

Bulletin d'Informations de l'Action Enfance Maltraîtée

DIREM n°53

Janvier – Février 2003

Numéro spécial :

Actes du colloque organisé par l'ONE à Bruxelles
le 19 décembre 2002 :
« Action Enfance Maltraîtée :
25 ans d'expérience des équipes SOS Enfants.
Et demain... »

Coordination :

Service SOS Enfants de l'ONE,
Chaussée de Charleroi, 95,
1060 Bruxelles
Tél. 32 (0)2 542.14.10
e-mail : dominique.jungers@one.be
site internet : <http://www.one.be>
D/2003/7480/3



Editorial -----	3
Discours introductif (Georges Bovy) -----	5
Le mot de la Fédération des Services SOS Enfants -----	8
Alerter ? Analyser ? Convaincre ? L'apport des données statistiques des équipes SOS Enfants (Marc Gérard)-----	13
Finalités et modèles de clinique dans les équipes « dites » spécialisées dans les situations de maltraitance (Emmanuel de Becker)-----	17
La prévention : facteur de changement dans la dynamique du lien (Dominique Humblet et Marie-Claire Moryoussef)-----	27
Regard français sur les équipes SOS Enfants, à partir d'une perspective européenne (Alain Grevot) -----	36
Synthèse des ateliers-----	47
Discours de clôture (Nicole Maréchal)-----	58

Note de la rédaction : la responsabilité des articles incombe à leur auteur.

Éditorial

Vingt-cinq ans après la création des équipes SOS-Enfants, le Décret de la Communauté française du 17 juillet 2002 portant réforme de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.) a confié officiellement à l'Office, parmi d'autres missions importantes, celle d'assurer le suivi des Équipes SOS Enfants.

Se réjouissant que cette mission qu'il exerce dans les faits depuis 1979 lui soit attribuée de manière officielle à l'occasion de la publication de ce Décret, l'O.N.E. a organisé, le 19 décembre 2002, un important colloque de synthèse et de réflexion afin de souligner l'importance du travail effectué par les Équipes SOS Enfants et de préparer l'avenir.

Introduit par le discours du nouveau Président de l'ONE, Mr Georges BOVY, le colloque s'est décliné en deux parties.

Durant la matinée, plusieurs orateurs se sont succédés à la tribune.

Maître Marc PREUMONT, avocat et président de la Commission Permanente de l'Enfance Maltraitée, le Docteur Marc GERARD, pédopsychiatre, coordinateur du Centre SOS Enfants de l'ULB, président du Collège des Coordinateurs en Enfance Maltraitée, le Docteur Emmanuel de BECKER, pédopsychiatre, coordinateur de l'Équipe SOS Enfants-Famille des Cliniques Universitaires Saint-Luc, Madame Marie-Claire MORYOUSSEF, psychologue, et Madame Dominique HUMBLET, travailleuse médico-sociale de l'ONE de l'Équipe SOS Enfants anténatale ULg (APALEM) ont abordé, chacun à leur tour, diverses facettes de leurs préoccupations professionnelles ou commenté le résultat d'études faites sur le terrain.

La matinée s'est conclue avec l'intervention de Mr Alain GREVOT, directeur des services de protection judiciaire des mineurs en France, qui a voulu faire connaître à son auditoire toute l'admiration que suscitait en France la structuration de la prise en charge des cas de maltraitance au départ d'équipes pluridisciplinaires. Non seulement parce qu'elles sont l'un des outils les mieux conçus pour aborder ces questions infiniment délicates, a insisté l'orateur, mais aussi parce qu'elles sont capables de fonctionner avec des moyens financiers extrêmement réduits selon les critères français.

Cette dernière remarque fut accueillie d'autant plus favorablement par les personnes présentes que peu de temps auparavant, la Fédération des Services SOS Enfants ASBL, par la voix de son Président, Maître Bernard PARMENTIER, avait tenu à manifester son mécontentement devant les conditions de travail imposées aux équipes et l'absence d'arrêtés d'exécution régulant leurs activités !

Les Ateliers de l'après-midi visaient un autre enjeu : il s'agissait cette fois d'attirer l'attention sur quelques thèmes prioritaires, voire même parfois conflictuels et d'échanger à leur propos, en mettant en présence les principaux acteurs de l'intervention sociale, les politiques concernés et le public présent au colloque.

C'est ainsi que l'atelier "Les équipes et la famille" a pu bénéficier de la présence à titre de "modératrice" de Madame Marie-José LALOY, sénatrice et ancienne présidente de l'ONE, tandis que le groupe "Les équipes et l'école" accueillait Monsieur Luc TIBERGHIEU, député Communauté française pour y jouer le même rôle.

L'atelier "Les équipes et le médecin" était pour sa part animé par Monsieur Alain DESTEXHE, sénateur, l'atelier "les équipes et la justice" par Monsieur ONGENA, remplaçant Philippe MONFILS, sénateur, et enfin, l'atelier "Les équipes et le SAJ" bénéficiait du concours de Madame Anne-Marie CORBISIER, députée de la Communauté française. Les échanges, les interventions et les grandes pistes dégagées lors de ces divers ateliers ont été synthétisés par leur rapporteur respectif.

Ces synthèses ont ensuite été transmises à la Ministre responsable du secteur, Madame Nicole Maréchal, en présence des responsables de l'ONE et de la journaliste Katrien BRAHY qui se chargeait de relayer les questions du public, majoritairement composé de professionnels du secteur.

Les actes du colloque font l'objet de ce numéro du DIRem. Chacun pourra les lire avec toute l'attention qu'ils méritent. L'intérêt de ces communications nous renforce dans l'idée que le secteur de la prévention et de la prise en charge de la maltraitance en Communauté française non seulement a eu le souci constant d'affiner ses pratiques mais encore a su faire le lien entre avancées théoriques et mises en application. A ce titre, il constitue un exemple pour l'ensemble des secteurs psycho-médico-social et judiciaire.

Le Colloque fut un événement particulier dans la vie de tous ceux qui s'intéressent à la prévention de la maltraitance. Il constitue un de ces moments précieux après lesquels rien n'est plus comme avant.

Les organisateurs du Colloque.

Discours introductif

Georges BOVY¹

Les organisateurs de ce colloque sur l'enfance maltraitée m'ont confié la partie la plus agréable du programme, celle qui consiste à vous dire combien nous sommes heureux et honorés de votre présence ici, en ce jour qui est un jour de fête, un jour d'hommage, un jour de réflexion.

Un jour de fête :

Nous célébrons, en effet, aujourd'hui la mise en place par l'ONE d'une Action Enfance Maltraitée. C'était, à l'époque, une action novatrice, originale et courageuse. Si la douloureuse réalité de l'enfance maltraitée existait évidemment déjà, on en parlait peu !

Un jour d'hommage :

Hommage de l'ONE aux membres des équipes et à tous ceux qui ont œuvré dans ce secteur depuis 25 ans, qui ont œuvré avec dévouement, détermination et humilité, dans des conditions matérielles souvent très difficiles sur lesquelles je reviendrai. Vous tous qui êtes présents ce jour, et particulièrement à vous qui représentez de manière éminente le monde politique, pour vous associer à cet hommage, je ne peux que vous remercier du fond du cœur.

Un jour de réflexion :

La maltraitance des enfants est un phénomène qui ne s'amplifie pas nécessairement, mais qu'à tout le moins on connaît de mieux en mieux, parce que l'on ose l'aborder d'une manière de plus en plus consciente et effective. Dès lors, quelles sont les actions à développer et à mettre en œuvre pour l'avenir, quels sont les moyens nécessaires ?

Ce jour doit, enfin, marquer un nouveau départ, essentiellement parce que le décret organique de l'ONE du 17 juillet 2002 situe désormais clairement les équipes SOS Enfants dans l'ensemble des missions confiées à l'Office. C'est une décision dont il faut, je crois, se réjouir avant tout pour les équipes qui sont désormais statutairement intégrées et stabilisées au sein d'un organisme chargé de tout ce qui concerne la santé physique et mentale et – oserais-je le mot ? – le bonheur de l'enfant.

L'efficacité de leur action ne s'en trouvera que plus renforcée si l'ONE, comme il entend bien le faire, prend toutes les mesures pour resserrer encore leurs liens et leurs coopérations avec les autres intervenants du secteur, en particulier les TMS.

¹ Président de l'ONE – chaussée de Charleroi, 95 – 1060 Bruxelles.

A charge bien entendu pour ces opérateurs – que je crois très nombreux et nombreuses dans la salle – à prendre contact avec les équipes lorsqu'elles se trouvent devant une situation qui leur paraît nécessiter l'intervention forcément spécialisée – tout en étant multidisciplinaire – de ces équipes.

Tout ceci, c'est un peu le sens du message que Monsieur Jean-Marc Nollet, Ministre de l'Enfance de la Communauté française, m'a demandé de vous lire en son nom, en me demandant d'excuser son absence qui est, vous allez le voir, tout à fait justifiée :

« Ce matin, je ne saurai me joindre à vous car, chaque semaine, le jeudi matin est mon rendez-vous hebdomadaire avec le Gouvernement de la Communauté française.

Je voudrais tout d'abord remercier et féliciter les travailleuses et travailleurs du secteur pour le travail accompli. Voilà 25 ans que les équipes pluridisciplinaires SOS Enfants accomplissent des missions déterminantes et s'attellent quotidiennement à combattre la maltraitance.

En tant que Ministre de l'Enfance, ayant la tutelle sur l'ONE, je me réjouis du chemin parcouru depuis la création des équipes ainsi que de la prise en compte par celles-ci des besoins des enfants, de leurs familles et des professionnels de l'enfance.

Dans le cadre des nouvelles missions de l'ONE telles que redéfinies dans le décret du 17 juillet 2002, j'ai veillé à ce que les équipes SOS Enfants soient intégrées explicitement à la mission de base n° 1 de l'Office intitulée « l'accompagnement de l'enfant dans et en relation avec son milieu familial et son environnement social ». L'enfant se retrouve donc au cœur des politiques nouvellement définies tout comme l'enfant est au cœur des missions des équipes SOS.

