

## Analyse statistique année 2010

### **Préambule à l'analyse statistique des données**

Pour qu'une analyse statistique soit valide, différentes conditions doivent être réunies :

- I. **Une définition suffisamment claire et univoque des catégories et items proposés de manière à ce que les différents intervenants qui « cochent les cases » ne réunissent pas sous un même intitulé des situations, symptômes différents, et que les différentes catégories ne se recouvrent pas.**
- II. **Une population suffisante en taille pour la finesse de l'analyse réalisée de manière à éviter que des cellules soient régulièrement vides ou ne reprennent qu'un ou deux items encodés.**
- III. **Des outils d'analyse scientifiques permettant de dire si les différences observées (d'une année à l'autre, d'une catégorie à l'autre) sont significatives (au niveau statistique).**

Ces trois critères n'étant pas remplis dans le programme Thopas (surtout pour une seule équipe – critère II), l'analyse de ces données doit être considérée comme des hypothèses plus ou moins intuitives et cliniques et non comme une analyse scientifique des données.

Enfin, les objectifs poursuivis par l'analyse statistique des données permettraient certainement de mieux définir ce qu'on cherche et, ce faisant, de mieux sélectionner les items intéressants.

### **1. Nombre de signalements :**

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

<b>Signalements</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Nouveaux (enfants inconnus de notre service au moment du signalement)	213	182	172
Resignalements (enfants connus de notre service au moment du signalement)	48	42	30
Non défini	1	0	0
<i>Total</i>	<i>262</i>	<i>224</i>	<i>202</i>

Nous constatons une légère diminution des nouveaux signalements et des resignalements en 2010, tout en gardant plus ou moins la même proportion. 15% (18% en 2009) de tous les signalements sont des resignalements. Quand nous parlons de resignalements, nous évoquons les situations pour lesquelles nous avons déjà eu dans le passé un ou des dossiers pour cet enfant dans l'équipe mais que notre intervention au moment du signalement était clôturée.

Plusieurs interprétations peuvent être possibles dans les cas de resignalements.

Une version optimiste serait que les familles peuvent nous recontacter quand elles éprouvent des difficultés dans les relations avec leurs enfants. Elles peuvent revenir vers nous puisqu'elles avaient réussi à construire une relation de confiance avec notre service et qu'elles se sont senties aidées.

Une autre possibilité pourrait être que le travail que nous avons entrepris avec les familles n'a pas été suffisant et que les mêmes inquiétudes persistent ou que de nouvelles inquiétudes apparaissent.

Dans les situations où nous clôturons notre intervention pour des raisons de manque de collaboration, suite à un bilan pour le SAJ, la famille peut nous revenir sous aide contrainte via le SPJ.

La diminution des signalements nous laisse un peu perplexes et nous nous demandons si actuellement nous avons moins de demandes suite à notre débordement en 2007 – 2008, où nous réorientions près de trois-quarts des situations. Une autre explication pourrait être que nous avons été

moins rigoureux au niveau de l'encodage. Peut-être tous les appels n'ont-ils pas fait l'objet d'une fiche administrative?

## 2. Origine des signalements :

	<b>Equipe Verviers 2008</b>	<b>Equipe Verviers 2009</b>	<b>Equipe Verviers 2010</b>
<b>Non Professionnels</b>	53%	38,0%	45,0%
<b>Professionnels</b>	47%	61,6%	55,0%
<b>Anonymes</b>	0%	0,4%	0%
<i>Total Signaleurs</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>

En 2010, nous revenons à une distribution plus égalitaire des signaleurs. Il y a une bonne moitié des signaleurs qui sont des professionnels et une petite moitié des non-professionnels. Dans la catégorie des signaleurs non-professionnels, nous constatons une augmentation importante des pères, en défaveur des amis de la famille. Les groupes de grands-parents et de la famille élargie se sont inversés, mais gardent ensemble un pourcentage stable.

Les signaleurs professionnels et non professionnels se répartissent comme suit :

	Equipe Verviers 2008	Equipe Verviers 2009	Equipe Verviers 2010
<b>Non professionnels</b>	<b>53,00%</b>	<b>38,0%</b>	<b>45,00%</b>
Mère	46%	45,9%	49%
Père	21%	16,5%	27%
Grands-parents	2%	10,6%	5%
Famille élargie	5%	4,7%	10%
Autre		8,2%	
Voisinage	9%		3%
Couple parental	1%	3,5%	
Ami de la victime/de la famille	9%	7,0%	2%
Belle-mère	2%	2,4%	
Beau-père	1%		
Enfant lui-même	4%	1,2%	2%
Fratrie			
<b>Professionnels</b>	<b>47,00%</b>	<b>61,6%</b>	<b>55,00%</b>
Réseau médical	15%	10,9%	9%
Hôpital	53%	53,0%	80%
Médecins généralistes, spécialistes	47%	47,0%	20%
Réseau scolaire	18%	6,5%	20%
SAJ - Mandat	20%	34,8%	31%
Orientation	6%	2,2%	
SPJ (mandat et orientation)	6%	8,7%	5%
Tribunal de la Jeunesse			
Parquet			
Police		2,9%	3%
Maison de Justice			1
Assistant police			
Réseau Psychosocial	15%	18,1%	17%
Réseau aide sociale (CPAS, AMO, Mutuelle,...)	69%	80,0%	68%
Réseau aide psychologique (thérapeutes, SSM,...)	31%	20,0%	32%
TMS ONE	4%	0,7%	5%
Institution hébergement	7%	5,1%	3%
Autre professionnel ayant un lien avec l'enfant	1%		
Autre équipe SOS	3%	2,2%	1
Equipe elle-même	2%	7,9%	6%
Equipe anténatale			
Autre (crèche, gardienne)	2%		
Télé-accueil, Tél Vert, Child Focus,...	2%		
<b>Anonymes</b>		<b>0,4%</b>	

Dans la catégorie des professionnels, nous continuons à avoir un tiers de demandes venant du SAJ. Le nombre de signalements du SPJ a rediminué un peu. Nous nous demandons si cette nouvelle diminution est liée aux changements au sein du SPJ. En effet, fin d'année 2010, Madame Walhain, nouvelle directrice, a pris la succession de Monsieur Bentein. Il y a eu également un changement au niveau de la déléguée en chef et ils ont engagé quelques nouveaux collaborateurs. Ceci peut éventuellement être attribué aussi à une certaine méconnaissance de notre service, en plus du fait qu'auparavant les collaborations entre nos deux services étaient peu étoffées et peu régulières.

Nous constatons une augmentation importante des demandes du réseau scolaire : depuis quelque temps, un des membres de l'équipe participe au CA du PMS libre et nous avons également de bons contacts avec Mme Ylieff, directrice du PMS de la Communauté Française à Verviers.

Au cours de l'année 2010, la Commission de Coordination de l'enfance maltraitée à Verviers, a organisé trois demi-journées interactives pour expliquer les rouages entre les différents services qui travaillent dans le champ de la maltraitance. Ces moments d'échanges furent très riches et pourraient être porteurs de nouvelles collaborations.

Le nombre de demandes venant du réseau médical est resté stable, avec une majeure partie des signalements venant de l'hôpital. Les médecins traitants nous envoient très peu de situations. On peut s'interroger sur le manque de collaboration avec ces derniers. Est-ce par manque de connaissance de notre service? Est-ce dans le souci d'un respect total du secret professionnel? Est-ce dans un souci de protection de leur alliance avec les patients? Est-ce par peur de parler en toute transparence de leurs inquiétudes? Est-ce par manque de temps pour l'orientation vers notre service qui demande un certain investissement en temps et déplacement?

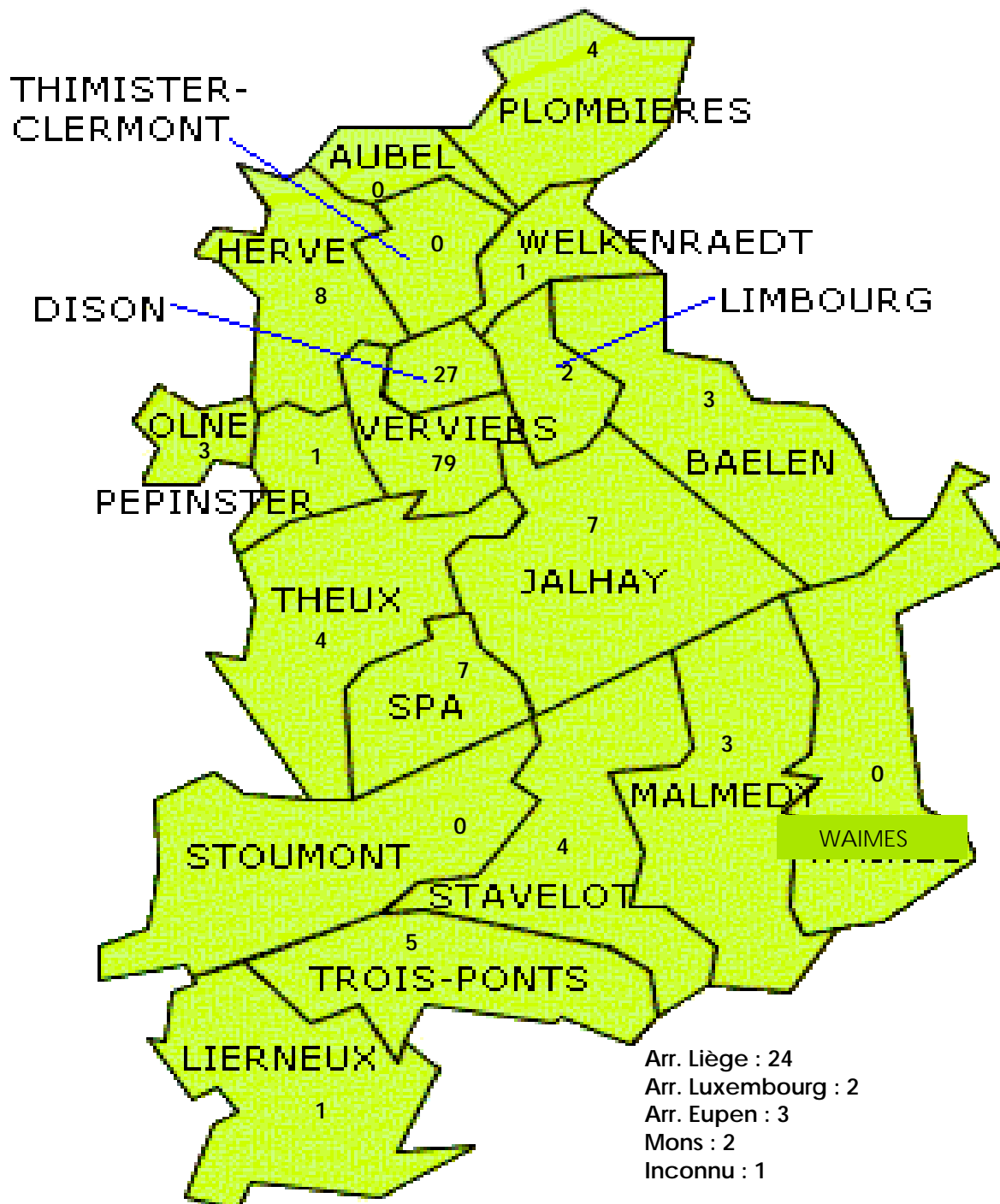
Dans un souci de mieux informer les médecins traitants sur le réseau de soins en maltraitance, la commission de coordination de l'enfance maltraitée proposera en 2011 de rencontrer les médecins généralistes pour permettre des échanges constructifs autour d'éventuelles collaborations.

