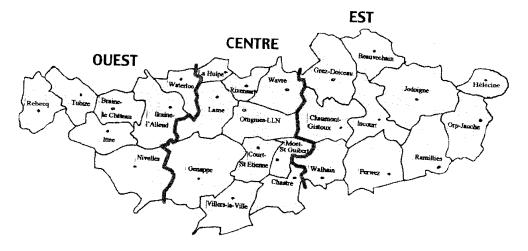
	Brabant wallon	Autre : Communauté française	Autre : Bruxelles	Autre : Communauté flamande	Inconnus	Total des enfants signalés
En 2018	242	23	8	0	89	362
En 2019	231	16	1	0	87	335
En 2020	226	8	0	1	99	334

Le travail de l'équipe concerne uniquement la région du Brabant wallon. Les signalements ne correspondant pas à des enfants résidant dans cette zone géographique ont fait l'objet d'une réorientation vers une autre équipe ou service.

Sur les 334 signalements, 9 n'étaient pas de notre compétence territoriale et 99 inconnus.

En ce qui concerne la zone géographique « inconnue », la plupart de ceux-ci étaient des signalements ayant pour objectif une demande de conseil ou d'avis ou des signalements anonymes.

La carte géographique ci-dessous subdivise la région (27 Communes) en trois zones.



Les signalements se répartissent ainsi : en **zone Ouest** : 82 – en **zone du Centre** : 100 - en **zone Est** : 44, soit un total de 226 signalements pour le Brabant wallon.

	Zone Ouest	Zone Centre	Zone Est	Nombre total des signalements en Brabant wallon
En 2018	100	102	40	242
En 2019	90	97	44	231
En 2020	82	100	44	226

Afin de faciliter les prises en charge dans la région de Jodoigne, l'équipe a pris un accord avec l'AMO de Jodoigne afin de pouvoir utiliser leurs locaux pour y rencontrer familles ou intervenants.

1.1.3. L'âge des enfants signalés

Ce tableau présente l'âge des enfants au moment du premier signalement. En effet, si un enfant est signalé plusieurs fois, seul l'âge du premier signalement est pris en compte.

Age	Nombre en 2018	Nombre en 2019	Nombre en 2020
De 0 an à 2 ans	36	32	25
De 3 ans à 5 ans	62	49	41
De 6 à 11 ans	126	114	81
De 12 ans à 17 ans	69	62	59
> 18 ans	0	0	0
Inconnu	69	78	128
TOTAL DES SIGNALEMENTS	362	335	334

Signalons que la catégorie « inconnu » renvoie aux enfants pour lesquels nous n'avons pas eu de date de naissance. Ces derniers chiffres font partie des situations non retenues.

1.2. Les signaleurs

Type de signaleurs	Nombre e 2019	Nombre en 2020
NON PROFESSIONNELS	177	187
PROFESSIONNELS	149	142
SIGNALEURS ANONYMES	5	1
VICTIME	4	4
TOTAL	335	334

NON-PROFESSIONNELS - Grands-parents	12	9
NON-PROFESSIONNELS – Mère	109	89
NON-PROFESSIONNELS – Père	35	41
NON-PROFESSIONNELS – Ami de la victime, de la famille	7	4
NON-PROFESSIONNELS – Beau-père	1	1
NON-PROFESSIONNELS – Belle-mère	1	8
NON-PROFESSIONNELS – Couple parental	1	2
NON-PROFESSIONNELS – Famille	7	11
NON-PROFESSIONNELS – Fratrie	1	4
NON-PROFESSIONNELS – Voisinage	2	16
NON-PROFESSIONNELS- Autre	1	2
TOTAL NON-PROFESSIONNELS	177	187

PROFESSIONNELS - SAJ (Service d'Aide à la Jeunesse) orientation	6	12
PROFESSIONNELS – SAJ (Mandat négocié)	10	12
PROFESSIONNELS - Réseau scolaire (école, PMS et PSE)	16	34
PROFESSIONNELS - Réseau "Petite Enfance" : TMS, Consultation ONE	1	0
PROFESSIONNELS – Milieu d'accueil	2	3
PROFESSIONNELS – Autre équipe SOS	5	4
PROFESSIONNELS – Justice (Tribunal de la Jeunesse)	0	0
PROFESSIONNELS – Santé physique	17	13
PROFESSIONNELS – Santé mentale	18	11
PROFESSIONNELS – Aide sociale (service résidentiel)	6	10
PROFESSIONNELS – Aide sociale (service non résidentiel)	17	9
PROFESSIONNELS – SPJ (mandat négocié)	31	12
PROFESSIONNELS – SPJ (orientation)	0	4
PROFESSIONNELS – Police	1	3
PROFESSIONNELS – Equipe elle-même	1	0
PROFESSIONNELS – Autres (professeurs particuliers, mouvements de jeunesse,)	18	15
Total Professionnels	149	142

Lorsqu'un non-professionnel s'adresse à l'équipe, il peut avoir été orienté par différents intervenants, tels que Child Focus, le n° vert « 103 », une école, une autre équipe SOS, un médecin, un service de police, une TMS ou autres.

En 2018, la différence entre les signaleurs professionnels et non-professionnels était de 10 unités en faveur des signalements venant de professionnels. En 2019, on observe « une inversion de tendance », à savoir que le nombre de signalements venant de non-professionnels dépasse de 28 unités ceux émis par les professionnels. En 2020, on peut observer que cette tendance n'a fait que s'accroître puisque les signaleurs non-professionnels sont de 45 unités de plus que les professionnels.

Les mères restent les personnes non-professionnelles qui signalent davantage une maltraitance. Quant aux professionnels, cette place est occupée, cette année, par le réseau scolaire.

1.3. Nombre de signalements par motif de maltraitance

Maltraitance signalée	Total en 2018	Total en 2019	Total en 2020
Maltraitance physique	79	81	80
Maltraitance psychologique	60	83	68
Maltraitance sexuelle	105	90	94
Négligence	38	31	30
Maltraitance institutionnelle	0	1	0
Conflits conjugaux	34	42	33
Maltraitances avérées ou soupçonnées		265	251
Contexte inquiétant	61	44	52
Demande d'avis	34	22	31
Autre	2	4	0

Au signalement, il peut y avoir une ou plusieurs maltraitances décrites par le signaleur. Nous constatons, pour cette année, que les faits de maltraitance sexuelle restent majoritaires.

1.4. Nombre de signalements par mode de signalement

Mode de signalement	Total en 2018	Total en 2019	Total en 2020
En personne	1	4	5
Email	7	27	22
Courrier	34	8	20
Téléphone	320	296	287
TOTAL	362	335	334

Le premier contact avec le signaleur se fait principalement via une conversation téléphonique. La plupart des demandes par courrier ou email émanent du SAJ ou du SPJ pour une demande de bilan ou pour une orientation vers notre service.

1.5. Nombre de signalements par statut du signalé

Statut	Total en 2018	Total en 2019	Total en 2020
Victime	315	301	305
Auteur	11	19	11
Auteur et victime	4	4	3
A naître	0	0	1
Aucun	32	11	14
TOTAL	362	335	334

1.6. Nombre de signalements selon le sexe de l'enfant

Sexe	Total en 2018	Total en 2019	Total en 2020
Masculin	115	147	119
Féminin	183	141	167
Inconnu	64	47	48
TOTAL	362	335	334

2. ANALYSE DE LA DEMANDE

Ce point correspond à l'analyse du signalement, il débute soit lorsque ce dernier est abordé en réunion d'équipe soit au moment du signalement s'il nous est possible de recueillir toutes les informations requises. Cette fiche a pour but de nous permettre d'identifier le mode d'intervention le plus adéquat possible à mettre en place.