Je tiens à mettre en évidence aujourd'hui l'intérêt tout particulier qu'il y a pour l'Office de pouvoir maintenir ainsi sa collaboration avec les équipes SOS Enfants, notamment dans le cadre du travail quotidien des travailleuses et travailleurs médico-sociaux en vue d'assurer la prévention individuelle et le traitement des situations de maltraitance.

Je vous souhaite un joyeux anniversaire et une bonne journée. »

Après ce message du Ministre, je voudrais, si vous le permettez, conserver la parole quelques instants encore pour en ajouter un émanant, celui-là, de l'Office en tant que tel.

Ce message est un engagement envers les équipes à les défendre et à les soutenir de manière résolue dans leur action en faveur de l'enfance maltraitée.

Et il faut bien ici, même si c'est une journée de fête, de réflexion et d'hommage, parler argent. Ce serait hypocrite, en effet, de clamer la nécessité sociale d'une action sans lui donner les moyens. Où en sommes-nous ?

Il y a, bien entendu, matière à se réjouir du refinancement du secteur tel qu'il a été programmé par le Gouvernement de la Communauté française à partir de 2005.

Mais nous sommes en 2002, et les difficultés sont là !

Ce dossier du financement des équipes, un des plus cruciaux que j'ai trouvé sur mon bureau en arrivant à l'ONE, et auquel je me suis immédiatement attelé.

Il présentait trois difficultés :

1. Une difficulté de trésorerie qui, sans être fondamentale, était récurrente : le paiement en janvier de l'année + 1 des subventions du dernier trimestre de l'année 0. Ce problème est désormais résolu : les subventions, pour novembre et décembre, ont été liquidées.
2. Une difficulté ponctuelle : le remboursement des avances provisionnelles des années antérieures. Grâce à l'action conjuguée de l'ONE et du Fonds Houtman, un délai moratoire a été octroyé aux équipes jusqu'en 2005, année prévue pour le refinancement.
3. Difficulté structurelle : la masse salariale connaît une évolution barémique que l'indexation ne peut couvrir, sauf pour les équipes, à se séparer de leur personnel le plus expérimenté.

J'ai vu, il y a quelques jours, Madame Nicole Maréchal, Ministre de tutelle, et donc de financement, des équipes. Et je ne désespère pas qu'elle nous apporte du positif et du concret, tout à l'heure, dans son intervention de fin de journée. D'où la nécessité de rester pour qui veut l'entendre.

Ce positif, les équipes SOS le mériteraient bien, comme elles méritent bien ce colloque qui les remercie de leur action et leur permettra de mieux les mieux faire connaître.

Permettez-moi, à cet égard, d'exprimer ma gratitude toute particulière aux responsables politiques qui ont accepté, en cette période de très lourds travaux parlementaires, d'animer nos ateliers de l'après-midi.

Merci aussi aux membres du personnel de l'ONE qui ont organisé ce colloque ainsi bien entendu qu'aux orateurs qui ont bien voulu être des nôtres en cette circonstance et apporter leur éminente contribution à ce colloque.

Pour vous tous, je souhaite qu'il soit passionnant et fructueux, et je ne doute pas qu'il le sera.

Le mot de la Fédération des Services SOS Enfants...

Pour en finir avec le vide²

Le décret relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance a été promulgué le 16 mars 1998. Il a abrogé le décret du 29 avril 1985 sur base duquel les équipes SOS Enfants étaient agréées. Il a chargé le Gouvernement de fixer les procédures d'agrément des équipes, les conditions et les procédures d'octroi des subventions.

Près de cinq ans plus tard, le Gouvernement n'a toujours pas pris les arrêtés d'exécution de ce décret. Aucune équipe SOS Enfants n'a été agréée. Toutes travaillent sans reconnaissance légale, dans la précarité.

Pour sortir de l'impasse créée par l'adoption d'un décret qui paraît inexécutable, la Fédération des Services SOS Enfants a rédigé un projet de décret soutenu par un exposé de ses motifs. Ce projet a été remis aux membres du cabinet de la Ministre Maréchal, il y a plus d'un an. Depuis lors, la Fédération n'a enregistré aucune réaction. Le cabinet n'a pas proposé d'amender ce texte.

En juillet dernier, le Ministre Nollet, en charge de l'ONE, a fait adopter un décret indiquant que l'ONE doit assurer « le suivi des équipes SOS Enfants conventionnées avec l'Office ». Nul ne sait aujourd'hui encore en quoi consiste ce suivi. Les équipes n'ont pas été consultées. Elle n'ont pas même été averties par le Gouvernement de l'entrée en vigueur de ce décret.

En février dernier, la Ministre Maréchal, en charge de l'Aide à la Jeunesse, a annoncé à l'ONE qu'elle constituait un groupe de travail pour rédiger les arrêtés d'application du décret de 1998. En juillet, elle a demandé aux équipes de désigner trois représentants. Ceci fut fait. Le groupe de travail n'a cependant, à ce jour, jamais été réuni.

La Commission permanente de l'enfance maltraitée instituée par le décret du 16 mars 1998 et chargée, notamment, de donner un avis sur les procédures d'agrément et de subvention des équipes, ne se réunit plus depuis plus d'un an faute d'avoir un interlocuteur ministériel. Aucun avis concernant les équipes ne lui a été demandé par le Gouvernement depuis sa constitution.

² Depuis le 19 décembre 2002, date du colloque, les choses ont évolué. Le cabinet de Madame la Ministre Maréchal a proposé un projet de décret et d'arrêté. Il a également organisé autour de ces projets, une consultation des équipes SOS Enfants, de l'ONE et du secteur de l'Aide à la Jeunesse.

On ne pourrait concevoir que le cabinet de Madame Maréchal travaille en vase clos à la rédaction d'un arrêté d'exécution ou d'un décret qui pourrait changer la nature même des équipes. Ceci serait totalement contraire aux intentions maintes fois annoncées.

Après avoir abandonné à leur sort incertain les équipes pendant des années, il serait inacceptable que le gouvernement fasse fi de leur identité, de leur expérience et de leur insertion régionale.

Nous voulons réaffirmer avec force deux spécificités essentielles des équipes SOS Enfants : leur composition pluridisciplinaire et leur indépendance.

La particularité des équipes SOS Enfants consiste en leur capacité d'analyser et de prendre en charge des situations de maltraitance dans tous leurs aspects, qu'ils soient d'ordre juridique, physique, psychologique, social, institutionnel, ... Chacune des professions représentées dans les équipes est indispensable. Il ne peut être question de se priver de l'une d'elles.

L'efficacité des équipes SOS Enfants repose sur leur indépendance tant à l'égard des autorités administratives que judiciaires. Les équipes, par l'éthique qu'elles observent, ont gagné la confiance des familles et des professionnels. Faire dépendre les équipes SOS Enfants d'une administration comme, par exemple, celle de l'Aide à la Jeunesse, leur ôterait cette position, extérieure aux décideurs, qui leur a permis de traiter de multiples situations de maltraitance qui, sans cela, seraient restées cachées.

La Fédération invite, avec insistance, le Gouvernement de la Communauté française, et particulièrement les Ministres Nollet et Maréchal, à entamer des négociations en vue d'élaborer enfin une législation claire permettant aux équipes SOS Enfants d'être agréées, subsidiées et de travailler dans la sérénité au profit des enfants maltraités.

Ce vide juridique doit être comblé.

... et de son Président

Bernard PARMENTIER³

Je vais pour ma part plaider pour des victimes de maltraitance, enfants désirés certes, mais à tout le moins gravement négligés.

³ Avocat, président de la Fédération des Services SOS Enfants – Avenue des Croix de Feu, 1/29 – 7100 La Louvière.

Je me réfère à une série de documents qui vous ont été remis, en l'occurrence :

- le rapport de l'ONE
- la brochure de la Fédération
- le projet de décret et l'exposé des motifs élaborés par la Fédération
- le projet de programmation des équipes
- notre appel « pour en finir avec le vide »

Si on part de l'idée que c'est le Docteur Verbeeck qui nous a mariés à l'ONE en 1977, en déposant son premier rapport relatif aux enfants victimes de mauvais traitements, nous fêtons nos noces d'argent.

D'idylles en scènes de ménage, de tentatives de médiation en requêtes en divorce, ce fut parfois houleux, mais nous entrons dans une ère nouvelle et je confirme à Monsieur Bovy et à Madame Lecleir notre gratitude d'avoir pris des mesures immédiates et efficaces, ces dernières semaines.

Je tiens aussi à les remercier de ce soutien remis en place désormais.

Nous avons beaucoup d'attentes vis-à-vis de l'ONE, dont le service SOS Enfants s'est de tout temps démené pour nous aider, et mettons beaucoup d'espoir dans le fait qu'enfin son pouvoir organisateur attache à nos équipes, et à la problématique qui les préoccupe, un intérêt réel et efficace. Je tenais à le souligner.

Pour en finir avec le vide ?

Quel est ce vide ?

En fait, ceci serait-il un non colloque à propos des non équipes SOS Enfants qui, paradoxe suprême, accomplissent une tâche bien réelle ?

Ce vide n'est pas l'expression d'une situation surréaliste qu'André Breton ne reconnaîtrait pas, mais d'une situation plutôt infra réaliste.

Car c'est vrai, mais que ceci reste strictement entre nous : nous n'existons pas, par le fait du seul article bel et bien appliqué du décret de 1998 sur la maltraitance, l'article 22, article qui abroge le décret de 1985.

« Enfin quelqu'un va faire quelque chose pour lutter contre la maltraitance » a t-on entendu à la radio en septembre 1996. Effet d'annonce ?

Pourtant, depuis 1985, nos équipes (et même antérieurement pour 5 d'entre elles) donnent le meilleur d'elles-mêmes sur base d'un décret qui ne devait qu'être actualisé.

Faut-il rappeler que l'idée d'un nouveau décret, autour d'une obligation de dénoncer, sur le fond de création d'un « fichier maltraitance », germait depuis les années 1993-94 ?