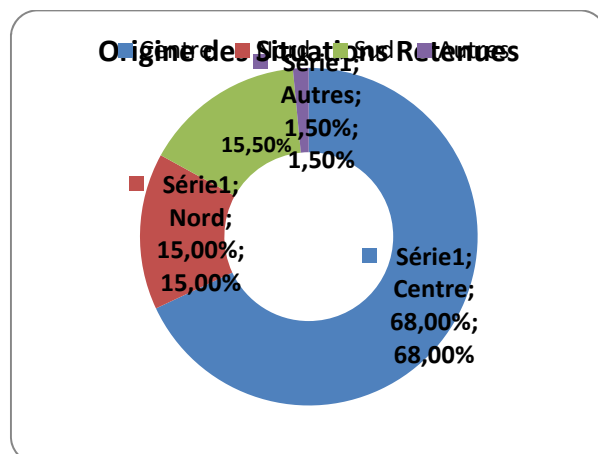
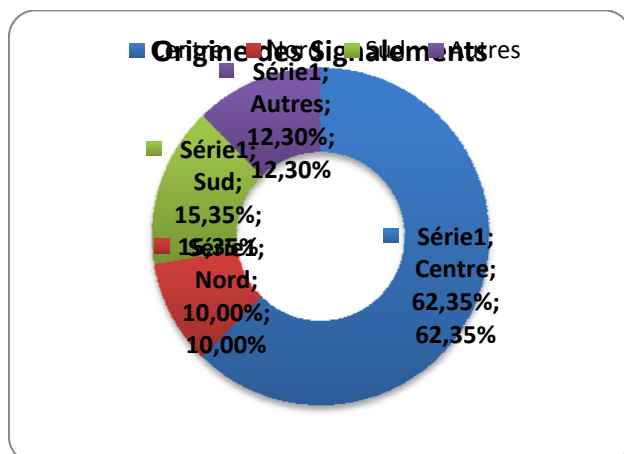
Les signalements venant du réseau psychosocial restent assez stables, avec une certaine diminution du réseau d'aide sociale.

Les signalements des TMS ONE ont augmenté en 2010. Toutefois, le nombre de situations orientées vers notre service reste minime. Nous reviendrons dans le chapitre des partenariats sur notre collaboration avec les TMS ONE.

### 3. Origine géographique des signalements :

Année 2010 : 202 signalements





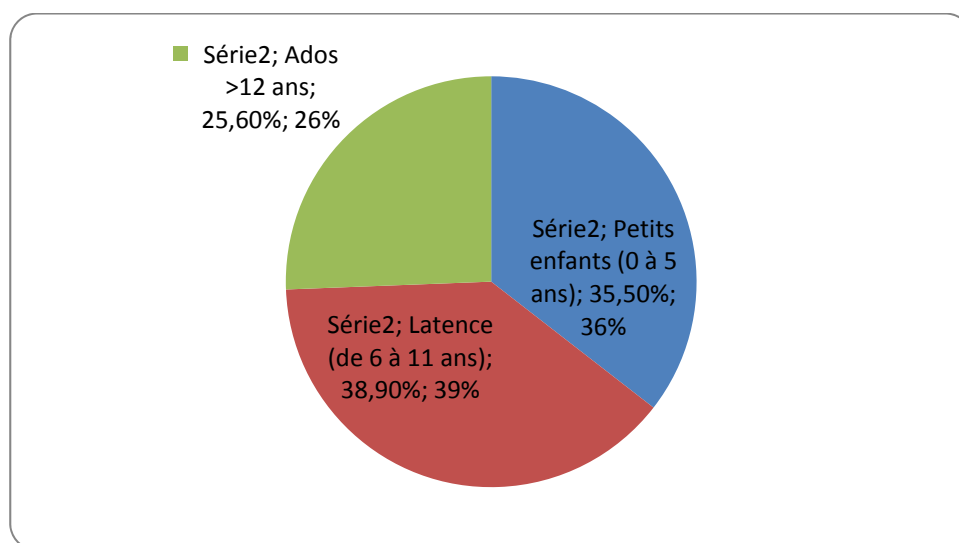
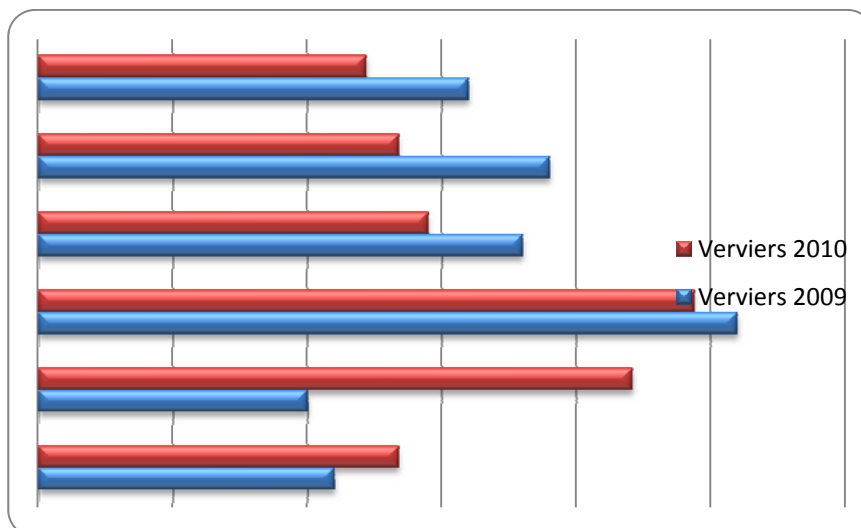
Près de deux tiers des situations viennent du centre de l'arrondissement, dont plus de la moitié viennent de Verviers même. Nous constatons toutefois une légère diminution des signalements venant de la ville de Verviers au fur et à mesure des années. Il y a une minorité des situations qui viennent du nord (10%) et du sud (15%) de l'arrondissement. Nous pouvons nous demander pourquoi c'est principalement le centre qui nous oriente des situations. Peut-être le réseau de Verviers nous connaît-il mieux que le réseau plus disparate des régions de campagne du sud et du nord. Peut-être que la distance est également un paramètre qui est envisagé avant de nous orienter une situation. Il serait sans doute intéressant de rencontrer le réseau psychosocial des régions en dehors du centre de l'arrondissement.

Via notre réunion réseau avec les différents centres de guidances et les plannings familiaux, nous rencontrons le centre de guidance de Malmédy par lequel nous n'avons pas encore été interpellés pour des situations concrètes. Leur poser la question de la fréquence à laquelle ils sont confrontés à la maltraitance pourrait être intéressant pour réfléchir s'il y a un intérêt à ce que nous collaborions davantage avec eux. Il y a également l'hôpital de Malmédy, qui a une maternité et un service de pédiatrie, avec lequel nous n'avons guère de collaboration. Dans le nord, il n'y a pas de structure hospitalière, sauf à Eupen qui se situe en dehors de notre arrondissement. Il n'y a pas non plus de centre de guidance dans le nord, sauf à Eupen. Il serait peut-être intéressant de développer des cartes de réseau pour le nord et le sud de l'arrondissement.

Nous constatons que la distance n'est pas un frein à la prise en charge dans notre service. Dans les dossiers retenus, nous relevons les mêmes proportions que lors des signalements.

#### 4. Age des enfants signalés :

	Verviers 2009	Verviers 2010
0 à 2 ans	11%	13,4%
3 à 5ans	10%	22,1%
6 à 8 ans	26%	24,4%
9 à 11 ans	18%	14,5%
12 à 14 ans	19%	13,4%
Plus de 15 ans	16%	12,2%
	100%	100%



Un tiers des enfants pour lesquels nous recevons des signalements sont des petits enfants, bébé à l'école maternelle. Un quart des situations sont des adolescents et un peu plus d'un tiers sont des enfants en période de latence.

## 5. Maltraitements signalés :

<b>MALTRAITEMENTS SIGNALÉES</b>			
	<b>Total</b>	<b>Nouveaux</b>	<b>Resignalements</b>
<b>Maltraitance physique</b>	20%	19%	27%
<b>Inadéquation éducative</b>	9%	10%	3%
<b>Maltraitance sexuelle</b>	27%	27%	27%
<b>Maltraitance psychologique</b>	16%	17%	7%
<b>Négligence</b>	10%	9%	13%
<b>Enfants à risque</b>	13%	12%	20%
<b>Abandon</b>	2%	2%	0%
<b>Autres</b>	3%	3%	3%
<i>Total</i>	<i>100%</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>

En 2010, nous restons dans les mêmes proportions des différentes formes de maltraitance par rapport à l'année dernière. Nous constatons toutefois une diminution des situations de négligence et d'enfants à risque et une augmentation des situations d'inadéquation éducative et maltraitance physique.

Quand nous différencions les signalements et les resignalements, nous voyons que nous avons moins de resignalements pour inadéquation éducative, beaucoup moins pour de la maltraitance psychologique et plus pour des enfants à risque et de la maltraitance physique. La proportion concernant la maltraitance sexuelle reste inchangée.