Cette fiche reprend les éléments suivants :

- le milieu de vie principal de l'enfant ;
- les détails sur les personnes possédant l'autorité parentale (âge, niveau d'instruction, type d'enseignement, source de revenus, ...). Pour ces données le taux de remplissage de la colonne inconnu est trop élevé et de ce fait non exploitable ;
- le statut des parents (mariés, séparés, ...) ;
- le climat relationnel entre les parents ;
- l'évaluation du réseau actif autour de l'enfant.

Sur les 335 signalements, 279 fiches d'analyse de la demande ont été clôturées en 2019. Cette fiche n'est pas toujours remplie, notamment pour les signalements inconnus ou pour ceux qui sont domiciliés en dehors du Brabant wallon.

2.1. Milieu de vie de l'enfant

Milieu de vie	Total En 2018	Total en 2019	Total en 2020
L'enfant vit chez ses parents	61	57	50
L'enfant est en garde égalitaire	26	33	45
L'enfant vit principalement chez la mère	84	87	70
L'enfant vit principalement chez le père	10	6	12
Autre	22	17	13
Inconnu	22	26	24
TOTAL	225	226	214

La rubrique « Autre » correspond à d'autres milieux de vie tels que la famille d'accueil, la famille élargie, l'internat, la maternité,

2.2. Statut des parents

Statut des parents	Total En 2018	Total en 2019	Total en 2020
En couple	66	60	53
Séparés	139	134	144
En cours de séparation	2	1	3
Non applicable (par ex : parent décédé)	3	5	1
Inconnu	15	26	13
TOTAL	225	226	214

Le constat de parents séparés se marque dans ce tableau : 62% en 2018, 60% en 2019 et 67% en 2020.

2.3. Réseau actif autour de l'enfant (ou la famille)

Pour un enfant ou une famille, le réseau peut s'étendre à plusieurs services. Ce point nous permet d'évaluer le réseau actif, au moment de l'analyse de la demande auprès de l'enfant et/ou de son entourage dans le cadre de la situation qui nous est signalée.

Réseau actif	Total en 2018	Total en 2019	Total en 2020
Secteur protectionnel et judiciaire	211	136	109
Secteur de l'aide sociale ambulatoire (AMO, SAIE, CPAS, autre équipe SOS,)	10	13	6
Secteur de l'aide sociale résidentiel	21	11	7
Secteur de la santé physique	7	8	12
Secteur de la santé mentale	36	27	17
Secteur scolaire (PMS ,internat, école)	74	88	69
Secteur de la petite enfance/milieu d'accueil	4	7	4
Pas de réseau actif	14	14	21
Autre	0	6	0
Inconnu	28	47	52
TOTAL	405	357	297

3. PRISE EN CHARGE (diagnostic, suivi thérapeutique et autre type d'intervention)

En 2020, le nombre total de prises en charge (diagnostic, suivi thérapeutique et autre) est de 149, parmi lesquelles 106 interventions ont été clôturées en cours d'année.

	Nombre	Nombre	Nombre
	en 2018	en 2019	en 2020
Anciennes prises en charge en cours	6	8	6
Anciennes prises en charge clôturées	42	53	47
Nouvelles prises en charge en cours	39	22	37
Nouvelles prises en charge clôturées	65	57	59
TOTAL	152	140	149

Notons, également, une différence importante entre les deux systèmes de recueil de données de l'ONE. Pour le nouveau système, IMISOS, l'auteur de faits de maltraitance n'est pas pris en compte dans la prise en charge. Pourtant, l'équipe a rencontré certains d'entre eux.

Manquent aussi dans les tableaux suivants les dossiers dont le signalement date de 2020 mais dont aucun diagnostic n'a encore été posé au 31 décembre 2020, qui représentent les situations en cours.

3.1. Données générales : le nombre total de situations d'enfants pris en charge

Situation d'enfants pris en charge	Nombre en 2018	Nombre en 2019	Nombre en 2020
Nouvelles situations	92	79	96
Anciennes situations	60	74	53
Auteur et/ou situations en cours	16	12	7
TOTAL	168	165	156

3.2. Types de maltraitance diagnostiquée

Une ou plusieurs maltraitances peuvent être diagnostiquées pour une même situation, pour un enfant.

Pour les 149 prises en charge, on a mis en lumière 86 maltraitances réparties en diverses catégories, reprises dans le tableau ci-après.

Au moment du signalement, le pourcentage cumulé des maltraitances sexuelles, physiques et psychologiques représentaient 78% (59% en 2018). Nous constatons que cette tendance est en forte baisse au moment du diagnostic : 35% (44,3% en 2018).

Pour 23 « diagnostics », nous avons considéré que soit il n'y avait pas de maltraitance connue, soit il y a eu une maltraitance antérieure mais plus actuelle, soit il y a un contexte inquiétant pour l'enfant.

Maltraitance en 2020	Catégories de maltraitance	Nombre
Maltraitance sexuelle		
	Comportements indécents	1
	Attouchements	8
	Pénétrations sexuelles	2
	Autre	1
T OTAL		12
Maltraitance physique		
	Coups, pincements, morsures	9
	Enfant poussé, jeté à terre, syndrome du bébé secoué	0
	Syndrome de Münchhausen	0
	Blessures avec un objet	1
	Autre	3
TOTAL		13
Maltraitance psychologique		
	Violence verbale	3
	Rejet	4
	Isolement	0
	Abandon	3
	Autre	4
TOTAL		14
Négligence grave		
TOTAL		16
Maltraitance institutionnelle		
TOTAL		0
Conflits conjugaux		
Commo Conjuguax	Exposé à des conflits conjugaux	19
	Exposé à des violences conjugales	11
	Exposé à d'autre(s) type(s) de conflit(s) impliquant une personne tierce	1
Total		31
TOTAL GENERAL		109

Pas de maltraitance		
	Aucune maltraitance	7
	Maltraitance antérieure mais la	2
	situation n'est plus à risque	
	Contexte inquiétant	14
TOTAL		23

3.3. Auteurs de la maltraitance

3.3.1 Auteurs de la maltraitance par catégories

Remarque : lorsque le diagnostic de « non maltraitance » a été posé, aucun auteur n'est identifié. Par contre, en ce qui concerne les autres types de diagnostic, on peut avoir vu un ou plusieurs auteurs pour une ou plusieurs maltraitances soit un seul auteur pour plusieurs maltraitances.

En 2020, 84 auteurs ont été identifiés.

Auteur de la maltraitance	Nombre en 2018	Nombre en 2019	Nombre en 2020
Père	55	44	43
Mère	34	30	26
Belle-famille	6	6	6
Fratrie	4	4	5
Demi-fratrie	3	0	0
Grands-parents	2	3	1
Famille élargie	6	1	3
Ami de la famille	3	0	0
Ami de la victime	4	8	0
Professionnel	1	0	0
Autre	0	0	0
Inconnu	0	1	0
TOTAL	118	97	84

Les parents représentent les principaux auteurs de maltraitance. Soulignons que dans la population qui nous consulte, la plupart des couples séparés essaient de « détruire » ou « d'atteindre » l'autre parent par l'intermédiaire des enfants.

3.3.2 Age de l'auteur

Age de l'auteur	Nombre en 2018	Nombre en 2019	Nombre en 2020
Moins de 18 ans	10	4	2
Plus de 50 ans	10	5	1
Entre 18 et 29 ans	6	0	4
Entre 30 et 39 ans	25	13	7
Entre 40 et 49 ans	15	12	16
Non renseigné	52	63	54
TOTAL	118	97	84

3.3.3 Caractéristique de l'auteur

Remarque : pour un auteur plusieurs caractéristiques peuvent être identifiées.