Faut-il rappeler que nous avons proposé, dans le cadre de l'élaboration du décret de 1998, de nombreux essais d'amendements ?

Mais bon, le décret de 1985 est abrogé, il a été remplacé par un autre, qui aurait pu apporter certaines choses, mais qui n'a toujours pas reçu, cinq ans après, d'arrêtés d'application et donc entraîné aucun agrément.

Critiqué, ce décret de 1998 ? Et comment ! On vient de vous dire qu'il le fut sévèrement par les Écolos. Mais ce n'était pas seulement par les Écolos mais aussi par les Libéraux et par tout le secteur !

Il est difficilement applicable et on le savait depuis le départ.
Toujours est-il que nous vogueons dans le vide.

Et face à un vide, soit on le plaint, soit on le comble.
Comblés, nous ne le sommes pas vraiment, mais à quoi bon se plaindre ?

Si nous sommes là, ici, maintenant, c'est parce que nous avons des préoccupations politiques. Car c'est bien de la politique dès lors que nous nous préoccupons des affaires de la cité.

La politique de la maltraitance, nous y tenons énormément.
Il faut une programmation claire, pour que nous puissions répondre sur tout le territoire, avec la même compétence, le même professionnalisme, à toutes les demandes qui nous sont soumises.

Or, ces demandes sont de plus en plus lourdes car elles exigent une spécialisation toujours plus poussée.
Il y a longtemps que les équipes ne s'occupent plus que des situations les plus lourdes, qui nécessitent un tel traitement, et il nous est pénible de devoir en refuser, ce qui, faute de moyens, est de plus en plus souvent le cas.

Rappelons que la mission essentielle des équipes est une mission thérapeutique, sans perdre de vue l'aspect de prévention, et la formation.

La richesse de ces équipes est fondée sur son indépendance qui doit rester totale, et sa large pluridisciplinarité, permettant d'éclairer chaque situation du point de vue médical (pédiatre et psychiatre), psychologique (psychiatre et psychologue), social (assistante sociale) et juridique (et la présence de l'avocat dans l'équipe ne se borne pas à dire le droit, mais vise à apporter une forme de raisonnement différente).

Quant aux moyens...

Le budget s'est réduit comme peau de chagrin dès lors que si l'indexation est plus ou moins couverte, les anciennetés ne l'étaient absolument pas, ce qui signifie une réduction du budget de l'ordre de 3% par an depuis plus de 7 ans, alors que le nombre et l'importance des situations augmente !

Le Docteur Gérard vous parlera de cette évolution par rapport aux situations traitées.

Ajoutons que depuis 2001 Madame le Ministre Maréchal a réussi à augmenter ce budget de 300.000 €, et depuis quelques temps, de nouvelle équipe bénéficient d'un modeste subside dans le cadre de l'aide la jeunesse.

Pour le surplus des chiffres, je vous renvoie

- au rapport ONE qui vous a été remis
- à l'intervention de Madame Maréchal qui parlera des perspectives dans un contrat d'avenir.

Mais je dois insister vigoureusement, outre sur la préservation de l'indépendance et de la pluridisciplinarité des équipes, qui ne sont pas remis en cause et c'est heureux, sur la nécessité d'une correcte programmation, et sur le fait qu'une équipe ne peut fonctionner efficacement sans un nombre minimal de membres, quantifié en « équivalents temps plein ».

Or, la plupart des équipes n'atteignent même pas ce chiffre minimal.

Les membres des équipes travaillent avec un enthousiasme énorme, un grand nombre y travaille depuis très longtemps. Peut-on leur en vouloir s'ils attendent leur traitement plus ou moins régulièrement ?

Il est manifeste que nous nous trouvons devant une priorité absolue, qui touche un nombre très important d'enfants.

Il est clair que pour un tel sujet, ce n'est pas la politique de ses moyens qu'il faut poursuivre, **mais il est impératif et urgent de se donner les moyens de sa politique.**

Alerter ? Analyser ? Convaincre ?

L'apport des données statistiques des équipes SOS Enfants

Marc GERARD⁴

La journée anniversaire de la fondation des équipes SOS Enfants nous a réunis, à l'initiative de l'ONE, autour de différents thèmes liés à nos activités et nous a permis d'échanger sur ce qui nous est commun et sur ce qui constitue nos spécificités. Dans ce cadre, un exposé statistique basé sur les données centralisées par l'ONE depuis plusieurs années, nous a offert une vue d'ensemble de l'évolution des services proposés à la population, des types de situations prises en charge et des collaborations établies entre nos équipes et les intervenants extérieurs, du secteur professionnel ou non. Si les chiffres sont nécessairement réducteurs et invitent à la prudence dans la réalité qu'ils nous offrent à lire, ils n'en constituent pas moins des indicateurs de certaines tendances indéniables. Que nous apprennent - ils ? Dans le cadre de ce résumé, les tableaux présentés au colloque ne trouvent pas leur place. Ils sont cependant à disposition sous forme d'un tiré à part⁵.

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

⁴ Pédopsychiatre, président du Collège des Coordinateurs Enfance Maltraitée (CCEM), coordinateur du Centre SOS Enfants de l'ULB – CHU Saint-Pierre (bâtiment 200) – Rue Haute, 322 – 1000 Bruxelles - intervention réalisée avec la collaboration de M. Van de Maele, psychologue.

⁵ Rapport d'activités 2001 de l'Action Enfance Maltraitée, disponible auprès du Service SOS-Enfants de l'O.N.E – Tél. 02/542.14.10

Qui sont les signaleurs ? Depuis la création des équipes, une augmentation très nette du pourcentage de signaleurs non-professionnels se marque, surtout depuis « l'affaire Dutroux ». La répartition signaleurs professionnels versus non-professionnels est à présent de 50-50. Nous y voyons une double explication : une meilleure information des familles a fait connaître l'action de nos équipes, et les familles se tournent de plus en plus vers des interlocuteurs de confiance. Elles sont également plus attentives aux risques du maltraitance et demandent plus rapidement de l'aide. Parallèlement, les intervenants professionnels, également mieux informés et formés (cf. campagne de formation de 1996-1997) sont plus à mêmes de gérer seuls des situations de maltraitance. Quant au nombre de signaleurs anonymes, peu significatif, il diminue d'année en année, en lien avec la volonté des équipes de responsabiliser les personnes qui leur font un signalement. Il faut noter que les signaleurs ne dénoncent pas les mêmes types de maltraitance selon qu'ils appartiennent au réseau professionnel ou non. Signaleurs professionnels : au cours des années, les signalements adressés par les réseaux médicaux, scolaires et psychosociaux, qui deviennent les principaux signaleurs professionnels, augmentent, alors qu'avant, le SAJ et la Justice constituaient les signaleurs majoritaires. Les professionnels dénoncent surtout la maltraitance physique, la négligence et les situations à risque, et cela reste une constante au fil des ans. Signaleurs non-professionnels : le plus souvent, il s'agit de la mère ou d'un membre de la famille de l'enfant. Les non-professionnels dénoncent plus souvent la maltraitance sexuelle, - surtout les mères, bien souvent dans des contextes de séparation ou de conflits conjugaux -, la cruauté mentale ou d'autres formes de maltraitance. Notons que dans ces situations de séparations conflictuelles dans lesquelles les mères suspectent des attouchements ou des abus sexuels, il y a souvent une évolution du signalement au diagnostic qui met en évidence que c'est souvent le couple parental, et non uniquement le père, qui est susceptible de maltraiter l'enfant, surtout psychologiquement, et qu'il n'y a pas toujours maltraitance sexuelle comme énoncé. Une petite remarque encore pour clôturer ce paragraphe consacré aux signaleurs : l'enfant signale très peu de lui-même aux équipes SOS la maltraitance dont il est victime et ça a toujours été le cas, sans doute parce qu'il s'adresse préférentiellement aux intervenants de 1^{ère} ligne (école, médecin, famille, etc.) qui relaient sa parole.

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

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

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

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

Lieu de vie habituel de l'enfant et lieu de survenance de la maltraitance : l'enfant vit le plus souvent dans son milieu familial, et dans environ 60% des cas en famille nucléaire, qui n'est composée que dans environ 35% des cas des parents biologiques de l'enfant. La maltraitance survient dans plus de 70% des situations dans le milieu de vie habituel de l'enfant, et dans environ 15% des cas lors des droits de visite. Quand la maltraitance survient en dehors du lieu de vie habituel de l'enfant, elle est de nature sexuelle en très grosse majorité (de 60 à 80% des cas). Il n'est en pas moins vrai que 70% des abus sexuels sont intrafamiliaux.

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

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

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

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

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

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

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

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

Finalités et modèles de clinique dans les équipes « dites » spécialisées dans les situations de maltraitance

Emmanuel de BECKER⁶

Équipes « dites spécialisées » ? ! Au fil du temps s'est constitué un réflexe sociétal, dans le grand public et parmi les professionnels de l'enfance, de se tourner vers nos structures comme point de repère, balise, lieu de réflexion, phare dans la tourmente de situations de plus en plus complexes à délier (d'autres métaphores peuvent être trouvées !)⁷.

Cette appellation « dites spécialisées » renvoie aussi à l'idée que les équipes ne revendiquent aucun monopole, aucune exclusivité⁸.

Nommées, par décret⁹, « Instances Compétentes », elles se veulent humainement compétentes, c'est-à-dire qu'elles travaillent dans la subjectivité, à la rencontre du sujet souffrant, face à des faits ou des réalités suspectées, et ceci en tentant d'ouvrir les non-demandes, les dualités et les intrications des relations souvent motrices, à l'œuvre dans les maltraitances¹⁰.

Si nous allons traiter essentiellement de la clinique, il ne faudrait pas mettre de côté d'autres missions des équipes, regroupées sous le terme « prévention »¹¹.

Déjà par les prises en charge proprement dites, l'action des équipes se situe aux niveaux secondaire et tertiaire des types de prévention définis par l'OMS¹², c'est-à-dire qu'elle veille à prévenir la maltraitance, d'une part avant qu'elle ne se produise, avec le présupposé qu'il existe des populations « à et en danger », et d'autre part, en travaillant le risque de récurrence, c'est-à-dire en empêchant l'apparition de nouveaux comportements inadéquats.