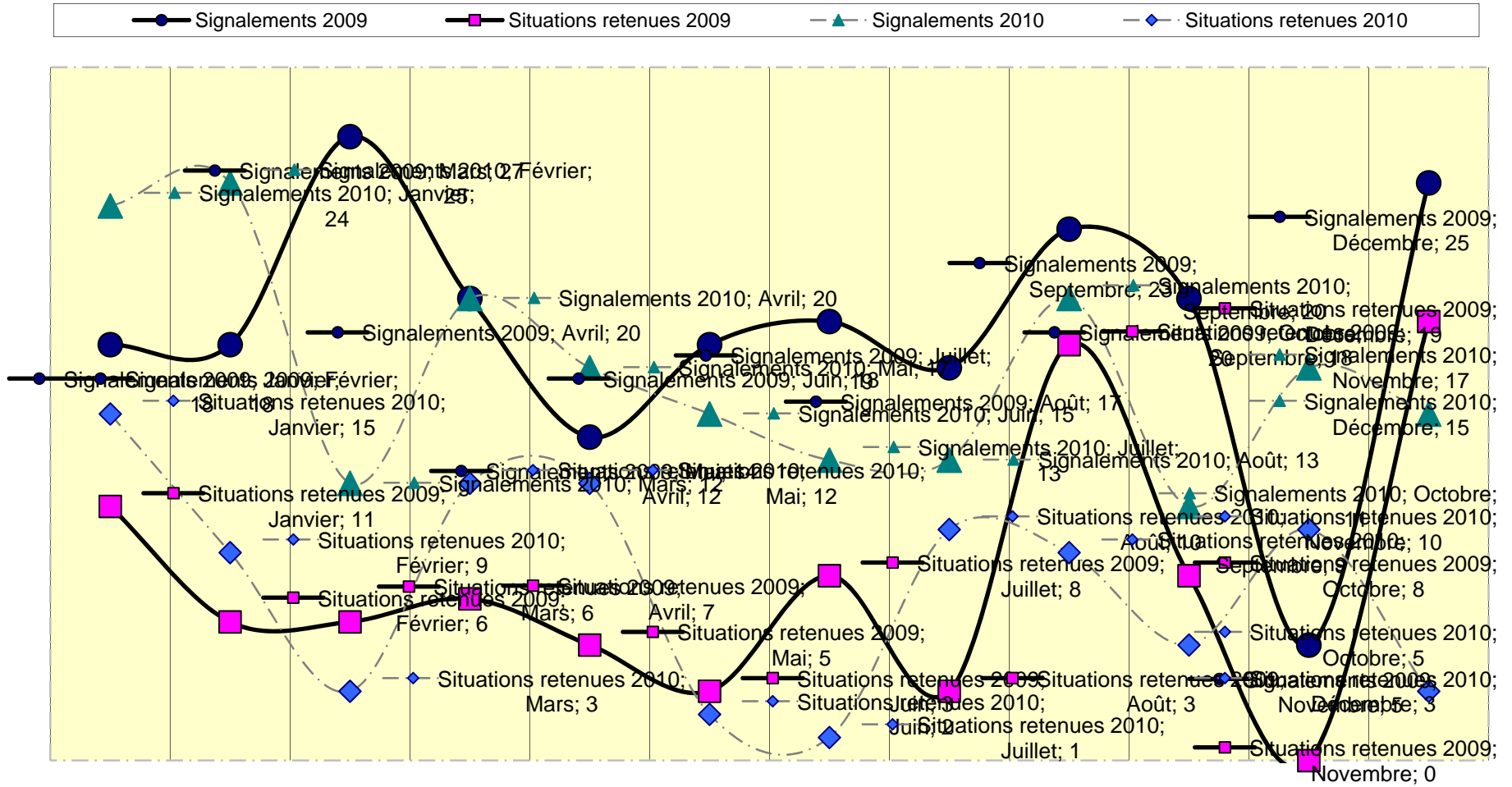
Les situations de maltraitance physique sont très souvent des situations très lourdes qui nécessitent plus volontiers un cadre pour assurer la protection (SAJ) et c'est donc peut-être une raison pour laquelle nous aurions plus de maltraitements physiques dans les resignalements, vu qu'après orientation vers le SAJ, la situation nous revient. D'ailleurs, plus loin dans les statistiques, nous verrons que la maltraitance physique est plus souvent, proportionnellement aux autres maltraitements, orientée vers le SAJ.

## 6. Evolution mensuelle des signalements :

Dans le graphique à la page suivante, nous voyons la fluctuation des signalements au cours de l'année.

Comme nous pouvons le constater, le nombre de signalements varie entre 11 et 25 par mois. Le nombre maximal de situations retenues par mois est 15. Durant les mois de juin et juillet, nous avons retenu très peu de situations proportionnellement aux demandes (7,5 et 13 % des signalements). Probablement ce petit chiffre est-il lié au départ d'un membre de notre équipe qui a temporairement fortement diminué notre capacité de prise en charge des nouvelles situations. Nous remarquons que lors des mois de mars, octobre et décembre, peu de situations ont été retenues. Pourrait-on imaginer que, suite à une période plus chargée avec plusieurs (une dizaine) nouvelles situations retenues, le mois suivant nous acceptons moins de nouvelles demandes?





## 7. SUITE DONNEE

### 7.1. Suites données aux signalements :

En réunion d'équipe, nous décidons ensemble de l'adéquation d'une prise en charge par notre service. Chaque nouvelle demande est discutée en réunion hebdomadaire, sauf les demandes de supervision ou les réorientations simples. En général, toutes les situations de maltraitance actuelle sont retenues si leur évaluation ou prise en charge nécessite une pluridisciplinarité. Nous sommes attentifs lors des discussions en équipe à bien prendre en considération le fait que nous sommes une équipe SOS Enfants qui intervient dans des situations de maltraitance et donc avec cette étiquette. Nous nous attardons souvent aussi sur ce que nous percevons de la demande des personnes qui nous sollicitent. En outre, il y a la question du cadre, dans les situations qui nous sont orientées sans un cadre protectionnel. Nous évaluerons toujours si notre éventuelle intervention pourra apporter quelque chose à l'enfant et sa famille et si elle sera dans l'intérêt de l'enfant.

Il nous arrive de solliciter un cadre SAJ avant d'intervenir dans une famille.

Dans le cas des situations de séparations conflictuelles, nous avons un accord avec le SAJ de Verviers et nous demandons une triangulation avec eux. Nous demandons que le SAJ puisse investiguer dans un premier temps les allégations des parents et qu'il puisse évaluer la pertinence d'une intervention de notre service. Si le SAJ estime ensuite qu'il serait opportun pour SOS d'intervenir, nous pouvons débiter un bilan avec un mandat clair et un tiers désigné à qui nous rendrons notre analyse et nos propositions, toujours après réflexion avec la famille. Ce fonctionnement permet que l'autre parent ne nous perçoive pas dans l'alliance avec le parent signaleur, que l'équipe puisse être vue comme neutre et qu'ainsi notre impartialité soit préservée.

Dans d'autres situations, dans lesquelles nous pressentons un danger pour l'enfant, ou dans les situations où il manque un tiers, nous pouvons faire appel au SAJ.

	<b>Equipe Verviers 2008</b>	<b>Equipe Verviers 2009</b>	<b>Equipe Verviers 2010</b>
<b>SIGNALEMENTS NON RETENUS</b>	<b>72%</b>	<b>52,2%</b>	<b>56%</b>
<b><i>Réorientation vers autres services</i></b>	<b>53%</b>	<b>51,0%</b>	<b>57%</b>
Justice	11%	20,0%	13%
SAJ	44%	28,3%	35%
Autre	9%	11,7%	14%
Aide Psychologique	19%	23,3%	17%
SSM	1%	1,7%	3%
Aide sociale	8%	1,7%	3%
Aide médicale (hôpital)	3%		5%
SPJ	5%	13,3%	11%
<b><i>Avis/Conseil/Supervision</i></b>	<b>33%</b>	<b>31,0%</b>	<b>28%</b>
<b><i>Invérifiable</i></b>	<b>6%</b>	<b>3,4%</b>	<b>2%</b>
<b><i>Réorientation géographique</i></b>	<b>4%</b>	<b>6,9%</b>	<b>6%</b>
<b><i>Autre</i></b>	<b>3%</b>	<b>7,7%</b>	<b>5%</b>
<b><i>Non fondé</i></b>	<b>1%</b>		<b>2%</b>
<b>SIGNALEMENTS RETENUS</b>	<b>28%</b>	<b>45,1%</b>	<b>44%</b>
<b>EN COURS D'EVALUATION</b>	<b>0%</b>	<b>2,7%</b>	<b>0%</b>

<b>TOTAL SIGNALEMENTS</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
---------------------------	-------------	-------------	-------------

Les chiffres de la suite donnée aux signalements sont à considérer avec précaution.

Parfois les situations sont reprises dans les statistiques comme non-retenues, alors que l'équipe avait marqué son accord d'intervenir. Pendant une période parfois longue et coûteuse en énergie, nous avons exploré la demande de chacun et les possibilités de travailler avec la famille. Souvent, il y a eu plusieurs rendez-vous avec les signaleurs, avec le réseau et/ou les parents, mais le dossier ne peut être ouvert que si nous rencontrons l'enfant. Ce qui, in fine, ne s'avère pas toujours possible puisque les parents cessent parfois leur collaboration.

Comme l'année précédente, une bonne moitié des signalements sont non retenus. Dans un tiers des cas, il s'agit d'une demande de supervision et, dans plus de la moitié, les familles sont réorientées vers d'autres services.

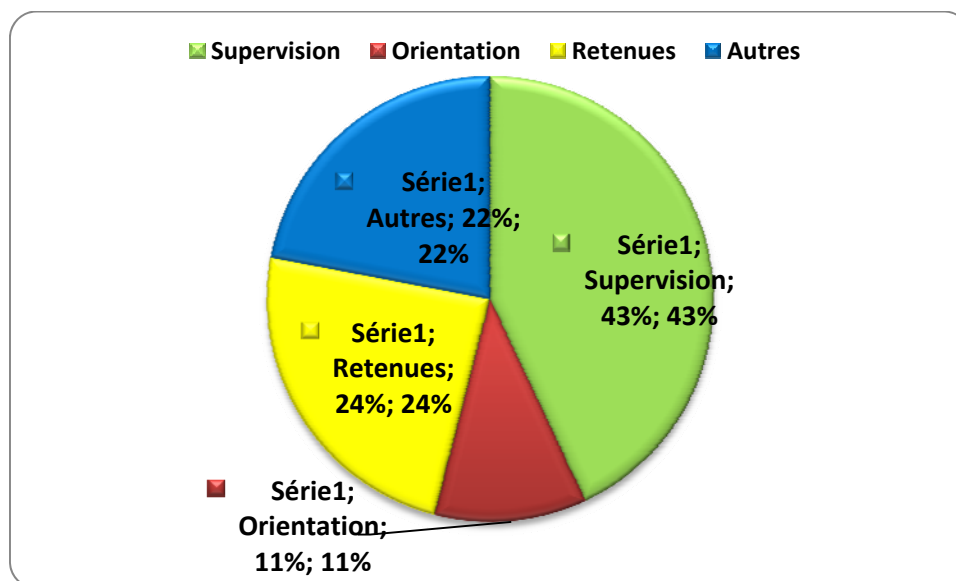
En ce qui concerne les réorientations, un bon tiers est orienté vers le SAJ. Comme chaque année, très peu de situations sont orientées vers l'aide médicale. Ceci correspond probablement à notre ressenti d'une collaboration qui reste encore à être améliorée avec les différents hôpitaux et les médecins.