Caractéristique de l'auteur	Nombre en 2018	Nombre en 2019	Nombre en 2020
Alcoolisme	19	12	10
Evénement traumatique soudain (deuil, perte de son emploi,)	4	2	1
Immaturité	2	8	6
Isolement social	0	2	2
Précarité économique	24	5	5
Problèmes de santé mentale	6	4	7

Problèmes médicaux	0	8	3
Toxicomanie	4	4	4
Incarcération	7	2	1
Inconnu	28	14	11
Autre	7	5	4
Aucune caractéristique	34	47	41
TOTAL	135	113	95

3.4 Prise en charge

Une fois le diagnostic posé, une ou différente(s) possibilité(s) peut(peuvent) être envisagée(s). Cellesci sont reprises dans le tableau suivant :

Proposition de prise en charge	Nombre en 2018	Nombre en 2019	Nombre en 2020
Suivi thérapeutique à SOS	49	30	33
Suivi thérapeutique hors SOS	19	22	13
Guidance socio-éducative	13	3	6
Prise en charge médicale	0	1	1
Proposition d'hospitalisation	1	2	2
Placement de l'enfant	0	3	2
Suivi juridique	0	0	0
Groupe de parole	0	0	0
Réévaluation par l'équipe	1	0	1
Autre	6	6	2
Aucun	17	19	13
TOTAL	106	86	73

3.5 Collaboration des personnes détenant l'autorité parentale

Les parents sont les principales personnes concernées par les situations prises en charge au sein de l'équipe SOS. Nous avons pu évaluer leur niveau de collaboration.

Père : collaboration	Nombre en 2020
Insuffisant	13
Suffisant	18
Satisfaisant	30
Excellent	9
Aucune	8
Décédé	0
TOTAL	78

Mère : collaboration	Nombre en 2020
Insuffisant	12
Suffisant	16
Satisfaisant	39
Excellent	14
Aucune	3
Décédée	0
TOTAL	84

4. DUREE DE LA PRISE EN CHARGE

4.1 Signalement

Sur 334 signalements, 331 ont été clôturés sur l'année 2020.

4.2 Analyse de la demande

Durée relative à l'analyse de la demande	Nombre en 2020
Moins de 7 jours	92
Entre une semaine et un mois	69
Entre un mois et 3 mois	42
Plus de 3 mois	10
En cours	3
TOTAL	216

4.3 : Diagnostic et suivi thérapeutique

4.3.1 Calcul sur base de la fiche de signalement

Ce tableau représente la période de prise en charge entre la date de signalement et la date de clôture de la fiche de prise en charge (max au 31/12/20), soit pour un diagnostic soit pour un suivi thérapeutique.

	Nombre en 2020
En cours	7
Moins de 1 mois	10
Entre un mois et 3 mois	35
Entre 3 mois et 6 mois	7
Plus de 6 mois	0
TOTAL	59

4.3.2 Calcul sur base de la clôture de la fiche diagnostic

	Nombre en 2020
En cours	0
Moins de 1 mois	10
Entre un mois et 3 mois	37
Entre 3 mois et 6 mois	17
Plus de 6 mois	4
TOTAL	68

4.4 Calcul sur base de la fiche clôture

En 2020, 331 fiches de clôture (reprenant les signalements de 2020 et/ou les prises en charge de 2020 et années antérieures) ont été fermées.

	Nombre en 2020
En cours	0
Moins d'un an	310
Entre un an et deux ans	15
Entre deux et trois ans	6
Plus de trois ans	0
TOTAL	331

4.5 Nombre de dossiers clôturés sur base du diagnostic

Ce tableau représente la durée de prise en charge entre la date de clôture du diagnostic et celle de la clôture finale du dossier.

	Nombre en 2020
Moins d'une semaine	10
Entre une semaine et un mois	13
Entre un mois et 3 mois	20
Entre 3 mois et un an	34
Plus d'un an	7
TOTAL	84

5. CLOTURE

5.1 Motifs de clôture

Le tableau ci-dessous reprend les motifs de clôture des signalements et des dossiers reçus en 2020 et ceux clôturés en 2020 mais signalés auparavant. Cinq cas de figures sont représentés dans le système IMISOS :

- La situation ne nécessite pas ou plus d'intervention de l'équipe et aucune réorientation n'est préconisée (cf. ; 5.1.1) ;
- L'équipe oriente la situation vers d'autres professionnels (cf. ; 5.1.2) ;
- Il nous est impossible de poursuivre les investigations ou la prise en charge (cf. ; 5.1.3) ;
- Le travail a consisté en une intervision entre intervenants (sans rencontre de l'enfant) ;
- Décès de l'enfant.

En ce qui concerne ces deux derniers points, aucun cas n'a été recensé pour l'année 2020.

5.1.1 La situation ne nécessite pas ou plus d'intervention de l'équipe et aucune réorientation n'est préconisée

	Nombre en 2018	Nombre en 2019	Nombre en 2020
La situation ne requiert pas ou plus notre intervention	44	43	100
L'équipe a satisfait à la demande (avis, conseils,) et il n'y a pas ou plus de danger	121	118	84
Impossibilité de poursuivre les investigations	89	80	44
Réorientation	72	66	22
TOTAL	326	307	250

5.1.2 Réorientation vers d'autres professionnels

Soulignons qu'il nous arrive de conseiller un ou plusieurs services pour un même signalement.

Type de « réorientation »	Nombre en 2018	Nombre en 2019	Nombre en 2020
SAJ / SPJ / Parquet et Police	33	23	22
Aide sociale (ambulatoire ou résidentielle)	31	22	0
Santé physique	0	0	0
Santé mentale	12	25	8
Secteur scolaire (PMS, internat, école)	1	3	0
Secteur de la petite enfance / milieu d'accueil / TMS	0	0	0
Autre	8	3	0
TOTAL	85	76	30

5.1.3 Impossibilité de poursuivre les investigations

Motifs	Nombre en 2018	Nombre en 2019	Nombre en 2020
Informations erronées/incomplètes	1	0	0
Signalement anonyme	12	6	1
La famille et/ou le signaleur n'a plus donné de suite ou elle/il a retiré sa demande	68	55	36
Le secteur protectionnel et/ou judiciaire s'empare du dossier	2	4	1
Autre motif	6	15	6
TOTAL	89	80	44

II. EQUIPE Bébé accueil

1. Prévention et périnatalité

1.1. Vers une prévention précoce de la maltraitance

La bientraitance du bébé se prépare dès la grossesse. En Brabant wallon peu de services pluridisciplinaires offrent leur aide aux futurs parents. L'équipe SOS Enfants Brabant Wallon souhaitait élargir son action à cette période anténatale et faire de la prévention primaire avec les familles qu'elle accompagne.

La violence envers les enfants, perpétrée par leurs parents est reconnue à l'échelle internationale comme un grave problème de santé publique. Ces violences peuvent être soit physiques, soit psychologiques, soit sexuelles ou encore faites de négligences graves et de carences de soins. Elles se retrouvent dans tous les types de familles et toutes les couches de la population.

Depuis de nombreuses années, beaucoup de travaux mettent en évidence les conséquences de la maltraitance infantile sur le processus de développement psycho-affectif du jeune enfant. Actuellement, la psychologie permet par ses investigations et sa connaissance du développement de l'enfant, de mesurer et de mieux comprendre les impacts de la maltraitance sur l'enfant mais aussi d'en saisir la gravité potentielle. Les effets immédiats de la maltraitance sont maintenant connus et peuvent aboutir à l'extrême à un retrait relationnel irréversible, au développement de conduites inorganisées, à des troubles de l'attachement, à des conflits de loyauté destructurnats ou à une débilisation. Par ailleurs, nous savons aujourd'hui que la maltraitance a d'autant plus d'effet néfaste qu'elle survient précocement et/ou de façon répétée.

Aujourd'hui, il existe de nombreux programmes de prises en charge d'enfants victimes de maltraitance qui permettent de soutenir le processus de développement des enfants et offrent à leurs parents la possibilité de mettre du sens sur le passage à l'acte dont ils ont fait preuve et ainsi tenter de court-circuiter la spirale de la transmission transgénérationnelle. Les équipes SOS Enfants sont des équipes pluridisciplinaires qui existent dans chaque arrondissement de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Leur rôle est de prévenir, diagnostiquer, prendre en charge et de traiter les situations de maltraitance infantile en offrant aux victimes et aux auteurs de maltraitance un lieu de parole et de soins hors du cadre judiciaire. Elles sont agréées par la Fédération Wallonie-Bruxelles dans le cadre du décret du 12 mai 2004 et subsidiées par l'Office de la Naissance et de l'Enfance.