⁶ Pédopsychiatre, coordinateur de l'équipe SOS Enfants-Famille des Cliniques Universitaires Saint-Luc – place J.B. Carnoy, 16 – 1200 Bruxelles.

⁷ Gabel M. Une recherche-action : de la démarche clinique individuelle à une démarche de santé publique. In Gabel M., Lebovici S., Mazet P. (dir) Maltraitance : répétition, évaluation. P. 31-38. Fleurus, Paris, 1996.

⁸ « Fédération des Services SOS Enfants » : plate-forme de discussion, origine de la Fédération, pour en finir avec le vide, proposition concernant la révision du décret du 16 mars 98 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance ... Documents c/o : 1/29 av. des Croix de Feu – 7100 La Louvière. 2002.

⁹ Communauté Française : décret du 16 mars 98 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance.

¹⁰ Coordination de l'aide aux victimes de maltraitance – guide à l'usage des intervenants auprès des enfants et des adolescents. Ministère de la Communauté Française. 2001.

¹¹ Hayez, J.Y. Autour de l'abus sexuel, de sa prévention et de sa prise en charge. DIRem n°35, ONE, 10/11/1999.

¹² OMS : Organisation Mondiale de la Santé. Nous allons, dans la suite du texte, utiliser plusieurs abréviations comme PMS, service psycho-médico-social (service rattaché aux écoles maternelles, primaires, secondaires, chargé principalement de l'évaluation, l'accompagnement d'un problème d'ordre scolaire d'un élève) ; comme SAJ, service d'aide à la jeunesse (service oeuvrant, dans la collaboration, pour la mise en place de programmes d'aide pour mineurs d'âge en difficulté – nous renvoyons, pour de plus amples explications, le lecteur au décret 91 de la Communauté Française établissant l'Aide à la Jeunesse) ; comme le TJ, Tribunal de la Jeunesse (instance judiciaire compétente pour les mineurs d'âge en danger – voir les textes de Loi à ce propos) ; comme TMS, les travailleurs médico-sociaux, structure dépendant de l'ONE (suivi, entre autres, à domicile des jeunes enfants et de leur famille) ; comme SOS Enfants (équipe multidisciplinaire ayant pour mission l'évaluation, l'accompagnement thérapeutique, la prévention de situations de maltraitances d'enfants – pour plus de détails, lire les décrets 85 et 98 de la Communauté Française relatifs à l'aide aux enfants victimes de maltraitance).

Par ailleurs, nous avons développé la sensibilisation des intervenants de première ligne ainsi que des futurs professionnels, aux situations de maltraitance, à leur gestion émotionnelle, par la création notamment de modules de formation en petits groupes. Bien d'autres formules existent.

Des auteurs comme Myriam De Spiegelaele¹³ et Monique Meyfroet¹⁴ estiment que les interventions de dépistage qui sont réalisées par les services préventifs ne sont réellement préventives que si une prise en charge thérapeutique existe en aval. Il est ainsi intéressant que certains services conservent conjointement des missions préventives et curatives.

Nous pensons aussi disposer de concepts qui peuvent nous guider dans l'élaboration de processus préventifs parce qu'ils reposent à la fois sur des théories développementales intéressantes et parce que les liens entre les développements relationnels dysharmonieux et la pathologie ultérieure ont pu être mis en évidence.

Prenons un simple exemple de travail à visée préventive de type « secondaire » : des parents susceptibles de devenir maltraitants ont, le plus souvent, des attentes irréalistes et des espoirs démesurés à propos de leur enfant et accordent une extrême importance à la discipline et au bienfait des punitions. En abordant ces parents « déçus » par le comportement de leur enfant, par ce hiatus entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel, la culpabilité, l'agressivité, la mésestime de soi qui en découlent, nous pouvons davantage les rencontrer et les amener à comprendre l'intérêt d'une modification de leurs attitudes^{15, 16, 17, 18}.

Abordons maintenant la clinique en en soulignant toute la complexité qui a finalement amené les différentes équipes à concevoir des modèles et des limites de travail souvent différents selon leur implantation structurelle, géographique, au sein du réseau ou eu égard à leurs références théoriques. Rappelons qu'il s'agit d'intervenants humains qui, confrontés à la souffrance d'autres humains, parfois exprimée avec violence, ont privilégié tel ou tel aspect du travail, mais toujours avec la même finalité que constitue la protection physique, psychologique de l'enfant dans une perspective de sauvegarde développementale¹⁹.

Pour l'illustrer, appuyons-nous sur une situation qui, loin d'être paradigmatique, donne les grands repères des interventions effectuées. Considérons-la comme « fil rouge », à partir duquel on va évoquer le travail dans ses aspects concrets, amener notre cheminement, nos questions et donner des considérations plus générales sur l'« action enfance maltraitée ».

Une infirmière nous contacte, ne sachant plus quelle attitude adopter à l'égard d'une collègue ; avec le temps, elles ont sympathisé au point qu'elle est marraine du dernier enfant de celle-ci. Ses inquiétudes portent sur l'ambiance familiale engendrée par le mari intolérant,

¹³ De Spiegelaele M. Prévention et inégalités sociales de santé chez l'enfant et l'adolescent. Contribution au rôle des structures préventives pour une réduction des inégalités sociales de santé. Thèse de Doctorat en Sciences de la Santé Publique. Université Libre de Bruxelles. 1998.

¹⁴ Meyfroet M. Que touche-t-on au cœur de l'individu, du groupe ou de l'institution quand on fait de la prévention ? *Direm*, ONE, 02/03 2000, n° 37.

¹⁵ Couchard F. *Emprise et violence maternelles*. Dunod, Paris, 1991.

¹⁶ de Becker E., Dubois F. La question des liens avec les familles dites maltraitantes. *Sauvegarde de l'Enfance*, n° 1, 1999.

¹⁷ Durning P., Mc Cord J. Attentes de rôles et représentations de la vie familiale des enfants et de leurs parents. In Preteur Y., De Leonardis M. (dir) *Education familiale, image de soi, compétences sociales*. p. 151-166. De Boeck, 1995.

¹⁸ Tomkiewicz S., Vivet P. *Aimer mal, châtier bien*. Seuil, Paris, 1991.

¹⁹ Gabel M. Une recherche-action : de la démarche clinique individuelle à une démarche de santé publique. In Gabel M., Lebovici S., Mazet P. (dir) *Maltraitance : répétition, évaluation*. P. 31-38. Fleurus, Paris, 1996.

aux exigences d'éducation excessives. D'après elle, il frapperait sa femme et enfermerait trop régulièrement dans la cave Nicolas et Leia, leurs enfants âgés de 5 et 3 ans.

Au fil de l'entretien avec l'infirmière inquiète, on recueille le contenu des propos (leur teneur et cohérence...) ainsi que leur contexte (les enjeux du signalement, la ligne du temps des inquiétudes,...) aux fins d'établir une première « cartographie » de la situation ; on en évalue le degré d'urgence, les meilleures modalités d'intervention et leur cadre...

Dans la mesure du possible, nous menons cette analyse de la demande à deux intervenants de professions différentes et complémentaires : sont représentés d'une part le champ social dans tout ce qui fait lien à la réalité, au vécu d'appartenance à une communauté avec ses ancrages et ses limites, et d'autre part, le champ psychologique qui questionne le sens des actes ou non-actes, questionnement qui permet à l'individu de s'approprier son histoire, avec ses traumatismes et ses projets.

Ces deux premiers volets s'enrichissent des compétences médicales, pédiatriques et psychiatriques, et de celles du juriste, tant lors des investigations que dans l'accompagnement thérapeutique.

Seule, cette approche plurielle autorise, dans nombre de situations complexes, une prise de distance suffisamment professionnelle pour définir au mieux les suites à donner au signalement. Le travail en dyade, pièce maîtresse du dispositif, ouvre les modes de lecture et de compréhension, dose le réel, augmente les possibilités d'alliance.

Revenons à la situation...

A la fin de ce premier contact, nous retenons l'idée de revoir l'infirmière avec son amie, la mère des enfants, ... celle-ci se présente non sans appréhension et perplexité sur l'utilité de la démarche. Elle ne comprend pas ce qu'elle fait là, troublée, elle qui appartient en plus au « monde soignant ».

Embarrassée, Madame souligne l'exagération des propos de sa collègue, arguant du fait que celle-ci prend trop à cœur ce qu'elle lui a confié un jour de fatigue.

Finalement et sans avoir pu vraiment approfondir le contenu des inquiétudes, nous obtenons de Madame qu'elle revienne seule, dans peu de temps, l'assurant qu'aucune intervention ne sera lancée à son insu.

A ce stade, nous n'avons pas recueilli d'éléments nouveaux concernant les enfants, pas plus qu'un début de lien n'ait pu vraiment être établi. Le risque d'absence au prochain rendez-vous est réel d'autant que nous avons la conviction que Madame est repartie chargée de la tension de cette consultation dont elle ne voit pour l'instant que des retombées préjudiciables pour sa famille ; quand bien elle peut souhaiter un changement, elle redoute la crise qui le précède, crise déclenchée par l'intrusion sociale et toutes les représentations qu'une équipe professionnelle véhicule.

L'avant-veille du deuxième entretien, nous recevons un appel téléphonique de la mère de Madame sollicitant pour elle un rendez-vous en urgence afin de nous exposer la gravité de la situation. Informée par sa fille de notre récente présence auprès d'elle, elle confie son épuisement devant le comportement inconscient et immature de la mère de Nicolas et Leia. L'interrompant poliment dans sa description, nous l'invitons à rejoindre sa fille à un prochain rendez-vous, si celle-ci y consent.

Lors de la deuxième rencontre, Madame se montre très angoissée, aux propos décousus, dispersée qu'elle est entre une préoccupation maternelle, le souci de préserver sa vie professionnelle, la peur de la violence de Monsieur et les moyens à mettre en œuvre pour « arrêter tout ça ». Et ce n'est pas faute d'avoir essayé !