Les réorientations vers une aide psychologique sont fréquentes dans les cas où la demande des usagers ne porte que sur un espace thérapeutique individuel. Après avoir analysé la demande, l'urgence de la situation et l'éventuelle nécessité de protection et qu'il n'y a pas de demande d'accompagner la famille dans la crise suite aux révélations, et que la situation ne nécessite pas une pluridisciplinarité, la famille peut être orientée vers un suivi psychothérapeutique dans le réseau.

## **7.2. Nombre de signalements retenus en fonction du signaleur, de la demande ou du type de maltraitance:**

<b>Suite donnée en fonction du signaleur</b>		
<b>NON PROFESSIONNELS</b>	<b>RETENUES (43%)</b>	<b>NON RETENUES (57%)</b>
Mère	62,0%	38,0%
Père	20,0%	80,0%
Famille élargie	21,5%	78,5%
<b>SERVICES DE 1ère LIGNE</b>		
	24,0%	76,0%
<b>MANDATS</b>		
SAJ	73,5%	26,5%
SPJ	100,0%	0,0%

### 7.3. Services de première ligne



Quand nous comptabilisons le nombre de signalements venant des professionnels des services de première ligne, nous remarquons que dans la moitié des cas il s'agit d'une demande de supervision. Quand nous déduisons donc le nombre de supervisions du nombre total des signalements des services de première ligne, nous voyons que nous retenons 45% de leurs situations.

Dans les situations que nous ne prenons pas en charge nous-mêmes, nous réorientons une dizaine de pourcents vers le SAJ.

### 7.4. Mandat SAJ-SPJ

Nous remarquons que le service d'Aide à la Jeunesse et le service de protection de la jeunesse ne nous sollicitent pas pour des supervisions. Toutefois, les chiffres montrent que nous prenons en considération leurs demandes et très souvent nous acceptons de collaborer avec eux.

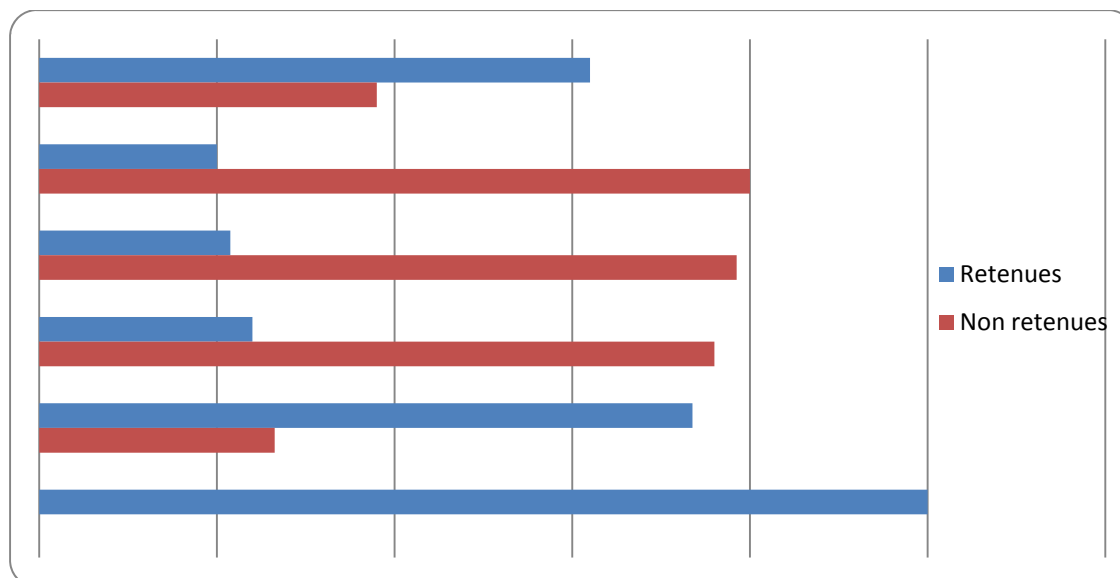
Trois quarts des mandats demandés par le SAJ sont pris en charge par notre équipe et la totalité des demandes venant du SPJ a été acceptée.

### 7.5. Non-professionnels

Nous constatons que peu de signalements des papas (20%) et de la famille (famille élargie et grands-parents 21%) sont retenus par rapport aux signalements venant des mamans (62%). Les non-professionnels nous sollicitent très rarement pour des supervisions ou conseils (3%).

Les papas (36%), ainsi que la famille élargie (22%), (14% avec les grands-parents compris), sont plus facilement orientés vers le SAJ que les mamans (9%).

Nous pouvons imaginer que les situations renvoyées vers le SAJ sont peut-être des situations de séparation conflictuelle pour lesquelles les parents évoquent des allégations de maltraitance et la famille prend parfois partie pour un des deux parents. Les demandes des mamans peuvent également s'inscrire dans une séparation conflictuelle mais peut-être que, proportionnellement, il s'agit plus d'autres demandes (maltraitance sexuelle subie par un enfant,...).



## 8. Nombre de signalements retenus en fonction de la demande ou du type de maltraitance:

Suite donnée en fonction de la demande (Situations non retenues)		
	Supervision	Réorientation
NON PROFESSIONNELS	3,5%	15,5%
Mère		9,0%
Père		36,0%
Famille élargie		14,0%
SERVICES DE 1ère LIGNE	43,0%	11,5%

### 8.1. Demandes de supervision

Sur toutes les demandes que nous recevons, il y a 16% de demandes de supervision, ce qui correspond à un tiers des situations non-retenues. Les principaux demandeurs de supervision sont les services de première ligne, avec surtout le réseau scolaire et le réseau d'aide psychologique et sociale. La moitié ou plus (83% pour l'aide sociale) de leurs signalements sont des demandes de supervision. Comme signalé plus haut, les non-professionnels ne nous contactent que rarement pour une supervision.

En ce qui concerne les différentes formes de maltraitance, nous recevons entre 10 et 20% de demandes de supervision pour toutes les formes, sauf pour les enfants à risque (34%), et nous n'avons reçu aucune demande de supervision pour de la maltraitance psychologique. Nous devons toutefois rester extrêmement prudents dans l'interprétation de ces statistiques au vu de la petite taille des cellules.



## **8.2. Réorientations vers le SAJ**

Globalement, un tiers des situations réorientées le sont vers le SAJ.

En ce qui concerne les différentes formes de maltraitance, nous réorientons relativement peu de signalements pour les enfants à risque et de l'inadéquation éducative vers le SAJ. Toutefois, dans la maltraitance physique, le SAJ semble un interlocuteur privilégié, ainsi que dans les situations « autres », où probablement la maltraitance n'est pas décrite ou reconnue aussi clairement que dans d'autres situations.

Nous devons toutefois rester extrêmement prudents dans l'interprétation de ces statistiques, au vu de la petite taille des cellules.

## **8.3. Nombre de signalements retenus en fonction de la maltraitance**

Il faut une grande prudence dans l'interprétation des statistiques au vu des petits nombres.

Nous notons toutefois, que ce sont les situations de maltraitance physiques (34%) et l'inadéquation éducative (28%) que nous retenons le moins souvent.

Ceci correspond bien à notre ressenti clinique selon lequel, dans la plupart des situations de maltraitance physique, nous demandons que le SAJ puisse faire tiers étant donné qu'il s'agit de situations lourdes dans lesquelles les auteurs ne reconnaissent pas nécessairement, soit les faits, soit surtout la gravité et l'impact sur l'enfant.

## **I. Fréquence et objectifs des réunions d'équipe**

Chaque semaine nous avons notre grande réunion d'équipe le lundi après-midi.

Nous commençons par une réunion d'organisation au cours de laquelle les différentes informations sont échangées et communiquées à l'équipe. Nous utilisons également cette réunion pour préparer certaines réunions (nos réunions théoriques, nos rencontres avec d'autres services, les groupes de travail,...). Peuvent être débattus lors de ces réunions les projets d'équipe, les projets de formations, l'organisation quotidienne de l'équipe.

Ensuite, nous avons trois heures et demi de réunion clinique, avec une pause.

L'ordre du jour est prévu à l'avance. Tous les membres de l'équipe peuvent mettre des situations cliniques à l'ordre du jour. Ces réunions permettent de discuter de toutes les nouvelles demandes et du suivi des situations en cours.

Lors de ces réunions, nous abordons différentes situations. Nous commençons prioritairement par les signalements. Ensuite sont abordés les bilans. Il s'agit d'une synthèse de notre intervention avec une analyse de la situation dans tous ses aspects (cadre de l'intervention, aspects sociaux, médicaux, juridiques, psychologiques,...). A la fin du bilan, nous formulons des propositions concrètes pour les familles. Sont également discutées toutes les situations dans lesquelles les intervenants se sentent en difficulté ou dans une impasse. La réunion peut ainsi permettre de prendre du recul, d'introduire du tiers et d'ouvrir d'éventuelles autres hypothèses étiopathogéniques concernant la maltraitance subie et/ou agie dans la famille. Régulièrement nous réfléchissons aussi au setting proposé à la famille, aux indices de danger, au manque de collaboration, à une éventuelle clôture du dossier.

Les décisions sont prises de manière collégiale sur base d'importantes discussions où nous pesons le pour et le contre des décisions qui sont souvent difficile à prendre, vu que des solutions idéales n'existent que rarement. Nous devons nous efforcer de garder en tête la protection des enfants et en même temps l'importance du lien et de l'attachement, étant aussi conscients de la réalité du terrain, à savoir que les dispositifs de soins, de placement et d'accompagnement social et psychologique sont assez engorgés.

Dans les très rares cas où nous n'arrivons pas à un accord, il revient à la coordinatrice de trancher et de prendre la décision.

Le jeudi après-midi, pendant une heure, nous avons une réunion clinique d'approfondissement d'une situation en cours.

Nous remarquons toutefois que cette réunion est souvent utilisée pour traiter les situations que nous n'avons pas eu le temps d'aborder en réunion le lundi ou pour des questions urgentes auxquelles les intervenants peuvent être confrontés lors des permanences ou des suivis en cours. Ceci correspond bien à notre mode de fonctionnement dans la maltraitance dans lequel nous sommes régulièrement aspirés. L'urgence et l'évènementiel peuvent parfois nous empêcher d'aller en profondeur et hypothèquent le temps. Je pense toutefois, qu'il y aurait une utilité à maintenir l'idée d'une réunion où nous approfondissons davantage une situation clinique pour prendre le temps nécessaire de faire émerger de nouvelles hypothèses ou pistes de travail.

Peut-être que nous pourrions envisager une supervision de ces réunions de manière bimensuelle par un superviseur extérieur pour nous permettre d'aller encore plus loin dans notre réflexion.