Notre équipe SOS Enfants Brabant Wallon a été agréée par décision du 10 novembre 2005 de la Ministre de l'Aide à la Jeunesse. Elle se compose d'une juriste—coordinatrice, de psychologues, d'un psychomotricien, d'assistantes sociales, d'une pédiatre et d'une secrétaire.

Nous travaillons dans **le cadre du secret professionnel**. Un recours aux autorités judiciaires n'intervient en principe que par l'intermédiaire du Service d'Aide à la Jeunesse lorsque les enfants dont nous avons la charge sont en danger et si toutes les tentatives pour obtenir l'adhésion des familles à un programme de protection et/ou d'aide ont échoué.

Dans le but d'élargir le domaine de la prévention de la maltraitance à la périnatalité et afin de pouvoir intervenir avant même que la maltraitance ait eu lieu, certaines équipes ont réfléchi à la pertinence d'une corrélation possible entre des facteurs de risques repérables avant la naissance de l'enfant et la maltraitance. Dans cette perspective d'ailleurs, l'équipe SOS Enfants de la province du Luxembourg a déjà créé il y a quelques années une antenne périnatale. Cette équipe, qui se nomme Bébé Accueil, offre aux futurs parents résidant dans la province du Luxembourg un accompagnement spécifique autour de la naissance de l'enfant. D'autres équipes se sont créées dans les autres provinces afin d'accompagner les futurs parents en difficulté.

1.2. <u>La période périnatale, une expérience fondatrice du lien parents – enfant</u>

L'attente et l'arrivée d'un enfant sont pour les parents des moments de réorganisation psychique importants amenant à une maturation.

De nombreux auteurs s'accordent aujourd'hui pour dire que la maternité, la paternité, la parentalité sont des expériences fertiles qui induisent d'intenses remaniements psychiques chez les parents. La grossesse et la naissance d'un enfant sont des périodes de crises, de mutations qui nécessitent des capacités de réorganisation et d'adaptation intrapsychique et interpersonnelle de bonne qualité.

Chez la femme, son image va se modifier pour prendre une nouvelle identité, celle de mère. Lorsque le bébé sera né, grâce à « *la préoccupation maternelle primaire* », la mère va pouvoir se déployer au plus proche de son bébé pour se trouver en complète résonnance avec ce dernier.

Chez l'homme, la façon dont il va se vivre comme père est déterminée par la façon dont il a vécu sa propre enfance et par les rapports qui le lient à ses parents. Habituellement, la période de gestation bouleverse le père du fait du vécu particulier et des remaniements psychologiques de sa femme. Cependant, bien plus qu'une conséquence de l'état de sa partenaire, l'attente d'un enfant représente pour l'homme lui-même une période de bouleversements psychiques importants. Pour certains, l'adoption d'une identité paternelle cohérente constitue d'ailleurs la tâche la plus ardue de l'âge adulte.

Ces phénomènes psychologiques observés au cours de cette période, que ce soit pour une première grossesse ou pour une grossesse suivante, montrent à quel point elle représente une période marquée par la spécificité. C'est une expérience fondatrice du sentiment parental qui participera au tissage de la trame du lien parents-enfant.

Lorsque l'enfant vient au monde, la toute grande majorité des parents développent une sensibilité particulière qui leur permet de s'adapter de façon très fine aux besoins spécifiques de leur enfant. Par un très fort processus d'identification au bébé, la plupart des parents développent une forme d'empathie particulière, extrêmement vive, pour leur enfant qui nécessite de pouvoir renoncer à certains de leurs intérêts personnels afin de les diriger vers le bébé. Mais ces mécanismes psychoaffectifs adaptatifs restent néanmoins fragiles et largement soumis aux aléas du contexte extérieur et/ou intérieur des futurs parents.

1.3. <u>Une action périnatale de la grossesse aux trois ans de l'enfant</u>

Depuis plusieurs années, notre équipe SOS Enfants Brabant Wallon faisait le double constat selon lequel nous étions très peu interpellés par le réseau pour des situations de maltraitance ou de négligence qui concernent de très jeunes enfants et lorsque nous l'étions, nous arrivions souvent tardivement dans les situations.

Avant de commencer à recevoir des familles, nous nous sommes penchés sur ce qui existait comme structures périnatales dans le Brabant wallon.

Il existe 29 consultations prénatales en Fédération Wallonie — Bruxelles. Dans un rapport de l'étude des besoins sociaux en Brabant wallon, il est mentionné qu'il « n'existe plus qu'une consultation prénatale en Brabant wallon. Or ce type de service se révèle absolument nécessaire notamment pour accompagner les familles précarisées ». En Brabant wallon, l'équipe prénatale se trouve à Tubize. Elle est donc très excentrée. Elle est gratuite mais réservée aux femmes qui sont prises en charge par le gynécologue de cette consultation. Cela signifie que si les femmes qui la fréquentent veulent être accouchées par leur gynécologue, elles devront se rendre à l'hôpital Chirec à Braine l'Alleud. En 2018, un peu plus de 40 femmes ont bénéficié de cet accompagnement périnatal. Elle ne prend donc en charge qu'une très faible partie des futures naissances. En effet, selon l'INS, il y eu 3656 naissances dans la province du Brabant wallon cette année-là.

Lorsque les parents, fragilisés par l'arrivée de l'enfant, n'ont pu être soutenus adéquatement dans leur processus de parentalité, il peut arriver que l'inadéquation parentale ou la maltraitance infantile s'installe plus ou moins graduellement entrainant des séquelles physiques et psychologiques chez l'enfant. Les nourrissons et les enfants d'âge préscolaire sont ceux qui risquent le plus de subir les conséquences de cette violence qui entraine des séquelles graves du fait de leur dépendance et de leur vulnérabilité.

Pourtant, ces parents fragiles rencontrent des professionnels de soins qui peuvent leur apporter une aide en les orientant vers un service approprié. Les gynécologues, les infirmières sociales, les sagesfemmes, les centres médicaux, lorsqu'ils reçoivent ces parents, pourraient les repérer grâce à une connaissance des facteurs de risque de la maltraitance et ainsi les soutenir en accueillant leur demande d'aide ou en la faisant émerger et ensuite orienter ces parents vers un service approprié.

2. Fonctionnement de Bébé Accueil

Notre projet Bébé Accueil est donc attaché à la problématique de la maltraitance et particulièrement à son volet **préventif.** En proposant un **accompagnement de type proactif**, le **plus tôt possible** durant la grossesse, nous pensons qu'il peut permettre d'enrayer le cycle de la maltraitance transgénérationnelle.

Notre volonté, avec la création de Bébé Accueil, est donc de proposer aux parents un espace de parole gratuit leur permettant d'entamer un processus de réflexion autour de la place qu'ils veulent donner à leur enfant, de celle qu'ils désirent prendre en tant que parents et de celle qu'ils veulent construire avec leur famille élargie. La rencontre est aussi un moment pour faire circuler les informations en les contextualisant et de faire le point sur les ressources dont ils disposent ou celles qui leur manquent. Le contact établi entre l'équipe et les parents tisse un lien de confiance, développe et précise les ressources des familles et celles du réseau. Il s'agit donc d'une intervention préventive ayant pour but de favoriser l'établissement des liens précoces parents - enfant et de soutenir leurs assises narcissiques.