On apprend les antécédents de deux tentatives de départ avec les enfants dont l'une chez sa propre mère et l'autre en maison maternelle, suivies d'abord d'une rage du mari puis de son silence alimentant culpabilité et ambivalence chez Madame. Elle s'est aussi tournée, dans le passé, vers des aides médicales et psychologiques, mais sans résultat, faute d'implication dans la durée.

Le tableau, qu'elle nous livre par petites touches successives, révèle une situation qui la dépasse et nous alarme : on note, entre autres, le refus par le père de fréquentation régulière de l'école et de la crèche, son opposition à toute consultation médicale pour les enfants, ses restrictions alimentaires à leur égard, l'absence d'activités ludiques estimées par lui comme futiles, ...

Toutefois, elle accepte d'inviter son mari au prochain rendez-vous. Surpris, nous y accueillons toute la famille nucléaire ; là, Madame oscille entre la discrétion et la soumission à l'égard d'un homme logorrhéique, au discours bien charpenté, revendicateur mais plaintif, prônant les valeurs de son pays d'origine.

Quant aux enfants, autant Leia ne cesse d'attirer l'attention de ses parents sur elle, passant des genoux de l'un à ceux de l'autre, les interpellant avec fébrilité, autant Nicolas s'isole dans un coin (pour ne pas dire dans son monde), capté par un seul jeu, ne répondant à aucune sollicitation. Physiquement, tous deux paraissent extrêmement maigres et pâles.

Lors de cette rencontre familiale, les malaises individuels exprimés différemment font écho aux graves perturbations de communication observables, aux conséquences perceptibles sur Nicolas et Leia ; quoi qu'il en soit, nous obtenons un accord de principe des parents pour poursuivre les entretiens.

Le lendemain, nous recevons un appel alarmant de la part du PMS rattaché à l'école du garçon ; ses nombreuses absences renforcent un retard de langage et des difficultés de sociabilité. Les professionnels scolaires livrent leur peur de déclencher une colère paternelle en abordant directement ces points avec les parents.

Dégageons les éléments essentiels. Evaluer et poser des actes. Une intervention paraît légitime devant la situation préoccupante des enfants, enfants que nous devons rencontrer individuellement et en fratrie. Dans un canevas général, on déploie nos ressources en réalisant une évaluation large incluant volets psychosocial, psychiatrique, pédiatrique et juridique. L'examen somatique, par exemple, au-delà du diagnostic, participe à la reconstruction du sentiment de valeur de l'enfant à partir d'une réhumanisation du corps qui a été bafoué²⁰.

Si, maintenant, on se penche sur l'axe relationnel, ces parents sont certainement attachés à leurs enfants, mais la qualité de cet attachement, au sens de John Bowlby et de ses successeurs, pose question²¹. Les éléments recueillis laissent penser qu'il y a défaut dans la construction d'un attachement « sûr et sécurisant », traduit, entre autres, par le comportement adopté par Nicolas, en famille, à l'école, en entretien. Un auteur comme Hubert Montagner²², qui a largement décrit les « compétences sociales » du jeune enfant, attire l'attention sur les interactions non ajustées, les incompréhensions mutuelles qui peuvent déboucher sur le rejet et la maltraitance.

Pour les cliniciens que nous sommes, toute rencontre individuelle avec l'enfant vise à déceler, sans intruser, des manifestations parfois très discrètes de souffrance et de comprendre avec lui ce qui la sous-tend, après l'avoir entendue, reconnue.

²⁰ Hayez J.Y., de Becker E. L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille : évaluation et traitement. PUF, France, 1997.

²¹ Gabel M., Lebovici S., Mazet Ph. Maltraitance : maintien du lien ? Fleurus, France, 1995.

²² Montagner H. L'attachement, les débuts de la tendresse. Odile Jacob, 1988.

Certains auteurs proposent des échelles de gravité liées aux faits, en rappelant que l'appréciation d'une réalité traumatique est affaire de contexte. Mais la souffrance n'est pas corollaire au degré de gravité de l'atteinte physique et/ou psychique. Et on ne pourra jamais évaluer la souffrance comme telle car elle appartient au registre de la subjectivité de chacun. On sait, par contre, estimer les comportements qu'elle génère et des grilles existent à cet égard^{23, 24}. Soulignons aussi que l'absence de symptôme n'est pas synonyme d'absence de souffrance et que présence de symptômes parfois florides est en soi un appel à l'autre et tentative de lutte contre la dépression et les pulsions de mort.

Reconnaître la souffrance, oui ... mais sans éviter l'interrogation de l'existence ou non d'un contexte de maltraitance ! Au-delà des circonstances où cette hypothèse est à l'évidence confirmée, par les faits ou les allégations croisées, il demeure délicat de définir un environnement socio-familial de ce terme, au risque de la stigmatisation, de la fixation^{25, 26, 27}.

A la suite de Caroline Eliacheff^{28, 29}, on peut retenir que la maltraitance est l'expression d'une violence qui interfère sur le développement physique et psychique de l'enfant. La violence peut être définie comme un acte porté à l'autre avec intention, perçue ou non, de provoquer une souffrance.

Mais, dans de nombreuses situations, il ne sera guère simple de trancher ; on sera plutôt invité à créer un lien thérapeutique dans la perspective d'un travail de prévention de type « secondaire » ou « tertiaire ».

Nous reprendrons alors à notre compte les questions toujours ouvertes de Jacques Miermont³⁰ : « Où finit l'éducation, où commence la maltraitance ? Où finit l'amour, où commence l'abus ? Où finit la liberté, où commence la négligence ? Où finit l'expérience maturante, où commence l'expérimentation meurtrissante ? ».

On sait que tout acte thérapeutique s'appuie sur son cadre référentiel. Sur un plan étiopathogénique, différents modèles explicatifs de la maltraitance existent, incluant des variables parentales, infantiles, sociales, historiques et culturels^{31, 32, 33}.

Sociologiquement, les faits de maltraitance se comprennent d'abord en termes de causalité linéaire³⁴ ; il existe un individu qui abuse de son pouvoir, de sa place et un autre qui se trouve en position de faiblesse et de dépendance.

²³ Alfoldi F. L'évaluation en protection de l'enfance. Dunod, France, 1999.

²⁴ Lamour M., Baracco M. Souffrances autour du berceau. Gaëtan Morin, Europe, 1998.

²⁵ Coken – Salmon D. Principes de bientraitance et prévention des violences inutiles dans les situations de soins. In Gabel M., Jesu F., Manciaux M. (dir) Maltraitements institutionnelles. p. 195-211. Fleurus, Paris, 1998.

²⁶ Mignot C. Les soins au risque de la bientraitance ? In Gabel M., Jesu F., Manciaux M. (dir) Maltraitements institutionnelles. p. 229-235. Fleurus, Paris, 1998.

²⁷ Parret C., Iguenane J. Accompagner l'enfant maltraité et sa famille. Dunod, Paris 2001.

²⁸ Eliacheff C. Vies privées. O. Jacob, France, 1997.

²⁹ Eliacheff C. La violence des coups, la douceur des mots. Entretien vidéofilmé dans le cadre de la série « Parole donnée » Anthea, France, 1995.

³⁰ Miermont J. Faut-il maltraiter la maltraitance ? In Gabel M., Lebovici S., Mazet P. (dir) Maltraitements : répétition, évaluation. p. 55. Fleurus, Paris, 1996.

³¹ Gabel M., Lebovici S., Mazet Ph. Maltraitements : maintien du lien ? Fleurus, France, 1995.

³² Lemay M. J'ai mal à ma mère. Fleurus, France, 1979.

³³ Manciaux M., Gabel M. Enfances en danger. Fleurus, France, 1997.

³⁴ Tomkiewicz S., Vivet P. Aimer mal, châtier bien. Seuil, Paris, 1991.

Cette lecture, qui répond davantage à une logique judiciaire, appelle des réponses immédiates en termes de protection de la victime et de sanction du responsable, avec cette incontournable question de la séparation entre enfant victime et adulte(s) agresseur(s), et du maintien du lien. Un auteur comme Maurice Berger^{35, 36} a donné des repères cliniques pour envisager des séparations à but thérapeutique.

Si ce premier mode de compréhension est indispensable, il apparaît bien vite insuffisant en ce qu'il risque de figer les sujets dans leurs actes ; un pas plus loin consiste donc à interroger l'environnement relationnel et générationnel dans lequel s'inscrivent les faits constatés et les protagonistes impliqués.

Concrètement, sur le terrain, comment faire ?

Dans la finalité d'une démarche sociale concrète, il est utile de savoir que des chercheurs en intelligence artificielle ont mis au point des outils performants comme des systèmes d'aide à la décision, de soutien à la pratique professionnelle. Ces systèmes, basés sur des ensembles complexes d'items et de critères, raisonnent comme des réseaux de neurones pour assister l'intervenant dès la réception d'un signalement et l'aider, par exemple, dans la décision de maintenir ou non un enfant dans son milieu de vie. Il existe aussi des tests de dépistage et de compréhension du vécu des enfants maltraités^{37, 38}.

Dans nos contrées, nous misons essentiellement sur l'entretien clinique, multiple et varié, à l'adresse des enfants, des adultes, de l'entourage familial et social.

Dans nombre de cas, l'éclairage apporté par ces premières rencontres permet d'évaluer les dommages, les risques, les ressources et de définir le cadre d'intervention.

Ce n'est pas tout ! Les éléments des entretiens, menés par la dyade de référence, sont ramenés en réunion d'équipe. Lieu d'échange, d'éclairage, de confrontation entre les différentes disciplines, il est le temps de la réflexion, et de l'élaboration des mesures d'aide et de soins à proposer.

Cette façon de procéder détermine une nécessaire fonction tiers là où l'émotion, le parti pris, la loyauté à la cause des enfants ou l'idéologie du lien pourraient faire apparaître une autre forme d'inadéquation ; celle de la maltraitance de la part des intervenants^{39, 40, 41} !

Revenons à la vignette clinique...