Nous organisons également des réunions théoriques de deux heures toutes les six semaines. L'objectif de ces réunions est d'alimenter intellectuellement notre travail via la lecture d'ouvrages, via le retour des conférences ou séminaires de travail. Toutefois, je pense qu'il serait intéressant de réfléchir davantage à l'organisation de ces réunions au vu des multiples sujets que nous aurions envie d'aborder et que nous trouvons utile et intéressant de travailler et d'y réfléchir à un niveau plus théorique dans l'équipe. Le retour des formations ou des conférences reste un aspect qui, je pense, n'est pas suffisamment exploité.

Lors de l'année 2010 nous avons consacré nos réunions théoriques à la lecture de l'ouvrage de Stefano Cirillo, « Mauvais parents, comment leur venir en aide? » (*Editions Fabert*) et à la préparation des journées de formation avec lui. (*Cfr. les projets de l'équipe*).

## **II. Prise en charge des familles**

Dans la pratique, dans chaque situation, il y a toujours au moins un tandem, constitué d'une psychologue et d'une assistante sociale, qui intervient. Le tandem peut être complété par les autres membres de l'équipe. Ainsi, il est possible que notre médecin ou notre juriste rencontre les familles. Dans plusieurs situations, en général après la phase du bilan, notre éducatrice peut intervenir dans les familles avec des objectifs plus concrets.

Comme chaque année, notre secrétaire tient à jour mensuellement une liste de toutes les situations en cours avec les noms des enfants et des intervenants du dossier.

Nous nous posons la question de savoir si cette liste pourrait aussi avoir une utilité pour les nouveaux signalements qui sont toujours en cours de réflexion.

La liste nous permet d'avoir à la fois un outil pour trouver rapidement qui intervient dans quelle situation et pour comptabiliser grossièrement les prises en charge en cours par intervenant, et à la fois comme outil de travail pour chaque membre d'équipe comme listing des choses à faire ou à penser.



## 1. LES PRISES EN CHARGE :

### 1.1. Nouvelles/Anciennes :

		Signalements	Suite donnée aux signalements	Prises en charges
<b>2009</b>	Signalements <b>224</b>	Nouveaux : 182	En cours évaluation : 6	
		Resignalements : 42	Non retenus : 117 (52,2%)	
			Retenus : 101 (45,1%)	
	Non définis : 0			
				Poursuite d'une situation ancienne : 69
			<b>Total : 161</b>	
<b>2010</b>	Signalements <b>202</b>	Nouveaux : 172	En cours d'évaluation : 1	
		Resignalements :30	Non retenus : 113 (56%)	
			Retenus : 88 (44%)	
				Poursuite d'une situation ancienne : 98
				<b>Total : 192</b>

En comparant les tableaux, nous constatons une légère diminution des signalements et du nombre des situations retenues. Toutefois, beaucoup d'anciennes situations de 2009 restent en cours. Ce qui signifie que nous avons une moitié des situations dont nous nous occupons qui sont des nouvelles et une moitié des anciennes.

Effectivement, les situations que nous prenons en charge dans notre équipe sont très souvent très lourdes, avec des multiples problématiques, et nous demandent un investissement très important. Même si nous débutons (presque) toujours par une phase de bilan ou d'exploration de la situation, souvent le travail ne s'arrête pas nécessairement juste après ce premier temps. La phase d'exploration, pendant laquelle nous ne souhaitons pas nous mettre dans une position d'expert, mais où nous partons des inquiétudes des signaleurs, et de là où la famille se situe, permet, dans certaines situations malgré parfois les confrontations, de tisser un lien entre la famille et nous et d'instaurer une relation de confiance, ce qui est un outil important pour mener jusqu'au bout un travail thérapeutique.

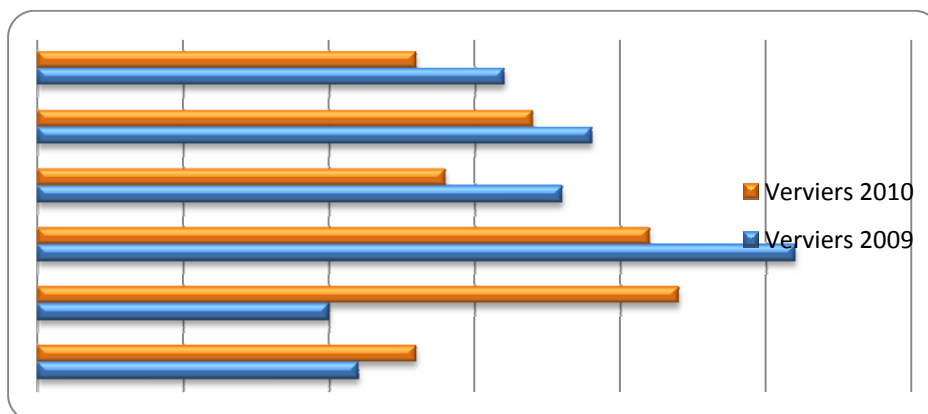
Les situations dont nous nous occupons ne sont que rarement « sauvées » dans un délai plus court qu'un an. Je pense que c'est pourquoi, chaque année, nous avons toujours un bon nombre de situations en cours de l'année précédente.

Nous sommes conscients que cela pourrait hypothéquer notre capacité à prendre de nouvelles situations en charge mais nous pouvons difficilement concevoir que notre travail s'arrêterait après le premier temps de l'évaluation. Comme le dit Cirillo, c'est quand on a pu tester avec les parents leurs capacités à se mobiliser qu'un réel travail thérapeutique peut commencer avec les thérapeutes avec lesquels ils se sont déjà engagés dans une réflexion ou élaboration.

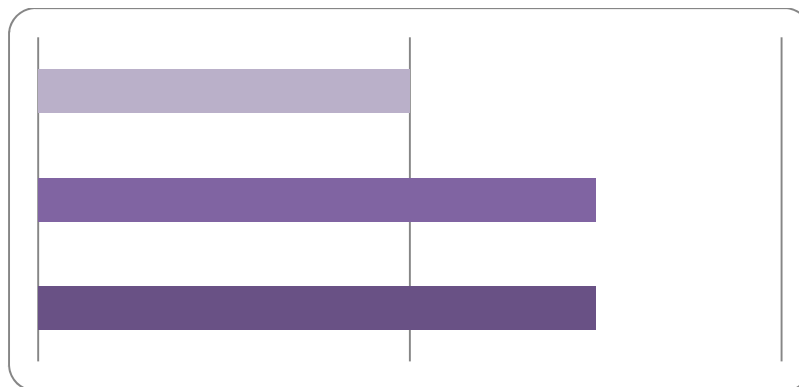
Nous restons toutefois vigilants de ne pas garder des dossiers ad vitam aeternam. Nous sommes attentifs à tisser des liens importants avec le réseau psychosocial et médical dans le but d'envisager des relais à moyen terme.

## 1.2. Age des enfants pris en charge (nouvelles prises en charge)

	Verviers 2009	Verviers 2010
0 à 2 ans	11%	<b>13,0%</b>
3 à 5ans	10%	<b>22,0%</b>
6 à 8 ans	26%	<b>21,0%</b>
9 à 11 ans	18%	<b>14,0%</b>
12 à 14 ans	19%	<b>17,0%</b>
Plus de 15 ans	16%	<b>13,0%</b>
	100%	100%

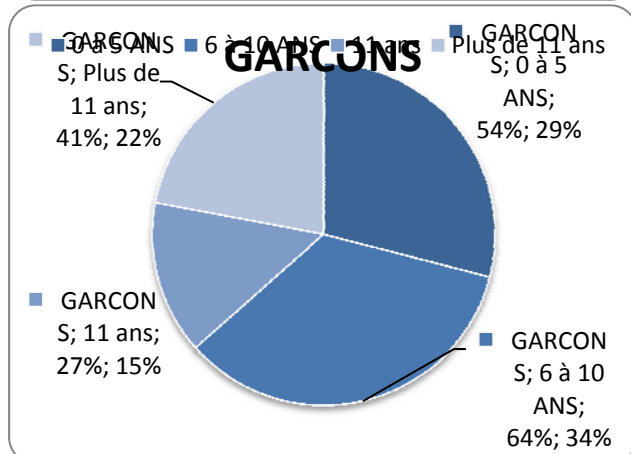
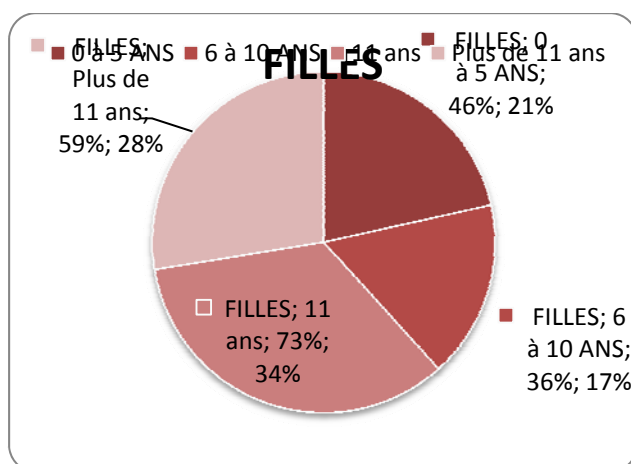


Nous constatons une augmentation importante des prises en charge des enfants entre 0 et 5 ans. A la fois, le nombre d'enfants entre 0 et 2 ans a augmenté modestement et à la fois, il y a une augmentation plus importante du groupe d'enfants de 3 à 5 ans. Un tiers des situations prises en charge concerne donc les petits enfants. Cette augmentation a entraîné des répercussions, surtout dans le groupe des 6 – 11 ans. Le groupe d'enfants en période de latence (entre 6 et 11 ans) connaît donc une importante diminution. Du coup, le groupe qui, avant constituait la majorité avec ses 40%, laisse de la place au groupe des petits. Le groupe des adolescents et préadolescents diminue un peu. Nous trouvons donc une répartition plus homogène des différentes tranches d'âge.



Nous voyons que le groupe des petits enfants est en expansion et nous nous sentons parfois un peu moins à l'aise dans l'évaluation des tous petits. Il serait donc intéressant que nous puissions nous pencher sur des outils dans la prise en charge des petits enfants, surtout quand ils n'ont pas encore accès à une verbalisation.

### 1.3. Sexe des enfants pris en charge



Quand nous analysons le sexe des enfants pris en charge, nous constatons qu'il n'y a pas de prévalence de garçons ni de filles dans nos prises en charge. La moitié des enfants sont du sexe masculin, et donc l'autre moitié du sexe féminin. Quand nous regardons le sexe en fonction de l'âge, nous remarquons (très prudemment) que la distribution n'est pas si homogène, sauf pour les petits enfants. Effectivement, dans ce groupe, il y a 46% de filles et

54% de garçons. Pour la tranche d'âge de 6 à 10 ans, en période de latence, il y a une majorité (64%) de garçons. Dans le groupe de 11ans il y a 73% de filles et 27% de garçons. Dans le groupe des préados et adolescents (> 12 ans), il y a une majorité de filles (59%).