Bébé Accueil soutient aussi une action sociale et juridique qui peut prendre une place importante durant la période périnatale. En effet, la période de la grossesse est un moment où de nombreux changements interviennent et où diverses difficultés sociales ou administratives doivent être réglées. Il n'est pas rare qu'une grossesse entraîne un changement de logement ou que l'arrivée d'un enfant pousse des parents très précarisés à régulariser leur situation. Par ailleurs les dépenses qui s'articulent autour de la grossesse, de la naissance et des premiers mois de vie du bébé nécessitent que la situation de la maman et celle de son enfant vis-à-vis de la mutuelle soient en ordre. Parfois, il y a lieu de régulariser une situation sociale en collaboration avec les autres services du réseau pour que la grossesse et le post-partum se passent au mieux.

Une fois le bébé né, les entretiens avec les parents se poursuivent régulièrement, dans un rythme à définir avec eux. Par ailleurs, nous pouvons proposer une prise en charge pédiatrique ou psychomotrice de leur enfant afin de soutenir son processus de développement.

2.1. Un accompagnement dès la grossesse

Bébé Accueil intervient dès la grossesse et seulement si nous avons pu rencontrer la famille durant cette période. Comme nous le savons, la grossesse est une période particulièrement fertile en termes de remaniements psychologiques. C'est une période décisive pour le développement de l'enfant et idéale pour renforcer les compétences des parents.

De ce fait, offrir un soutien psycho-social durant cette période peut se révéler particulièrement intéressant et permet de tisser un lien particulier avec les familles. Les rendez-vous réguliers permettent que puisse se mettre en place un lien de confiance, véritable ciment relationnel, afin que les parents puissent, une fois leur bébé né, évoquer leurs difficultés, angoisses, inquiétudes, incertitudes, étonnements face à l'arrivée de leur enfant et communiquer entre eux, avec le soutien de professionnel(le)s, sur leurs vécus respectifs.

2.2. Une aide non contrainte

L'action de Bébé Accueil peut se mettre en place de différentes manières :

- Les parents demandent l'intervention de Bébé Accueil soit parce qu'ils se sont renseignés de manière autonome sur l'existence d'un service périnatal qui pourrait leur apporter de l'aide, soit parce qu'ils ont entendu parler de Bébé accueil par l'intermédiaire d'un service qu'ils fréquentent.
- Même si elle appartient aux parents, la demande d'aide et de soutien de Bébé Accueil n'est pas toujours portée par ces derniers. En effet, il arrive que ce soit un professionnel qui propose aux parents de rencontrer notre service afin de leur venir en aide.

Dans tous les cas et afin que la situation soit la plus transparente possible avec les familles ou avec les professionnels qui sollicitent l'intervention de Bébé Accueil, nous prenons toujours soin d'expliquer notre mode d'intervention qui se base sur **l'aide consentie**.

2.3. À domicile, gratuitement et dans tout le Brabant wallon

Bébé Accueil propose de se rendre, **gratuitement**, au **domicile des parents**. Cette démarche « d'aller à la rencontre » des parents dans leur lieu de vie, nous permet d'être au plus proche des familles et de les accompagner dans l'endroit même où se trouvent leurs difficultés. Cela permet aux futures mamans et aux jeunes parents de ne pas devoir se déplacer dans nos locaux qui se trouvent à Genappe pour nous rencontrer et donc de ne pas devoir être dans l'inconfort de devoir sortir de chez eux en cas de grossesse difficile ou lorsque le bébé est tout petit. D'une manière générale, venir à la rencontre des parents permet que le déplacement ne soit pas un obstacle à une prise en charge de la famille.

Il peut arriver qu'une famille demande à ne pas être reçue à son domicile. Nous pouvons alors proposer de recevoir la famille dans nos locaux de l'équipe SOS Enfants Brabant Wallon. Nous y disposons d'un bureau de consultation confidentiel pour Bébé Accueil, adapté aux femmes enceintes et leur compagnon ainsi qu'aux tout-petits.

2.4. Présentation de l'équipe

2.4.1. Travail pluridisciplinaire

Les visites à domicile réalisées par Bébé Accueil se font la plupart du temps en binômes organisés en fonction de la problématique du moment (psychologue/assistante sociale ou psychologue /psychomotricien ou assistante sociale/psychomotricien...) Ce travail de co-intervention permet un double décodage et offre aux parents une approche globale axée sur l'ici et maintenant mais aussi sur le fonctionnement de leur dynamique interne. Ponctuellement, les parents peuvent aussi rencontrer les autres membres de notre équipe (juriste et pédiatre). Ces rencontres ont pour but d'ouvrir la famille vers l'extérieur, de lui offrir un décodage multidisciplinaire tout en permettant d'enrichir nos réflexions d'équipe.

Durant la période du post-partum, la pédiatre suit le développement des enfants en se rendant à domicile de manière trimestrielle. Elle reste aussi attentive au réseau médical afin de faire circuler les informations concernant l'enfant. De même, le psychomotricien peut intervenir également afin de soutenir les parents dans le développement de l'enfant et dans les aménagements à apporter au cadre de vie afin de favoriser l'acquisition libre des postures du bébé.

Le rythme de nos rencontres avec les familles est à définir avec elles mais en règle générale nous proposons de les rencontrer à raison d'un entretien toutes les deux semaines. Peu avant l'accouchement, durant la période du post-partum précoce, dans certaines situations fragiles ou lors d'une période de crise, nos rencontres avec les familles peuvent s'intensifier à raison d'une fois par semaine si notre agenda le permet. Lorsque nous sommes en fin de prise en charge et que les situations évoluent positivement, le rythme des entretiens peut ralentir et passer à une fois par mois.

Le cadre référentiel de nos prises en charge est celui de la systémique et de l'intrapsychique. Nous axons donc nos rencontres sur les parents <u>et</u> l'enfant dans une observation des interactions parents-enfant mais nous orientons aussi notre travail vers la famille élargie (fratrie, grands-parents, ...) et le réseau afin de développer les ressources de la famille et de faire le lien entre les différents professionnels qui l'entourent.

Notre pédiatre, en période anténatale, peut, si nécessaire, rencontrer les parents pour expliquer la naissance à l'aide d'une poupée didactique et ainsi diminuer l'anxiété autour de l'accouchement et l'anticiper, proposer l'élaboration d'un projet de naissance.

La pédiatre peut aussi, après avoir pris contact avec le réseau hospitalier expliquer aux parents les tenants et aboutissants d'une pathologie détectée in utéro.

En période post-natale, la pédiatre verra systématiquement l'enfant pour suivre son développement staturo-pondéral et neurologique. Elle pourra aussi répondre aux questions des parents et de l'équipe et revoir les enfants en fonction des besoins de chacun.

2.4.2.La réunion d'équipe

Toute l'équipe de Bébé Accueil se réunit une fois par semaine. De plus, vu l'augmentation des situations et la lourdeur des situations, une réunion supplémentaire a été ajoutée un lundi par mois.

Lors de ces réunions sont présents la psychologue, l'assistante sociale, la juriste, la pédiatre, le psychomotricien et la secrétaire.

Ces réunions pluridisciplinaires ont plusieurs buts :

- Analyser les nouvelles demandes et définir leurs modalités de prise en charge globale;
- Reprendre les situations en cours afin de suivre leur évolution et prendre les décisions importantes qui y sont relatives ;
- Bénéficier de l'approche spécifique de chaque intervenant et permettre aux intervenants plus régulièrement sur le terrain de prendre le recul nécessaire pour chaque situation ;
- Réfléchir, à la demande des familles ou du réseau, à la mise en place de consultations ponctuelles ou plus régulières avec l'un ou l'autre des professionnels présents à la réunion.
 En effet, dans chaque situation, nous réfléchissons à quel binôme doit se mettre en place en fonction de la problématique du moment.