Après les entretiens avec chaque enfant, chaque parent, des rencontres de fratrie, de couple, de famille ainsi qu'avec la mère de Madame et cette dernière, et après avoir reçu des appels téléphoniques de plusieurs intervenants de première ligne, il nous faut mettre un terme au bilan et lui donner un sens en proposant des axes thérapeutiques.

Nous avons estimé que cette famille, par son fonctionnement, les personnalités en présence, générerait des risques quant au développement des deux enfants. Nous leur avons donné l'essentiel de nos conclusions en pointant l'utilité de mobiliser, de réveiller leurs ressources dans un accompagnement thérapeutique, en ambulatoire.

³⁵ Berger M. Les séparations à but thérapeutique. France, Privat, 1992.

³⁶ Berger M. Les jalons d'évaluation de l'hôpital Bellevue pour les situations de défaillance parentale. In Dialogue, n° 152, 2001.

³⁷ Gabel M., Durning P. Evaluation des maltraitances. Fleurus, France, 2002.

³⁸ Manciaux M., Gabel M. Enfances en danger. Fleurus, France, 1997.

³⁹ Jesu F. Des maltraitances à la bienveillance institutionnelle ? In Gabel M., Jesu F., Manciaux M. (dir) Maltraitances institutionnelles. p. 285-303. Fleurus, Paris, 1998.

⁴⁰ Mignot C. Les soins au risque de la bienveillance ? In Gabel M., Jesu F., Manciaux M. (dir) Maltraitances institutionnelles. p. 229-235. Fleurus, Paris, 1998.

⁴¹ Tomkiewicz S. Violences dans les institutions pour enfants, à l'école et à l'hôpital. In Gabel M., Manciaux M. (dir) Enfances en danger. p. 309-369. Fleurus, Paris, 1997.

Mais dans quel cadre de travail poursuivre ?

Bien souvent, pour aborder le contenu de la vie émotionnelle et relationnelle des individus, quand il s'agit de questions de maltraitance et de défaillances de la fonction paternelle, on ne peut le réaliser que si le contenant de ce travail est assuré par une autre instance, représentant une autorité morale, symbolique et réelle.

Dans notre contexte, qui dit cadre de travail pense montages⁴² entre structures complémentaires, indépendantes, non rivales que sont notamment SOS, SAJ, TJ. Nous avons utilisé sciemment le terme de montages car il s'agit à chaque fois de créations originales. Précisons aussi qu'ils peuvent plus rapidement se constituer, parfois dès le premier contact.

En Belgique, les dix années qui viennent de s'écouler confirment d'une part l'intérêt de développer des passerelles entre services oeuvrant dans le même objectif général mais aux moyens, aux modalités, aux finalités spécifiques et, d'autre part, de différencier ces structures regroupées par le décret 1998, sous l'appellation « instances compétentes », ainsi que de distinguer ce qui est du ressort de l'aide et du soin de ce qui appartient à la sphère judiciaire.

Dans la situation clinique présentée, il s'est avéré pertinent de travailler conjointement SOS-SAJ en organisant, entre autres, des tables-rondes régulières, une structure s'appuyant sur l'autre et réciproquement, dans des places clairement définies. La collaboration a duré un an, année durant laquelle les enfants ont bénéficié d'un apaisement familial, d'une ouverture vers le monde extérieur (scolaire, médical, notamment), et d'une aide dans leurs difficultés spécifiques. Jusqu'au jour où la dynamique de couple a fait basculer le fragile équilibre de la famille et a conduit à devoir faire entrer en scène un autre acteur, en l'occurrence, le Juge de la Jeunesse.

Quand j'évoque les trois partenaires SOS, SAJ et TJ, il ne faut pas en déduire que les autres ressources professionnelles du réseau ne sont pas concernées. Chaque situation demande une composition unique, rassemblant diverses structures d'accompagnement, comme les différents professionnels de l'école, le médecin de famille, les TMS, les intervenants d'un service de santé mentale, composition évoluant dans le temps, au rythme de l'histoire et des événements de vie d'une famille. Il va sans dire que l'apport du juriste est, ici encore, précieux pour éclairer et accompagner.

Qu'en est-il maintenant des aspects psychopathologiques ? Nous étions, ici, en présence d'un homme à la structure psychotique, au potentiel franc de violence et d'une femme ambivalente dans ses choix, redoutant ce qu'elle désire.

L'expérience montre qu'il n'est pas rare que les parents que nous rencontrons présentent des fragilités d'ordre psychologique constituées ou transitoires, cause ou non, conséquence ou non de maltraitance ; les fragilités peuvent aussi prendre des colorations psychiatriques mettant en péril leur propre personne et/ou leur entourage.

Et les mineurs d'âge ?

Cliniquement, à côté des conséquences traumatiques liées à l'acte qui conduisent aux blessures du corps, à la traumatisation du Moi, on relève des risques de dépersonnalisation, d'aliénation.

⁴² de Becker E., Cabillau E., Hayez J.Y. Modèles d'intervention socio-thérapeutiques dans les situations d'abus sexuels sur mineurs d'âges. *Thérapie Familiale*, Genève, vol. 21, n° 3, pp. 305-321, 2000.

Certainement dans les contextes d'abus intrafamiliaux, mais potentiellement dans toute forme d'agression, les dommages causés peuvent induire des troubles d'identité avec manque d'estime de soi, des perturbations de l'humeur, de l'angoisse, des problèmes divers de sociabilité.

On doit aussi considérer les jeunes perdus dans leurs repères, débordés par la surexcitation pulsionnelle et/ou entraînés dans la perversion qui tombent dans la compulsion répétitive de l'agression.

Les perturbations psychologiques liées à la maltraitance existent bel et bien mais, heureusement, ne concernent pas tous les mineurs, loin de là^{43, 44, 45} ! Ceux qui possèdent une bonne capacité de résilience et bénéficient d'un entourage socio-familial adéquat et empathique parviennent à traverser les événements traumatiques.

A l'évaluation succède le temps thérapeutique ou plutôt les temps thérapeutiques en fonction des approches, des références retenues par les intervenants, du degré d'implication et du rythme des personnes concernées par le processus.

Cela prend la forme de guidance psychosociale, d'entretiens de soutien, de rencontres de couple, de famille, de groupe, de concertation entre intervenants (thérapie de réseau), de formats divers d'entretiens thérapeutiques ; plusieurs pistes donc qui participent à renforcer la résilience des sujets, notion développée entre autres par Rutter⁴⁶ ou Cyrulnik⁴⁷.

L'épistémologie systémique^{48, 49} illustre bien l'idée générale du traitement quand elle décrit l'existence de deux types de changement. Le premier consiste à croire que la logique prévaut et que, pour résoudre un problème, il suffit d'amplifier son contraire. C'est l'objet premier de nos missions : mettre fin à la maltraitance, en agissant et ce, de différentes manières.

Cependant, il semble que cette logique ait ses limites, ce qui nous amène à considérer l'autre type de changement en provoquant un saut de logique. Plutôt que de se centrer sur les causes du problème, aux « pourquoi », on s'occupe des effets et du « comment ». Si le premier type de changement affecte les faits, le second type envisage le processus, les fonctionnements, les valeurs du système.

Évaluer, aider, soigner... et comprendre ? ! Avec le temps, l'expérience, notre travail s'est forgé des bases théorico-cliniques consistantes qui lui donnent sens et perspectives.

Ainsi, quand on a à mettre fin à la maltraitance en établissant des bilans devant des allégations, un raisonnement traditionnel est de pencher pour une version contre l'autre.

Ce raisonnement basé sur le principe du tiers exclu conduit à devoir trancher entre la version réelle d'un abus et sa version métaphorique.

⁴³ Hayez J.Y., de Becker E. L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille : évaluation et traitement. PUF, France, 1997.

⁴⁴ Parret C., Iguenane J. Accompagner l'enfant maltraité et sa famille. Dunod, Paris 2001.

⁴⁵ Young J.G., Chiland C. Cultiver et guérir la violence chez les enfants : proposition de méthodes. In Chiland C., Young J.G. (dir) Les enfants et la violence. p. 17-28. PUF, Paris, 1997.

⁴⁶ Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. In : Rolf J., Masten A.S. Risk and protective factors in the development of psychopathology. New-York, Cambridge University Press, 1992.

⁴⁷ Cyrulnik B. Un merveilleux malheur. Odile Jacob, Paris, 1999.

⁴⁸ Cirillo S., Di Blasio P. La famille maltraitante. ESF, Paris, 1992.

⁴⁹ Seron C., Denis C. Miser sur les compétences parentales : une préoccupation récente et très controversée. In : Seron C. (dir) La présomption de compétences parentales. P. 3-17, Editions Jeunesse et Droit, Liège, 2002.

Selon les situations, nous pensons intéressant de sortir de la dualité des certitudes incompatibles entre elles (c'est vrai – c'est faux) et de promouvoir de nouvelles formes d'interactions, de communication. Un peu plus loin, nous rejoignons Martine Lamour^{50, 51} quand elle dit que ce n'est pas tant l'éventuel profil psychopathologique des individus qui pose problème que l'interaction entre les partenaires engagés dans une « spirale transactionnelle néfaste ». Il n'y a donc pas, au point de départ, dans l'absolu, de bons ou de mauvais parents, de bons ou de mauvais enfants, mais bien une adaptation mutuelle qui peut devenir problématique. Comme toujours, les exceptions confirment les règles !

De plus, le registre des interactions comportementales doit se compléter des composantes émotionnelles et fantasmiques. Comportements, émotions, fantasmes des uns influencent ceux des autres et réciproquement. Il est devenu classique d'interroger le statut de l'enfant dans les fantasmes parentaux (est-il le « bon objet » qui répare le parent ou le « mauvais objet » qui le persécute ?), ainsi que rencontrer l'éventuel « enfant blessé » au cœur du parent⁵². Progressivement, on devrait alors sortir du dilemme entre deux courants de pensée, celui du maintien absolu du lien, idéologie du progrès des années 70 et les placements-séparations curatifs argumentés entre autres par Pierre Straus⁵³. Tomkiewicz⁵⁴, quant à lui, estime qu'il est difficile de soigner un enfant contre ses parents, même si ceux-ci sont maltraitants et qu'il y a une énorme différence entre le fait que tous les enfants aiment leurs parents et leur désir d'être aimés par eux.