Donc, pour le groupe des filles, la majorité des enfants pris en charge sont des adolescentes et, pour les garçons, la majorité sont des enfants en période de latence. Toutefois, nous devons rester très prudents au niveau statistique vu le petit nombre de nos cellules.

#### 1.4. Type de maltraitance sur les enfants pris en charge

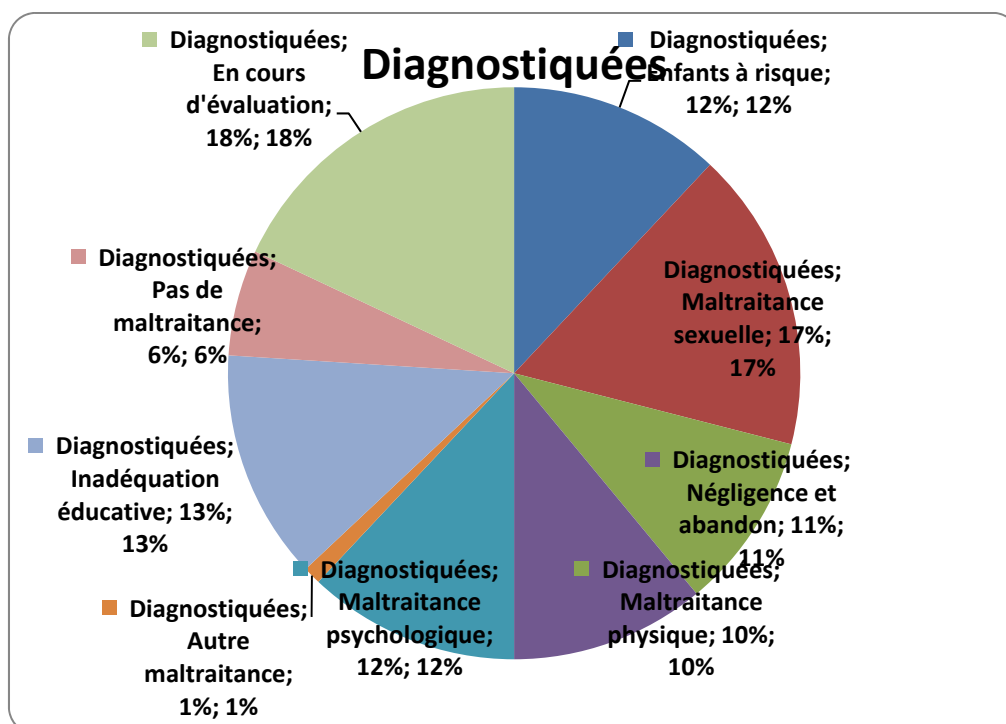
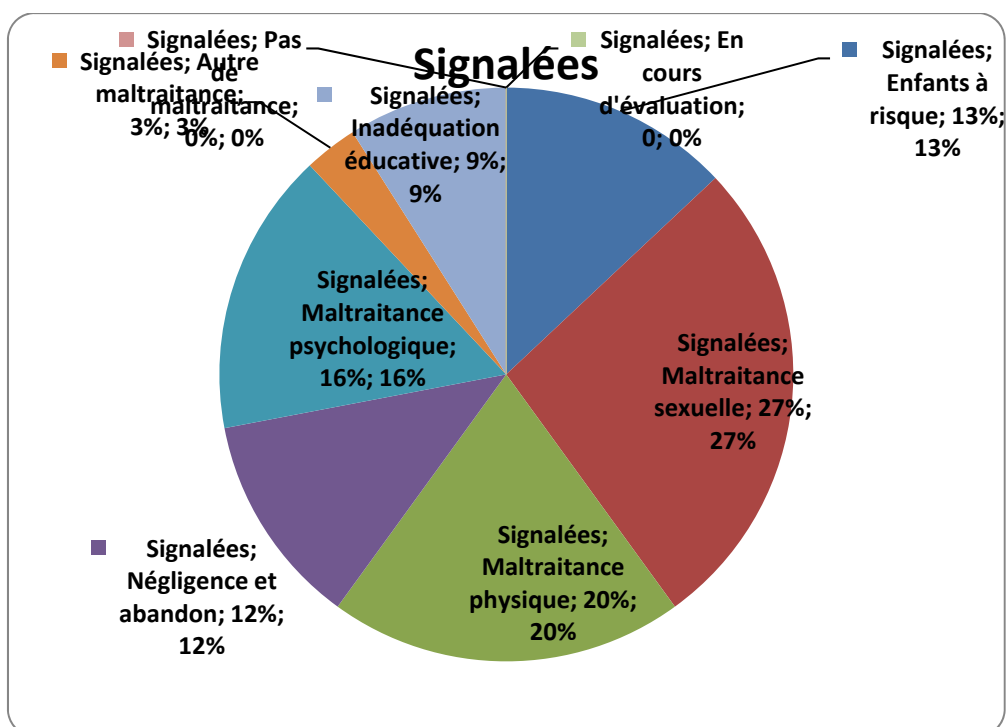
	SIGNALEES			DIAGNOSTIQUEES		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Enfants à risque	12%	17%	<b>13%</b>	4%	11%	<b>12%</b>
Maltraitance sexuelle	29%	28%	<b>27%</b>	31%	20%	<b>17%</b>
Maltraitance physique	19%	14%	<b>20%</b>	3%	8%	<b>10%</b>
Négligence grave et abandon	13%	18%	<b>12%</b>	11%	11%	<b>11%</b>
Maltraitance psychologique	16%	15%	<b>16%</b>	15%	12%	<b>12%</b>
Autre maltraitance	6%	2%	<b>3%</b>	0%	0%	<b>1%</b>
Pas de maltraitance	0%	0%	<b>0%</b>	5%	6%	<b>6%</b>
Inadéquation éducative	5%	6%	<b>9%</b>	22%	20%	<b>13%</b>
En cours d'évaluation				9%	12%	<b>18%</b>
<i>Total</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>

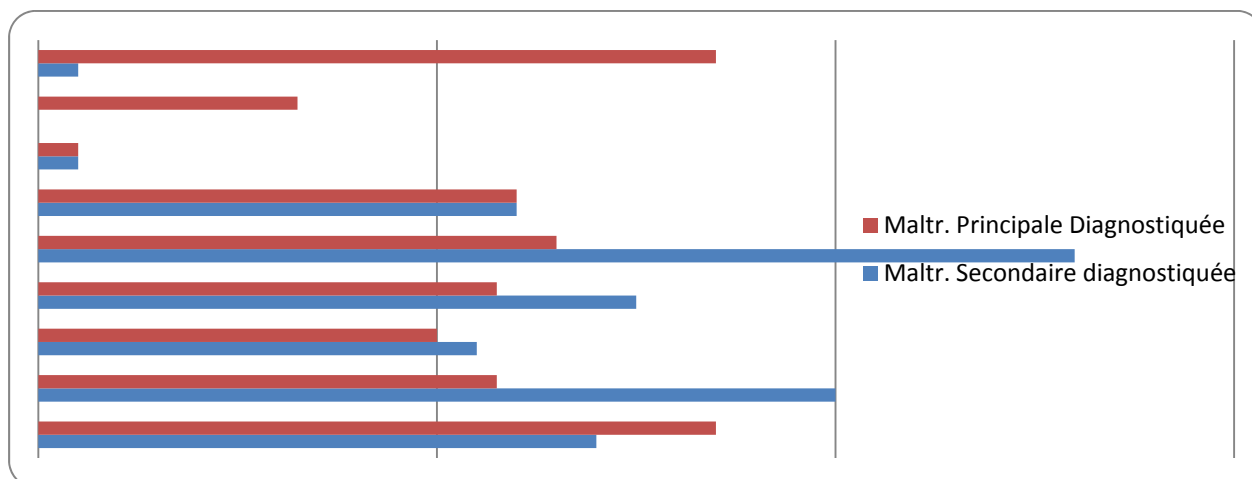
Dans les diagnostics de maltraitance, nous pouvons faire plusieurs observations. Par rapport à l'année 2009, nous notons que les pourcentages restent sensiblement les mêmes, sauf pour l'inadéquation éducative qui a fortement diminué. Peut-être que nous avons choisi de retenir moins ce diagnostic, vu que c'est une catégorie un peu « fourre-tout ». Suite à des discussions avec l'ONE et au CCEM avec les autres équipes, il a été prévu de supprimer cette catégorie pour l'année 2011. Peut-être que nous avons donc déjà été sensibilisés à ce changement. Dans ce sens, nous voyons que la catégorie des enfants à risque a proportionnellement augmenté. Des 13% des signalements, nous posons le diagnostic pour 12% en 2010 (différence de 1%), par rapport à 17% des situations d'enfants à risque signalées, pour 11% de diagnostics retenus en 2009 (différence de 6%).

Chaque année, nous pouvons constater un écart de plus ou moins 10% entre les signalements de maltraitance sexuelle et leur diagnostic. Pour la maltraitance physique, nous notons également une différence de moitié entre les signalements et les diagnostics. Cette année également, nous observons le même phénomène.

La difficulté dans l'interprétation de ces chiffres réside dans le fait qu'il s'agit, dans le tableau des maltraitements signalés, du total des signalements et non pas seulement des signalements des situations retenues.

En 2010, nous observons que 18% des diagnostics sont toujours en cours. Nous pouvons difficilement imaginer qu'actuellement nous n'avons pas encore posé de diagnostic et nous pensons donc qu'il s'agit d'un problème d'encodage.





Quand nous différencions le total des maltraitements des maltraitements principaux, nous pouvons constater que plus de la moitié des enfants ont un deuxième diagnostic de maltraitance.

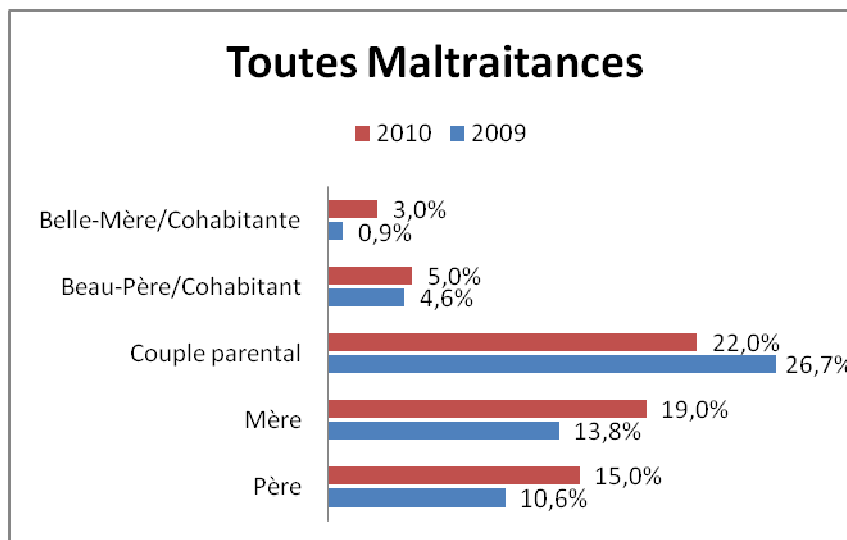
Comme deuxième diagnostic de maltraitance, nous retenons surtout la maltraitance psychologique et l'inadéquation éducative.