Exemples: rencontre avec la juriste pour des questions relatives à l'hébergement d'un enfant, rencontre avec la pédiatre afin de faire le point avec les ou le parent(s) sur une question médicale ou développementale concernant l'enfant, rencontre avec le psychomotricien afin de soutenir les parents aux compétences psychomotrices de leur enfant afin qu'ils puissent adéquatement le stimuler et le suivre dans son évolution (langage, communication, acquisition des postures, préhension, etc...),

2.5. Prise en charge de la demande

Les nouvelles demandes arrivent le plus souvent par téléphone et sont reçues par la secrétaire de l'équipe qui contacte la psychologue, l'assistante sociale ou le psychomotricien de Bébé Accueil s'ils sont présents. S'ils sont en visite à domicile ou absents, elle prendra un message afin qu'un membre de Bébé Accueil puisse répondre aux demandeurs dans les meilleurs délais possibles.

Si la personne qui appelle est un membre du réseau du Brabant wallon et qu'elle nous sollicite pour une demande d'avis ou pour un conseil concernant une situation qu'elle a en charge, nous lui proposons une rencontre dans nos locaux si elle peut se déplacer, sinon un binôme de Bébé Accueil ira vers elle et se déplacera autant de fois que nécessaire pour donner la meilleure des suites possibles à sa demande. Si la demande d'avis est brève et précise, les membres de Bébé Accueil pourront donner un avis directement ou après en avoir discuté lors de la réunion d'équipe multidisciplinaire qui a lieu le jeudi matin.

Lorsque le demandeur est un professionnel et qu'il nous sollicite pour que Bébé Accueil intervienne pour une famille qu'il suit ou dont il a entendu parler, nous lui proposons soit de :

- donner nos coordonnées à la maman ou aux parents afin qu'ils puissent eux-mêmes prendre contact avec notre service,
- organiser une première rencontre où seront présents les parents et le demandeur afin de pouvoir rencontrer la famille tous ensemble.

Après toute nouvelle demande d'intervention, la situation est d'abord discutée en équipe pour faire le point et proposer la meilleure prise en charge possible.

2.6 Formations des membres de l'équipe

Supervision mensuelle

L'équipe SOS Enfants Brabant Wallon et l'équipe Bébé Accueil sont supervisées toutes les 6 semaines par un superviseur extérieur à l'équipe. Le but de ces supervisions est d'approfondir une situation clinique en cours, chaque personne de l'institution pouvant partager son point de vue et intervenir au sujet du travail entamé avec les familles.

Les situations de Bébé Accueil sont abordées régulièrement lors de ces séances de supervision. Tous les membres de l'équipe SOS Enfants Brabant Wallon et de l'équipe Bébé Accueil peuvent y donner leurs avis, échanger et métacommuniquer pour enrichir la prise en charge des familles et définir des pistes de travail.

2.7 Nos moyens

Lors de la première année de sa création, Bébé Accueil a été soutenu financièrement par le Fond Marguerite-Marie Delacroix en subsidiant le poste à mi-temps de la psychologue de Bébé Accueil pour l'année 2012 et une partie de l'année 2013, les frais de fonctionnement étant pris en charge sur les fonds propres de l'Asbl Aide Enfants Familles subsidiée par la Fédération Wallonie Bruxelles via l'ONE.

Depuis 2012, le poste à mi-temps de l'assistante sociale est pris en charge par une aide de la Région wallonne (APE).

Depuis 2013, l'ASBL reçoit un subside de la Province du Brabant wallon pour l'activité de Bébé Accueil.

En octobre 2015 et ce grâce à l'UNITED FUND for Belgium, nous avons reçu un subside qui nous a permis d'acheter un véhicule afin de nous rendre au sein de nos familles sans devoir utiliser nos voitures personnelles. Ceci est un avantage considérable pour l'Equipe Bébé Accueil qui ne travaille presque qu'exclusivement au domicile des futurs parents et qui sont souvent confrontés à des difficultés de se déplacer pour se rendre en nos bureaux.

En septembre 2016, nous avons reçu un subside de l'ONE afin de pouvoir engager une sage-femme pour une période de 4 mois. Au terme de cette période, le contrat de la sage-femme a été prolongé d'un mois afin qu'elle puisse clôturer ses prises en charge. Le but de ces entretiens était d'offrir un suivi global aux femmes que nous accompagnions tant au niveau physique que psychique car comme le souligne Sylvain MISSONNIER (in Manuel de psychologie clinique de la périnatalité, 2012) « La collaboration somaticiens / psychologues – psychiatres dans les équipes offre une promesse d'unité si elle matérialise une orientation préventive commune. A contrario, cet axe préventif révèlera sa fertilité s'il est un territoire commun que chacun occupera avec un éclairage singulier, reflet de sa formation, de son histoire et de sa subjectivité ».

En 2018, 2019 et 2020, nous avons reçu un subside de Viva For Life permettant notamment d'augmenter le nombre de plages horaires disponibles et de renforcer le pôle psychomoteur de notre action (cf chapitre 2.9).

2.8 Projet en cours de réalisation

Viva For Life

Depuis 2013, Viva For Life répond à des demandes de financement formulées par des associations exerçant majoritairement un travail d'accompagnement d'enfants précarisés âgés de 0 à 6 ans, ou qui développent des projets spécifiques pour répondre à des problématiques liées à la pauvreté infantile. L'objectif principal de ces financements est d'augmenter la capacité d'accueil ou d'intervention des associations, permettant ainsi à davantage d'enfants de bénéficier d'un accompagnement de qualité ayant un impact positif sur leur développement et leur épanouissement (cf : Dossier de presse, 26 février 2019, les projets financés, Cap 48).

Depuis 2018, Bébé Accueil reçoit un financement octroyé par Viva for Life. Cette subsidiation a permis d'engager E. ISAAC à mi-temps, notre psychomotricien et d'augmenter le temps de travail de 8 heures de C. DETROGH, notre assistante sociale. Nous avons donc pu offrir aux parents et à leur enfant un accompagnement psychomoteur plus régulier, un travail de réseau plus approfondi et l'ouverture d'une nouvelle plage horaire les vendredis pour les rendez-vous avec les familles.

3. Activités pour l'année 2020

2020 a été une année particulièrement difficile pour Bébé accueil.

Notre psychomotricien est tombé malade fin janvier et c'est une psychomotricienne remplaçante qui a dû faire face aux difficultés de travail pendant la première partie de la crise sanitaire.

Il a fallu réinventer les modalités d'intervention, limiter les rencontres à domicile, travailler par téléphone, par visioconférence ou en plein air.

Ces différentes modalités de travail ont permis de maintenir le contact avec les parents/futurs parents qui avaient déjà une relation avec BBA. Créer des liens avec de nouveaux patients était difficile.

Le nombre de signalements a considérablement chuté de mars à septembre 2020 pour retrouver petit à petit ensuite un niveau habituel.

Cette période plus calme et les mouvements intervenus dans le personnel de l'équipe ont permis de repenser le projet.

A la demande d'intervenants du réseau psycho-médico-social du Brabant wallon et notamment de l'ONE, l'équipe a décidé d'accepter de prendre en charge des situations qui lui sont signalées après la naissance de l'enfant.

3.1. Les dossiers

La durée de prise en charge d'une famille est très variable et dépend beaucoup du moment où nous commencons notre prise en charge.

Actuellement, ce que nous pouvons dégager de notre activité c'est qu'au plus tôt nous intervenons durant la grossesse, au moins longtemps durera notre prise en charge durant le post-partum. En effet, lorsque nous rencontrons une femme durant les deux premiers trimestres de sa grossesse, nous avons le temps de nous déployer auprès d'elle, sans être dans l'urgence. Nos rendez-vous se mettent en place petit à petit avec comme principal objectif la continuité et le tissage des liens. La réalisation de cet objectif est chronophage et doit passer par la mise à l'épreuve du temps car cela permet aux parents de digérer notre action sans se trouver dans l'urgence ou la pression de l'imminence de l'accouchement.