Sans tomber dans une idéologie familialiste et actant l'existence de haine et de perversité à l'égard des enfants, nous centrons le questionnement sur le lien mais aussi sur les conditions d'une possibilité d'existence épanouie pour l'enfant. Par ailleurs, interroger les mandats de l'histoire familiale que l'on porte complète l'observation du réel social dans ses diverses dimensions⁵⁵. L'espace et la fonction thérapeutique que nous représentons construisent ce tiers qui devrait garantir qu'il n'y ait plus contradiction entre filiation et autonomie et permettre le passage d'un registre imaginaire à un registre symbolique.

On a évoqué la question de l'évaluation au cours du travail ; il y a aussi l'évaluation du travail réalisé par SOS.

Pour ma part, l'évaluation est en soi ce que j'appelle une « nécessité dangereuse ».

Marceline Gabel et Paul Durning⁵⁶ ont maintes fois souligné l'importance d'évaluer les processus dans la durée dont le devenir des enfants maltraités et leur famille. Qu'il s'agisse d'interventions préventives ou réparatrices, les approches proposées sont souvent de type strictement épidémiologiques. Ces auteurs dénoncent combien une idée répandue consiste à considérer que les échelles et les tests sont inutiles et qu'il faut s'en remettre exclusivement au sens clinique des intervenants. Soit ! Mais, s'il s'avère nécessaire de se pencher sur l'impact du programme SOS Enfants, ne négligeons surtout pas le questionnement au niveau des bénéficiaires de l'aide et des soins : que sont devenus ces enfants, ces familles, ces intervenants ? Que pensent-ils avoir trouvé ou non lors de nos interventions et entretiens ?

⁵⁰ Lamour M. Perturbations des relations parents-nourrissons – intervenants : de l'interaction à la répétition. In Gabel M., Lebovici S., Mazet P. (dir) Maltraitance : répétition, évaluation. p. 155-172. Fleurus, Paris, 1996.

⁵¹ Lamour M., Baracco M. Souffrances autour du berceau. Gaëtan Morin, Europe, 1998.

⁵² Gabel M., Lebovici S., Mazet Ph. Maltraitance psychologique. Fleurus, France, 1996.

⁵³ Straus P., Manciaux M. L'enfant maltraité. Fleurus, France, 1992.

⁵⁴ Tomkiewicz S., Vivet P. Aimer mal, châtier bien. Seuil, Paris, 1991.

⁵⁵ Seron C., Denis C. Miser sur les compétences parentales : une préoccupation récente et très controversée. In : Seron C. (dir) La présomption de compétences parentales. P. 3-17, Editions Jeunesse et Droit, Liège, 2002.

⁵⁶ Gabel M., Durning P. Evaluation des maltraitances. Fleurus, France, 2002.

Et ne nous leurrions pas, toute évaluation en sciences humaines est frustrante et dangereuse car on peut difficilement évaluer ce qu'on ne peut observer. Christophe Dejours⁵⁷ nous a dit qu'il en va du travail en santé mentale comme de l'inconscient car l'essentiel de l'objet de nos actions n'appartient pas au visible. Tout comme on ne peut évaluer une souffrance, on ne peut quantifier la valeur d'un entretien thérapeutique ni garantir pleinement le bienfait d'une séparation parent-enfant ou la non récurrence de la maltraitance. Travailler avec l'humain, c'est accepter l'aléatoire d'une expérience affective, c'est continuellement créer en s'adaptant, en affinant, en faisant face au Réel tout en compensant les insuffisances du social et du prescrit.

Cette histoire est loin d'être terminée. Il nous manque de développer des réflexions théoriques autour de concepts comme, par exemple, l'aliénation parentale, les formes du Münchausen, et de pratiques comme les diverses formes de thérapies de groupe ; il nous manque aussi des synergies avec d'autres spécialistes comme ceux qui assurent la prise en charge des agresseurs ou encore avec les professionnels de l'appareil judiciaire ; il nous faut également poursuivre notre questionnement sur ce qu'est l'intérêt de l'enfant ; toutes ces pistes dont l'avenir nous révélera la nécessité.

Pour autant, comme l'ont rappelé de nombreux auteurs et cliniciens, que la pertinence de l'outil demeure. Cela repose sur l'assurance de la consolidation de l'outil tel qu'il est présenté, et sur l'indépendance de ses cliniciens par rapport aux autres structures du réseau. Envisager une amputation de la pluridisciplinarité ou la réduire à de la sous-traitance reviendrait à maltraiter l'outil et, in fine, les enfants et leur famille.

⁵⁷ Dejours C. Conférence sur le thème de « l'évaluation du travail en Santé mentale » organisée par l'APSY – UCL, Louvain-La-Neuve, 11/10/2002.

La prévention : facteur de changement dans la dynamique du lien

Dominique HUMBLET⁵⁸

Avec Marie-Claire Moryoussef, nous vous proposons d'esquisser quelques facettes du travail de prévention, prévention anténatale, effectué au sein d'une équipe « SOS ».

Quel est le Cadre Institutionnel de notre équipe ?

L'équipe SOS émane du Centre Périnatal, service qui dépend de l'ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance). Son action s'exerce au sein du service Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique, implanté, quant à lui, au Centre Hospitalier de la Citadelle.

Les services offerts sont :

- accessibles à tous,
- gratuits,
- non obligatoires (donnée importante qui déterminera l'accompagnement proposé aux futurs parents).

Notre objectif se définit comme suit :

« Valoriser un espace potentiel où l'enfant (dans un cadre adéquat), et le parent (avec ses compétences et ses limites), peuvent exister. »

Valoriser un espace potentiel ; créer avec le parent l'espace d'un possible...

Notre mission s'arrête avec la naissance de l'enfant... Le temps de la grossesse est court... Par contre, « donner du temps » au parent nous paraît un élément important.

Les infirmières et assistantes sociales (TMS) sont présentes

- avant la naissance, en consultation prénatale,
- après la naissance, en maternité et en néonatalogie.

Certaines d'entre nous sont également référentes au sein de certains centres tels que :

- les maisons maternelles,
- les centres fermés ou ouverts pour réfugiés,
- la prison de Lantin...

Toutes les futures mères inscrites en Consultation Prénatale (plus de 1.100 en 2002), suivent le même cheminement. Toutes sont accueillies par une TMS ; à chacune une visite à domicile est proposée.

⁵⁸ Travailleuse médico-sociale de l'ONE, équipe SOS Enfants anténatale Ulg (APALEM) – Consultation prénatale ONE – CHU La Citadelle – Boulevard du XIIème de Ligne, 1 – 4000 Liège.

C'est au fil des rencontres que, chez certains parents (10%), des inquiétudes, des risques de dysfonctionnement sont ressentis par la TMS référente ou encore exprimés par le futur parent. C'est auprès de ces futurs parents qu'intervient : « l'Équipe d'Aide et de Prévention Anténatale de Liège », « APALEM », équipe pluridisciplinaire...

Nous avons dit « pluridisciplinarité » : une pédopsychiatre, une psychologue et une psychomotricienne se partagent 12/10^{ème} de temps et participent avec l'équipe, lors d'une réunion hebdomadaire, à l'analyse des situations.

Une prise en charge thérapeutique peut également être proposée aux futurs parents. Contrairement à la mission du TMS, le suivi pourra s'étendre au-delà de la naissance.

Qui sont ces futurs parents dits « à risques » ? D'où naissent les inquiétudes du travailleur médico-social ?

Je vous propose de reprendre quelques données concernant l'ensemble des futurs parents ressentis en difficultés et dont l'enfant est né en 2001.

Ces données sont glanées au fil des échanges et des réflexions et rassemblées sur une grille.

Cette grille est avant tout un outil de réflexion.

Elle nous permet de tracer le parcours familial du parent en terme de risques, de vulnérabilités, certes mais aussi de forces et de ressources. Elle nous permet d'objectiver la situation, de prendre de la distance. Elle facilite la coordination transdisciplinaire. Et enfin une évaluation de l'accompagnement proposé est possible.

Quelle est la situation familiale, la situation sociale de ces futurs parents ressentis en difficulté ?

Nous savons que 80% de ces futures mères sont belges ; tandis qu'au sein de la population globale inscrite en CPN, 60% sont belges.

Seules 10% de ces futures mères ont un emploi...

Quant à la gestion des revenus, nous observons qu'auprès de 37% de ces futurs parents en difficulté, la gestion du budget est saine mais le montant est si restreint qu'il est difficile de subvenir aux besoins vitaux. Auprès de 8%, nous observons que les ressources sont utilisées au détriment du bien-être familial.

Quant au logement, 30% occupent un logement insalubre ou inadéquat.

Seules 40% de ces futures mères vivent en couple.

Logement précaire, absence de travail et gestion budgétaire difficile marginalisent ces familles et ne font que renforcer un isolement, voire une méfiance face à la communauté.

Dès lors, nous relevons, avant la naissance de l'enfant, un nombre important de futures mères qui évoluent dans un environnement instable.

Cependant, près de 50% des futurs parents disent savoir où et à qui s'adresser en cas de besoin.

Lors d'une première rencontre avec ces futurs parents, nous apprenons la présence d'autres services de première ligne : CPAS, consultation des Nourrissons, maison médicale ou médecin traitant... Ou encore la présence du service d'aide ou de protection de la jeunesse.

En effet, si 52% des futures mères n'ont pas d'enfants, les 48% restants se partagent 83 enfants. Nous apprenons que plus de la moitié de ces enfants, nés antérieurement à la grossesse actuelle, sont concernés par un accompagnement social spécifique.

C'est en accord avec les futurs parents que le travailleur médico-social référent travaillera en coordination avec les intervenants déjà présents.

Tranches de vie difficiles...

Ces futurs parents en difficulté font part au travailleur médico-social de tranches de vie difficiles, tranches de vie qui construisent, quelquefois, mais qui, aussi, peuvent fragiliser l'adulte parent en devenir.