Quand nous regardons toutes les maltraitements nous notons que plus d'un quart des enfants ont un diagnostic d'inadéquation éducative et un quart un diagnostic de maltraitance sexuelle.

### 1.5. Les auteurs de maltraitance

Auteurs Diagnostiqués	Verviers 2009	Verviers 2010	
		Toutes maltraitements	Maltraitance principale
Père	10,6%	15,0%	15,0%
Mère	13,8%	19,0%	19,0%
Couple parental	26,7%	22,0%	22,0%
En cours d'investigation	13,8%	13,0%	17,0%
Beau-Père/Cohabitant	4,6%	5,0%	1,5%
Membre de la famille élargie	9,1%	7,0%	8,0%
Sans objet (pas de maltraitance)	6,8%	5,0%	6,0%
Auteur mineur	2,8%	2,0%	2,0%
Fratrie	2,7%	3,0%	3,0%
Ami de la famille/voisinage	1,8%	2,0%	2,5%
Ami de la victime/autre mineur	1,8%	1,0%	1,0%
Autre extra-familial	2,3%	1,5%	1,0%
Inconnu/non identifié	1,8%	1,0%	1,0%
Belle-Mère/Cohabitante	0,9%	3,0%	0,0%

Professionnel d'une institution	0,5%	0,5%	1,0%
<i>Total</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,00%</i>	<i>100,00%</i>



Si nous regardons les auteurs de toutes les maltraitemances diagnostiquées, nous notons que les auteurs diagnostiqués restent principalement les parents, avec une augmentation tant de la catégorie des pères que celle des mères, mais accompagnée d'une diminution du couple parental. Nous constatons que 56% des auteurs de la maltraitemance sont les parents. Si, à ce chiffre, nous cumulons les beaux-parents, nous arrivons à 64%, donc deux tiers des auteurs sont des figures (ou substituts) parentales.

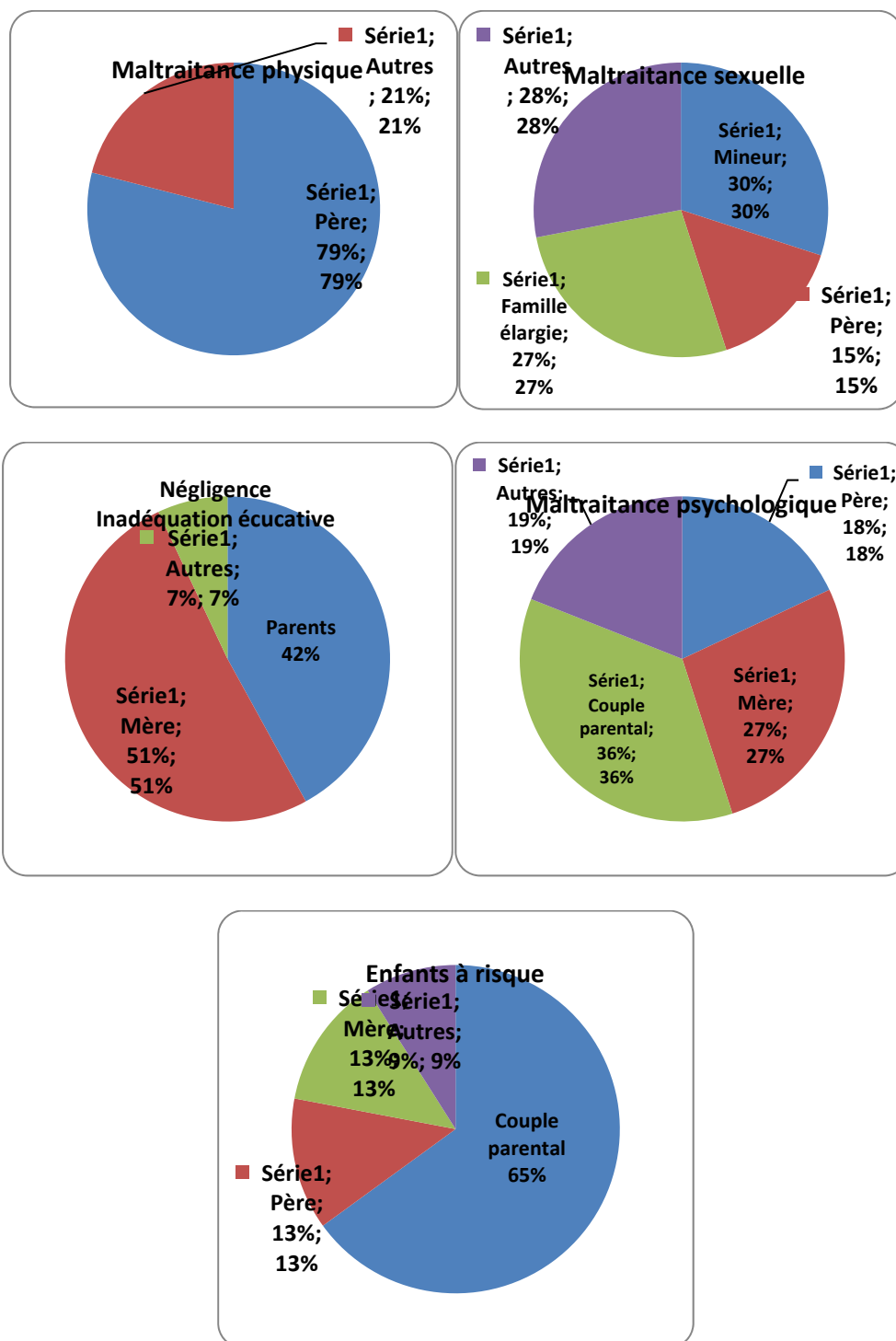
Est-ce que l'augmentation des pères et mères, au détriment du couple parental, signifierait que dans les familles, il y a plutôt un des deux parents qui est pointé du doigt comme auteur de la maltraitemance ?

Les chiffres de la diminution des gardes alternées correspondraient à la diminution d'une maltraitemance psychologique liée à une séparation parentale conflictuelle où les deux parents sont retenus comme auteurs de la maltraitemance. Toutefois, nous pensons souvent que la maltraitemance intrafamiliale est la résultante d'un dysfonctionnement familial qui concerne tout le système. Il serait donc simpliste de pointer qu'un dysfonctionnement individuel soit à lui seul responsable de la maltraitemance agie sur l'enfant. Néanmoins, ce cas de figure peut être le cas dans des graves troubles de la personnalité des parents.

Si nous pensons dans une situation que chaque parent participe à sa façon à la maltraitemance subie par l'enfant, nous n'encodons pas pour autant comme auteur le couple parental. Effectivement, il est bien probable que nous encodons des formes de maltraitemance différentes pour les parents. Par exemple, nous pouvons avoir une situation d'un papa qui frappe son enfant et d'une maman qui n'est pas protectrice. Dans ce cas nous encoderons une maltraitemance physique pour le papa et un deuxième diagnostic de négligence pour la maman.

Si nous comparons le nombre d'auteurs au total pour toutes les maltraitemances ou uniquement pour la maltraitemance principale, nous voyons les mêmes proportions. Nous relevons toutefois, qu'il n'y a pas de diagnostic de maltraitemance principale ayant pour auteur un beau-parent. Néanmoins, dans l'ensemble des diagnostics de maltraitemance, nous trouvons 5% des beaux-pères et 3% des belles-mères comme auteurs de maltraitemance, ce qui voudrait dire que ces derniers seraient auteurs d'une maltraitemance secondaire diagnostiquée.





Quand nous analysons les auteurs en fonction des diagnostics posés, nous notons que les auteurs de la maltraitance physique sont pour près de 80% les pères. Dans la maltraitance sexuelle, nous constatons que 30% des auteurs sont des mineurs (fratrie et mineurs), que pour 15% il s'agit des papas et pour 27% d'un membre de la famille élargie. Dans la maltraitance psychologique, plus de 80% des auteurs sont les parents. Dans la négligence grave et l'inadéquation éducative, ce sont principalement les mamans (51%) et les couples parentaux (42%) qui sont les auteurs. Dans la catégorie des enfants à risque, les auteurs sont majoritairement (dans 65%) les couples parentaux.



## 1.6. Les atteintes principales observées sur l'enfant

<b>ANNEE 2010</b>	
<b>Atteintes principales physiques observées</b>	
Grossesse	0,52%
Ecchymose, hématome	4,69%
Failure to thrive	0,52%
Coupure, blessure	1,69%
Brûlure	0,52%
Lésions anales/vaginales	0,52%
<b>Total</b>	<b>8,46%</b>
<b>Atteintes psychologiques observées</b>	
Pas d'atteinte observée	16,67%
Problèmes d'apprentissage	8,85%
Colère(s)	4,69%
Comportement violent sur les personnes	4,69%
Repli sur soi/ inhibition sévère	5,74%
Angoisse, agitation anxieuse	9,90%
Comportement pseudo-adulte	8,85%
Retard psychomoteur	3,13%
Sexualisation du comportement	5,73%
Troubles alimentaires	2,08%
Troubles du sommeil	2,60%
Sentiment de dévalorisation	3,13%
Problèmes de langage	3,65%
Fugues	2,08%
Autre problème de comportement	0,00%
Handicap mental	1,04%
Syndrôme caractérisé de stress post-traumatique	1,69%
Syndrôme ADHD (hyperkinétique) caractérisé	1,69%
Tentative de suicide	0,00%
Autre problème de développement	1,69%
Enurésie, encoprésie	0,52%
Douleurs diffuses	0,52%
Dépression	1,04%
Autre problème psychosomatique	0,52%
Troubles dissociatifs, psychotiques	0,52%
Dysharmonie évolutive	0,52%
<b>Total</b>	<b>91,54%</b>

On peut noter que le choix d'une atteinte principale sur l'enfant est bien difficile car les critères sur lesquels se baser ne sont pas définis clairement. Par ailleurs, si les atteintes physiques sont soignées, elles laissent souvent (sauf lésions irréversibles) des atteintes psychologiques importantes et handicapantes qui sont alors notées comme atteintes principales. Effectivement, les enfants que nous rencontrons ont souvent des difficultés dans leur développement psychomoteur, langagier, cognitif, psycho-sexuel, psychoaffectif, et/ou social. Présumer un lien de causalité primaire serait toutefois dangereux et ne tiendrait pas compte du fait que tout symptôme ou toute psychopathologie est multifactorielle.