Les demandes de prise en charge que nous recevons en fin de grossesse sont souvent plus lourdes et/ou colorées par d'importantes préoccupations chez les professionnels envoyeurs. L'action de Bébé Accueil est alors souvent plus délicate puisqu'il s'agira à la fois d'intervenir rapidement ou « dans l'urgence » tout en respectant la temporalité des parents et celles des différents acteurs du terrain. C'est essentiellement pour ces raisons que nous continuons à sensibiliser l'ensemble des professionnels qui rencontre des femmes enceintes en difficultés afin qu'ils continuent à nous orienter leurs demandes le plus rapidement possible durant la période de la grossesse.

Le moment de la clôture de notre intervention se travaille avec les familles parfois durant un long moment surtout si nous sommes restés en piste autour de la famille durant plusieurs mois voire plusieurs années. Certaines familles nous demandent de rester à leur coté et de continuer à les accompagner alors qu'elles fonctionnement bien et que leur enfant va bien. Se sentant encore potentiellement fragiles, elles peuvent nous demander de rester encore en piste, tel « un filet de sécurité » qui viendrait les contenir si elles devaient traverser une période difficile.

3.2. Les consultations

Offrir aux parents un espace de rencontre régulier est très important dans la prise en charge des familles que nous suivons dans le cadre de Bébé Accueil. Cette continuité des rendez-vous nous permet de suivre attentivement l'évolution de la grossesse sur le plan psychique. Elle permet aussi que se mette en place un lien de confiance entre la famille et l'équipe tout en offrant aux parents la possibilité de faire l'expérience de la *permanence* dans son sens large. Cette permanence, cette expérience de la *continuité*, fondatrice du processus thérapeutique, est fondamentale puisqu'elle est le socle des relations parents-enfant.

En règle générale, nous rencontrons les femmes (seule ou en couple) une fois tous les quinze jours et une fois toutes les semaines durant les premières semaines qui suivent l'accouchement ou durant une période de crise.

Grâce au subside de Viva for Life, l'équipe Bébé Accueil s'est élargie et compte maintenant parmi les professionnels qui la composent un psychomotricien à mi-temps. Ce dernier se rend au sein des

familles en binôme mais peut aussi recevoir les parents et leur enfant dans la salle de psychomotricité qui se trouve au sein de nos locaux. La présence de ce professionnel permet d'être particulièrement attentif au développement global de l'enfant (soutenir l'acquisition libre des postures) et de soutenir les parents dans les interactions qu'ils nouent avec leur enfant (la psychomotricité comme outil pour favoriser la communication autour de l'enfant).

3.3. Types de difficultés signalées

En règle générale, c'est l'envoyeur qui prend contact avec l'équipe Bébé Accueil afin d'orienter une situation qu'il a en charge. Lors de ce premier échange, il est invité à préciser sa demande ainsi que ses inquiétudes. Celle-ci peut recouvrir plusieurs aspects: sociaux, psychologiques, médicaux, juridiques, etc.; difficultés psycho-sociales, troubles psychiatriques importants, mineures enceintes, enfants ainés placés.

ACTIVITES PARACLINIQUES

1. COORDINATION

1.1. Collège des Coordinateurs en Enfance Maltraitée - CCEM

Le CCEM s'est réuni à 7 reprises en 2020, dont 6 fois en visioconférence.

Ces réunions ont été l'occasion pour les coordinateurs des équipes SOS Enfants de faire le point sur les difficultés rencontrées suite à la pandémie : mesure d'hygiène, organisation des prises en charge, état de fatique des équipes, modalités de contact avec parents et enfants.

Outre ce sujet qui occupa l'essentiel des réunions, le CCEM a notamment :

- rencontré des représentants de l'association SOS viol ;
- échangé autour des collaborations avec les CPVS, les PSE, l'aide à la jeunesse;
- réfléchi aux modalités d'accueil et d'écoute des signalements des professionnels de première ligne,
- pris connaissance des rapports statistiques établis par l'ONE et du nouveau canevas de rapport d'activités.

1.2. Plate-Forme « Violence dans le Couple Brabant wallon »

Les membres du groupe restreint de la plate-forme se réunissent plusieurs fois par an afin d'organiser, pour un public élargi de professionnels du secteur dans le Brabant wallon, diverses formations et conférences autour du thème de la violence conjugale.

En 2020, si le groupe restreint a pu se réunir, soit en présentiel, soit en distanciel, les plates-formes n'ont malheureusement pas pu avoir lieu. Le but de ces plates-formes étant, entre autre, de favoriser les échanges et les interactions entre les différents acteurs du réseau du Brabant wallon, l'outil de la visioconférence n'a pas pu être utilisé au vu du nombre de participants. Tous les thèmes prévus ont été reportés. Les formations n'ont pu être dispensées non plus.

1.3 Commission de coordination « Aide aux enfants victimes de maltraitance »

Pour cette nouvelle année, la commission avait décidé d'orienter son travail sur 4 axes. La crise sanitaire a quelque peu modifié nos ambitions mais nous avons tout de même su nous réunir en présentiel (avant le confinement) et en visioconférence par la suite.

Le premier axe de l'année 2020 était la présentation des deux dernières thématiques encore non abordées l'an passé, à savoir « Grilles de lecture sur l'évaluation de l'état de danger » et « La Violence institutionnelle ». Cette première présentation a permis aux membres de la commission de réfléchir et d'échanger concernant l'utilisation de grilles dans l'évaluation de situations de danger. La deuxième présentation n'a pu malheureusement se faire.

Le deuxième axe de travail consistait à convenir d'un outil commun et fédérateur. Celui-ci découlerait de nos réflexions issues des présentations des quatre thématiques abordées au premier axe.

Afin de nous soutenir dans la réflexion et de nous adapter à la réalité de la crise sanitaire, nous avons invité le CLPS à nous présenter d'une manière participative le nouvel outil que leur service a créé « Et si on en parlait d'abord ». Cette présentation a permis aux membres de la commission de se retrouver en présentiel et de mettre des mots sur les émotions vécues les derniers mois, de mettre en avant des pistes positives d'action que cette crise a développées dans les pratiques de chacun. Il nous a, également, permis de réfléchir à la possibilité que celui-ci devienne un support dans notre travail avec les familles, avec une adaptation éventuelle.

Le troisième axe de travail était la poursuite des déroulés cliniques. Nous avons beaucoup travaillé à la recherche d'une personne ressource pour soutenir et superviser nos échanges autour de ceux-ci.

Après différentes prises de contact, notre choix s'est orienté vers Madame Meersseman, psychologue, qui a une longue expérience de travail dans le domaine de la maltraitance, du travail en réseau et de supervision.

Lors de chaque rencontre, nous aimerions que des institutions puissent se présenter et amener une situation qui a posé question au niveau des collaborations entre les services.

Par la suite, nous tenterons de dégager des pistes concrètes d'amélioration des collaborations au sein du réseau. Trois séances sont prévues, au cours desquelles, à chaque fois, deux services seront amenés à présenter des situations.

La première rencontre était prévue lors de notre réunion plénière du 29 novembre 2020. Hélas, suite à la deuxième vague de l'épidémie, la réunion a dû être annulée et reportée au 02/02/21.

Le quatrième axe était de permettre aux membres de la commission d'être informés de l'actualité touchant à la problématique de la maltraitance sur enfant.

La commission a également été amenée à prendre connaissance de la proposition de loi modifiant le code civil en vue d'instaurer une protection juridique prénatale. Cette proposition de loi a fait l'objet de débats au sein de la commission, de partage d'avis (DGDE et fédération des équipes SOS-Enfants), et de la rédaction d'un avis exprimé par les membres de la commission, porté à la connaissance du comité de pilotage dans la perspective qu'il soit communiqué pour suite aux autre commissions maltraitance (co-signatures).

1.4. Fédération des Equipes SOS Enfants

Le conseil d'administration s'est réuni 7 fois, dont 5 fois en visioconférence.