Quand, prudemment, nous comparons les atteintes de l'année 2009 à 2010, nous constatons que nous restons fortement dans les mêmes proportions. Une petite dizaine d'atteintes seulement sont physique et toutes les autres sont des atteintes psychologiques.

Vu la petite taille des cellules (maximum 4 atteintes par cellule), nous avons choisi de ne pas analyser les atteintes croisées avec le diagnostic réalisé. La validation scientifique de cette analyse nous semble trop hasardeuse. Le recours aux chiffres des autres équipes, ainsi que le recours à un groupe témoin (prévalence des symptômes psychologiques dans la population générale) auraient, nous semble-t-il, tout son sens pour pouvoir réfléchir à des hypothèses éventuelles. Toutefois, nous relevons quelques chiffres du tableau pour y réfléchir avec les autres équipes et pour pouvoir éventuellement les comparer aux années à venir. Nous notons dans la maltraitance physique que l'atteinte la plus représentée est l'atteinte « comportements violents sur les personnes » (26%).

Dans la maltraitance psychologique, les atteintes principales observées plus fréquemment sont

l'angoisse, l'agitation anxieuse (15%) et le repli sur soi - inhibition sévère (15%). Dans la négligence grave, c'est le comportement pseudo-adulte qui est plus présent (21%) et dans l'inadéquation éducative ce sont les troubles d'apprentissage (37%). Dans la catégorie des enfants à risque, avec conflits ou violence dans le couple des parents, nous notons surtout la colère et l'inhibition - repli sur soi.

### 1.7. Entourage de l'enfant :

	2008	2009	2010
<b>2 parents biologiques</b>	27%	34%	<b>25%</b>
<b>Mère + cohabitant</b>	17%	19%	<b>19%</b>
<b>Père + cohabitante</b>	1%	4%	<b>6%</b>
<b>Seul en famille élargie</b>	3%	4%	<b>4%</b>
<b>Famille d'accueil</b>	1%	1%	<b>5%</b>
<b>Garde alternée</b>	6%	6%	<b>3%</b>
<b>Père seul</b>	9%	1%	<b>3%</b>
<b>Mère seule</b>	21%	24%	<b>24%</b>
<b>Père en famille élargie</b>			<b>1%</b>
<b>Mère en famille élargie</b>	1%	1%	<b>2%</b>
<b>Institution</b>	6%	4%	<b>6%</b>
<b>Indéterminé</b>	8%	2%	<b>1%</b>
<b>Parents adoptifs</b>			<b>1%</b>
<i>Total</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>

Globalement, les proportions restent inchangées. Nous notons une diminution des enfants qui habitent avec leurs deux parents biologiques et, dans le même temps, une petite diminution des enfants en garde alternée. Alors que la loi prévoit actuellement plutôt un hébergement et une garde alternée dans les cas de séparation et que le groupe d'enfants vivant avec leurs deux parents diminue, il n'y a pas d'augmentation des gardes alternées. Est-ce que la garde alternée protégerait les enfants d'une maltraitance? Peut-être que nous pouvons imaginer que, pour réussir une garde alternée, il faut que la relation entre les deux parents ne soit pas trop conflictuelle pour pouvoir continuer à se mettre d'accord dans l'intérêt de l'enfant.

Par ailleurs, nous nous sommes souvent interrogés sur la question de la garde alternée pour des situations de séparation conflictuelle. L'enfant nous semble encore davantage ballotté

entre les parents qui se déchirent et se trouve ainsi souvent dans un conflit de loyauté majeur et destructeur.

Il y a par contre une augmentation des enfants en famille d'accueil. Ceci ne veut toutefois pas dire qu'il y a plus de maltraitance chez des enfants en famille d'accueil. Nous pouvons envisager l'hypothèse que certains enfants, quand ils arrivent dans notre service, ont déjà été protégés dans une famille d'accueil avant d'entamer le bilan.

Nous constatons aussi une minime augmentation des enfants en institution ou chez leur papa, seul ou avec une compagne.

### 1.8. Lieux de survenance de la maltraitance :

	2008	2009	2010
<b>Dans son lieu de vie habituel</b>	67,48%	62,5%	<b>59,69%</b>
<b>Lors des droits de visite</b>	3,07%	3,0%	<b>6,28%</b>
<b>En famille élargie</b>	4,91%	5,3%	<b>4,19%</b>
<b>Chez un extrafamilial connu</b>	2,45%	1,2%	<b>2,09%</b>
<b>En institution</b>	2,45%		<b>1,05%</b>
<b>Autre</b>	3,68%	3,0%	<b>5,76%</b>
<b>Inconnu</b>	15,95%	25,0%	<b>20,94%</b>

Au niveau du lieu de survenance de la maltraitance, nous notons qu'il y a une prévalence plus importante de la maltraitance dans le milieu de vie de l'enfant. Effectivement, il est souvent difficile, mais important, d'accompagner ces familles dans une ouverture vers l'extérieur. Par déni ou loyauté inconsciente à leur modèle familial d'origine, ces familles voient le danger pour leurs enfants à l'extérieur de la famille alors que leur fermeture participe à l'émergence des violences intrafamiliales.

Nous notons toutefois une modeste augmentation des moments de droits de visite, en parallèle avec une petite diminution du lieu de vie habituel pour lequel nous voyons une petite tendance à une diminution depuis quelques années.

Peut-être que les situations de séparation parentale, devenant plus nombreuses, vont redistribuer les lieux de survenance de la maltraitance autrement. Nous notons dans l'entourage de l'enfant une diminution de 3% des gardes alternées et une augmentation de 3% du lieu des droits de visite comme lieu de survenance de la maltraitance.

### 1.9. Facteurs psychopathologiques associés à la maltraitance :

Il faut noter qu'à ce niveau il est possible d'encoder plusieurs facteurs de vulnérabilité pour un seul enfant, ce qui porte le total de facteurs encodés à 1.660 pour 192 enfants. Les chiffres ci-dessous représentent donc le pourcentage d'enfants pour lesquels a été encodé le facteur de vulnérabilité.

Facteurs de vulnérabilité relatifs au couple	2009	2010
Problèmes relationnels dans le couple	69%	42%
Séparation du couple	71%	44%
Violence dans le couple	34%	35%
Facteurs de vulnérabilité relatifs aux parents		
Antécédents de mauvais traitements, de placement	60%	45%
Immaturité d'un ou deux parents	42%	37%
Instabilité parentale, de l'humeur	36%	33%
Isolement social	61%	41%
Mère abusée	44%	34%
Parents à troubles psychiatriques	35%	30%
Parents pas assez concernés par l'enfant	48%	30%
Perte de contrôle (violence) d'un des parents	41%	40%
Refus des parents des propositions de soins	20%	13%
Situation économique très précaire	70%	54%
Mauvaise collaboration, fermeture des parents	24%	26%
Facteurs de vulnérabilité relatifs à l'enfant		
Antécédent personnel de maltraitance	41%	31%
Hospitalisations répétées	12%	5%
Troubles du comportement	18%	12%
Autres facteurs de vulnérabilité		11%
Facteurs de vulnérabilité relatifs à la fratrie		
Antécédents de maltraitance	36%	32%
Placement de la fratrie	17%	16%

### 1.10. Facteurs relatifs au couple et aux parents :

Les chiffres concernent les enfants et donc ne reflètent pas le nombre de parents concernés ou le nombre d'enfants différents dans une même fratrie avec les mêmes parents qui comptent chacun et augmentent le nombre. Nous constatons une baisse du nombre de facteurs de vulnérabilité en général. La plupart des catégories ont fortement diminué. Avons-nous été moins rigoureux ou plus tolérants lors de l'encodage ?

Nous pouvons constater que, dans le chef des enfants, la moitié des enfants ont toujours des parents avec une histoire de séparation qui les fragilise. 35% des enfants ont des parents qui vivent ou ont vécu de la violence dans leur couple. Alors que la plupart des chiffres ont baissé, nous notons une augmentation relative de la violence dans le couple.

Plus de la moitié des enfants ont des parents en situation socio-économique très précaire et près de la moitié ont des parents isolés socialement. Par rapport à l'année précédente, il y a donc une diminution importante qui ne correspond pas à notre intuition clinique. Toutefois, il s'agit toujours de la majorité des enfants qui sont pris en charge dans notre service.

En ce qui concerne le fonctionnement psychique des parents, près de la moitié (45%) des enfants ont des parents qui ont eux-mêmes une histoire de maltraitance et plus d'un tiers ont des mamans qui ont été abusées. Un tiers des enfants ont des parents qui ont une instabilité de l'humeur et un tiers ont des parents qui souffrent d'un trouble psychiatrique. Alors que la plupart des chiffres ont baissé, nous gardons plus ou moins les mêmes pourcentages pour l'instabilité, l'immaturation et les troubles psychiatriques. Le nombre d'enfants avec des parents qui perdent rapidement le contrôle est aussi resté stable. Le nombre d'enfants avec des parents dans une mauvaise collaboration et/ou qui se montrent hostiles est resté également inchangé.

Est-ce que cela correspondrait à une augmentation (relative) de ces paramètres ?

### **1.11. Facteurs relatifs aux enfants :**

Nous relevons le nombre important (31%) d'antécédents personnels de maltraitance, ce qui voudrait dire qu'un tiers des enfants, quand ils arrivent dans l'équipe SOS, ont déjà vécu des épisodes de maltraitance antérieurement. Un huitième des enfants ont des problèmes de comportement et un autre huitième ont d'autres facteurs de vulnérabilité. Il semblerait donc intéressant de sensibiliser les pédiatres hospitaliers et les médecins traitants (interlocuteurs privilégiés pour les parents qui se soucient de leurs enfants) à la prévention de la maltraitance en attirant leur attention sur les mécanismes à l'origine de la maltraitance. Très souvent, nous avons pu entendre que les parents se sont adressés à des professionnels pour chercher de l'aide pour leur enfant qu'ils trouvaient trop irritable, trop agité,... et ces parents se sont rarement sentis entendus dans leurs difficultés avec leur enfant.

Trop souvent, dans une attitude de banalisation, de dédramatisation, pour rassurer et encourager les parents avec de bonnes intentions, les professionnels de santé peuvent passer à côté d'un premier cri d'alerte : le premier message selon lequel, dans la relation avec son enfant, le parent se sent en difficulté. Il est primordial de pouvoir « entendre », non pas pour étiqueter les parents de bons ou mauvais, mais pour les accompagner dans leur réflexion, pour les aider dans la création ou le maintien du lien avec leur enfant.

Il est évident que, dès son plus jeune âge, l'enfant interagit avec le parent, que la relation se construit (même déjà in utero) et que « ce tricotage du lien » est essentiel au bon développement psychoaffectif de l'enfant.