Il s'est penché notamment sur les questions suivantes :

- Le projet de loi sur la protection juridique prénatale ;
- Les demandes des équipes dans le cadre des négociations pour le contrat de gestion de l'ONE;
- Les attentes des équipes à l'égard de la Fédération et la définition de ses missions prioritaires.

En décembre 2020, une délégation de la Fédération a rencontré la ministre de l'Enfance et la responsable de la cellule enfance de son cabinet.

Ce fut notamment l'occasion de faire état des sources de détresse des équipes en 2020 :

- Situations complexifiées par le confinement et le retard dans la prise en charge;
- Épuisement des équipes ;
- Augmentation des absences (quarantaines, maladies) et travail intense en équipe réduite;
- Lourdeur du travail en distanciel;
- Mesures sanitaires limitant les activités des équipes SOS Enfants ou leur efficacité.

Enfin, pour la deuxième année consécutive, la Fédération a engagé, grâce au subside de l'ONE, un délégué à la protection des données pour l'ensemble des équipes SOS Enfants.

La Fédération est membre de la Fédération des Associations sociales et de santé. La coordinatrice représente la Fédération dans cet organisme.

1.5. Comité d'Accompagnement Enfance Maltraitée - CAEM

Le CAEM est un organe d'avis de l'ONE. Il réunit des représentants de l'ONE, du monde académique, des cabinets ministériels, de l'administration de l'aide à la jeunesse et des fédérations d'équipes SOS Enfants.

La coordinatrice de l'équipe est membre suppléante du CAEM en tant que représentante de la Fédération des équipes SOS Enfants.

2. PARTICIPATION À DES COLLOQUES ET FORMATIONS

Supervision/Intervision

Un point important dans la formation de l'équipe est la supervision. Elle se déroule 7 à 8 fois par an.

Depuis septembre 2016, nous avons entrepris de travailler avec madame Delphine JAMSIN. Cette dernière est de formation analytique.

Chaque séance de supervision dure 2h et nous permet d'approfondir une situation clinique ainsi que d'autres points de réflexion.

Chaque personne, active ou non, dans la situation, est amenée à donner son avis et à s'exprimer.

Les questionnements de la superviseuse peuvent également, par moment, bousculer le contretransfert de l'intervenant ou, encore, la manière dont nous avons établi le travail avec la famille ou, plus généralement, au sein de l'équipe.

Lorsqu'on est partie prenante dans un cas, les interventions des autres collègues ainsi que de la superviseuse nous poussent davantage à approfondir, réfléchir et nuancer l'analyse de la dynamique de la situation. La superviseuse peut également se centrer sur les différentes contradictions qui ressortent d'une analyse de cas. A d'autres moments, c'est la position de l'équipe qui est pointée comme étant parfois en miroir avec la famille. La discussion et l'approfondissement du cas permettent alors à l'équipe de se décaler et de se positionner autrement.

Colloques, conférences, formations :

Les membres de l'équipe ont participé à différents colloques, stages, formations, notamment :

Formations ONE pour les équipes SOS :

- Formation des secrétaires des équipes SOS Enfants sur la gestion de l'agressivité verbale, Bruxelles, le 20 février 2020
- Participation au webinaire « M-ADBB », le 4 mai 2020 (1h30)
- Participation au colloque « Recueil de la parole de l'enfant victime ou témoin de violences », Centre Montoyer, les 9 et 10 octobre 2020
- Participation à la formation « 10ème journée de formation des médecins Événements de vie traumatiques dans l'enfance et leurs conséquences (ACE) », Centre Montoyer, les 9 et 10 octobre 2020, Charleroi-CEME, le 10 octobre 2020

Colloques/séminaires/congrès, ...

- Webinaire sur « Droit de la jeunesse : des outils internationaux pour une pratique quotidienne », organisé par Lexdura Webinars, le 30 avril 2020.

3. PROJET : élargissement du projet Bébé Accueil

A la demande d'intervenants du réseau psycho-médico-social et notamment de représentants de l'ONE, nous avons décidé de réorienter le projet Bébé Accueil.

Initialement réservé aux situations qui nous étaient signalées durant la grossesse, nous avons choisi d'étendre notre intervention aux situations qui nous sont signalées durant les trois premiers mois de l'enfant.

Les intervenants qui sont aux côtés des parents et des bébés souhaitent en effet pouvoir faire appel à une équipe telle que la nôtre dans cette période où mère et enfant sont très fragiles.

Par ailleurs, alors que jusqu'ici Bébé Accueil n'intervenait qu'à la demande des futurs parents, il pourra dorénavant recevoir des missions d'accompagnement de futurs parents des SAJ et SPJ. Ceci s'est révélé utile notamment pour des futures mamans mineures suivies par les SAJ et SPJ.

Cet élargissement du projet de Bébé Accueil nécessitera une période de mise en place et de concertation avec le réseau psycho-médico-social du Brabant wallon.

GLOSSAIRE

AMO : Aide en Milieu Ouvert

CAEM : Comité d'Accompagnement de l'Enfance Maltraitée

CCPAJPJ: Conseil communautaire de la prévention, de l'aide à la jeunesse, et de la protection

de la jeunesse

CPAS: Centre Public d'Action Sociale

CPMS: Centre Psycho Médico-Social

CPSE : Centre de Promotion pour la Santé à l'Ecole (anciennement IMS = Inspection

Médicale Scolaire)

EQUIPE: Equipe SOS Enfants Brabant Wallon

ETP : Equivalent Temps Plein

ONE : Office de la Naissance et de l'Enfance

PV : Procès Verbaux

R.I.S. : Revenu d'Intégration Sociale

SAJ : Service de l'Aide à la Jeunesse

SPJ : Service de Protection de la Jeunesse

SRJ : Service Résidentiel pour Jeunes (anciennement IMP = Institut Médico-Pédagogique)

PEP's: Partenaire Enfants Parents

ANNEXES

1. Carte du Brabant wallon et moyens de transport vers Genappe

Les 27 communes



BEAUVECHAIN	INCOURT	<u>PERWEZ</u>
BRAINE-L'ALLEUD	<u>ITTRE</u>	RAMILLIES
BRAINE-LE-CHÂTEAU	<u>JODOIGNE</u>	REBECQ
CHASTRE	LA HULPE	<u>RIXENSART</u>
CHAUMONT-GISTOUX	LASNE	TUBIZE
COURT-SAINT-ETIENNE	MONT-SAINT-GUIBERT	VILLERS-LA-VILLE
<u>GENAPPE</u>	NIVELLES	<u>WALHAIN</u>
GREZ-DOICEAU	ORP-JAUCHE	WATERLOO
<u>HÉLÉCINE</u>	OTTIGNIES-LOUVAIN-LA-NEUVE	<u>WAVRE</u>

2. Transports en commun en Brabant wallon

2.1 Réseau ferroviaire

Le Brabant wallon est traversé par les lignes

Bruxelles – Tubize – Mons – Paris ; Bruxelles – Nivelles – Charleroi ; Bruxelles – Ottignies - Namur – Luxembourg ;

Louvain - Charleroi qui passe par Wavre et Ottignies.



(www.brabantwallon.be)

Les locaux de l'équipe étant situés à Genappe, cette localité n'est pas desservie par le chemin de fer.

2.2 Réseau des bus TEC

Le réseau du TEC Brabant wallon compte 54 lignes et se développe sur 1.550 kilomètres. Les lignes qui permettent un accès à Genappe sont les suivantes :

TEC Brabant wallon:

Lignes	Itinéraire
19 – 19/	Nivelles - Ottignies
28	Ottignies - Tangissart - Genappe
29	Ottignies - Ceroux-Mousty - Genappe

TEC Charleroi:

365a	Bruxelles – Charleroi
366	Baisy-Thy – Genappe – Rêves

Les lignes Rapido Bus :

Rapido Bus 4	Nivelles - Louvain-la-Neuve (avec arrêt à Genappe en semaine)	
-----------------	---	--