Quelles sont ces expériences dont nous parlent ces futurs parents ?

Près de 18% nous parlent d'abus ou de négligence subis dans leur propre famille, plus de 21% nous décrivent un climat de violence, plus de 10% nous font part de troubles psychiatriques chez leurs parents, et plus de 23% ont fugué ou ont connu le placement en institution.

Seuls près de 13% nous décrivent leurs parents comme « aimants ».

<i>Risques</i>	<i>Vulnérabilités</i>	<i>Forces</i>
Abus, négligence subis par : le futur père 2,2% la future mère 17,9%	Séparé des parents par la mort, la séparation du couple, la guerre : chez le futur père 2,0% chez la future mère 16,9%	Décrit parents comme aimants, ayant su éduquer leurs enfants : par le futur père 5,2% par la future mère 12,6%
Violence dans la famille : du futur père 6,3% de la future mère 21,2%	5 déménagements pendant son enfance : pour le futur père pour la future mère 4,2%	
Histoire de troubles psychiatriques (par ex. : alcool, dépression, schizophrénie) chez les parents : du futur père 2,1% de la future mère 10,6%		
Fugues du foyer parental et/ou placement : pour le futur père 6,3% pour la future mère 23,3%		

A la lecture de ce tableau, la question se pose de différences importantes entre les données recueillies auprès de la future mère et du futur père.

Dès lors, se pose la question : quelle est la place du futur père ?

Il est présent dans 58% des situations, inconnu pour 12% des futures mères et connu mais absent dans 30% des situations.

Au sein de plus de 5% des familles, le conjoint n'est pas le géniteur. Dans près de 39% des familles concernées, le père est différent pour chacun des enfants nés antérieurement.

L'absence du futur père ou sa négligence implique que l'élément parental féminin domine.

Une autre dynamique concerne le « bien-être psychologique de la future mère ».

Si le risque peut n'être chez certains futurs parents que l'expression d'une incompétence ou d'une inconscience, auprès d'un certain nombre, nous sommes en présence de futurs parents fortement carencés :

- futurs parents dépressifs (plus de 19%),
- toxicomanes (18%),
- atteints d'une déficience intellectuelle (plus de 18%),
- atteints d'un problème de santé mentale (plus de 11%)...

<i>Risques</i>	<i>Vulnérabilités</i>	<i>Forces</i>
Problèmes de dépression courante 19,1%	Problème de dépression par le passé 9,4%	N'a jamais eu de problème de dépression 10,6%
Autre(s) problème(s) de santé mentale 11,6%	A déjà eu des problèmes avec l'alcool, autres drogues ou médicaments 12,7%	N'a jamais eu de problème d'alcool ou de toxicomanie 19,0%
Problème courant d'alcoolisme ou toxicomanie 18,0%	Faible estime de soi 12,7%	Bonne estime de soi, confiance de pouvoir être un bon parent 19,0%
Déficience intellectuelle apparente ou documentée 18,0%	A déjà été suivie par un psychiatre, hospitalisée pour troubles nerveux 19,1%	
A peur d'être violente vis-à-vis du bébé 1,0%		
Se perçoit comme un mauvais parent 5,2%		

Nous relevons peu d'antécédents obstétricaux, si ce n'est un nombre relativement élevé de fausses couches et d'interruptions de grossesse.

La littérature nous dit que « 20% des grossesses débutantes ne conduisent pas à un enfant vivant ».

Au sein du groupe FMD⁵⁹, plus de 43% des grossesses antérieures n'ont pas été menées à terme.

Environnement instable, bien-être ou mal-être psychologique, tranches de vie difficiles...

Mais ce temps de la grossesse, de la naissance reste, pour certains, un temps de mobilisation...

Sur ce tableau, nous observons que « les forces » exprimées représentent un nombre de facteurs très important.

Près de 62% des futures mères s'inscrivent en consultation prénatale avant 20 semaines. 33% expriment leur désir de mener à bien leur grossesse. Les problèmes sont reconnus et exprimés par près de 50% des futurs parents. Enfin, près de 27% se montrent soucieux des besoins de l'enfant.

<i>Risques</i>	<i>Vulnérabilités</i>	<i>Forces</i>
Pas de suivi prénatal ou seulement après la 25 ^{ème} semaine 24,6%	Inscription en CPN de 21 à 25 semaines 13,4%	Suivi prénatal précoce, avant 20 semaines 61,7%
Grossesse non désirée avec demande d'IVG 4,1%	Suivi irrégulier <= 5 examens 10,6%	Grossesse désirée et/ou planifiée 32,8%
Grossesse non désirée sans demande d'IVG 21,2%	Vomissements pernicious 1,0%	Problèmes reconnus exprimés 48,8%
Grossesse non acceptée, considération d'abandon 1,0%	Retard de croissance intra-utérin 2,1%	Accepte les propositions 34,0%
Pas de comportement de préparation 11,6%	Hospitalisation MAP 6,3%	Respect des besoins de l'enfant 26,5%

Ces forces sont le signe d'un désir de changement exprimé par les futurs parents. Le changement est en devenir. L'équipe SOS, les TMS ONE peuvent en être un des agents...

⁵⁹ FMD = future mère en difficulté

Pour ces futurs parents en difficulté, la grossesse est davantage que pour d'autres chargée d'enjeux et de sentiments très contradictoires. Ce bébé est d'abord une promesse de changements : de tous les changements dont ils ont souvent rêvé : c'est comme si à ces futurs parents était donné la chance d'une nouvelle vie pour eux-mêmes, un avenir qui effacerait, réparerait leur passé blessé. Sentiment d'autant plus fort que leur vécu antérieur leur donne à vivre qu'eux-mêmes, enfants, ont été décevants. Ils ont le sentiment de ne pas avoir apporté cet avenir magiquement réparateur à leurs propres parents. Leur enfance a souvent été chaotique, triste, effrayante, mal aimée. Cette grossesse est donc, et surtout, promesse de liens. Enfin ils vont pouvoir être aimés et aimer.

Dans ce que les futurs parents disent reviennent encore et encore ces petites phrases : « *Maintenant que je vais avoir mon bébé... je ne serai plus triste, je ne me sentirai plus seule, je ne penserai plus à mon passé, je n'aurai plus besoin d'aide...* ».

Et ils ont peur : peur de recommencer ce que leurs parents ont fait, peur de leur insuffisance, d'être de mauvais parents, de ne pas comprendre leur bébé, peur de ne pas en être aimé.

Peur aussi des professionnels qu'ils rencontrent : peur de leur jugement, peur que leur enfant soit placé... Vis-à-vis d'eux souvent leur attente est grande mais masquée, leur besoin d'aide reste en retrait, dénié ou posé seulement sur un plan matériel ou social. En effet, on touche là à trois des aspects de leur expérience de vie :

1. Une culture familiale et de leur environnement social qui est une culture de défiance vis-à-vis des intervenants sociaux.
2. Une peur d'être déçu encore s'ils font confiance, se confient, établissent un lien. Ces futurs parents réactualisent avec nous les mauvaises relations qu'ils ont connues enfants. Ils ont peur d'une dépendance. Ils projettent sur le lien avec nous encore un rapport abandonnant, maltraitant.
3. Une représentation du besoin d'aide comme dévalorisante en soi : il faut en sortir seul. En effet, paradoxalement, leur narcissisme blessé ne peut s'accepter qu'en s'imaginant entièrement sans erreur, sans insuffisances et cela surtout dans leur fonction parentale. Ceci est peut-être encore plus vrai pour la future mère. En effet, notre culture accorde beaucoup de valeur au rôle maternel. Une mère se sentira d'autant plus reconnue comme personne qu'elle aura le sentiment d'être une bonne mère.

Et nous, professionnels de périnatale, quels vont être face à ces parents nos inquiétudes, nos espoirs et nos enjeux ?

⁶⁰ Psychologue, équipe SOS Enfants anténatale Ulg (APALEM) – Consultation prénatale ONE – CHU La Citadelle – Boulevard du XIIème de Ligne, 1 – 4000 Liège.

Comme eux, nous sommes dans une difficulté à anticiper, nous sommes dans le présumé, jamais dans l'avéré. Même s'il y a d'autres enfants dans la famille qui indiquent l'existence du risque, une histoire n'est pas forcément l'autre. Même si des indices de vulnérabilité nous inquiètent. Nous ne pouvons pas perdre de vue trois éléments qui précarisent nos interventions :

1. Les futurs parents se présentent en toute liberté à notre consultation prénatale et peuvent à tout moment en repartir sans nous ayons le moindre pouvoir pour les retenir.
2. Aucun signalement ne vient nous désigner une mission.
3. L'enfant à naître n'a pas, jusqu'à sa naissance, de statut légal.

La difficulté et le formidable potentiel de ce travail périnatal sont de toujours nous faire travailler en équilibre dans une tension entre deux pôles : l'évaluation et le soutien.

Une des conditions indispensables pour évaluer le présent étant de pouvoir imaginer l'avenir, nous devons anticiper en prenant en compte les ressources et les vulnérabilités de ces futurs parents mais aussi, simultanément, le processus de changement que la grossesse et notre action peuvent engendrer.

Il est assez remarquable de constater, a posteriori, que nos préoccupations et nos actions ont une parenté étroite avec les thèmes que D. Stern définit comme constituants de ce qu'il nomme la constellation maternelle.

Qu'est-ce que cette constellation ? C'est l'organisation psychique particulière d'une femme devenant mère et qui transforme pour une période transitoire de quelques mois à quelques années ses intérêts, ses peurs, ses désirs. Cette évolution psychique indispensable doit conduire à des comportements adaptés.

Elle s'articule autour de quatre thèmes qui sont :

1. La capacité à assurer la croissance de vie et les besoins vitaux du bébé.
2. La capacité à développer un engagement émotionnel avec le bébé.
3. La capacité à installer un réseau de soutien autour d'elle comme mère.
4. La capacité à modifier son image d'elle-même pour entrer dans son identité de mère.

Que se passe-t-il avec ces futurs parents, en difficultés, qui ont manqué de supports nécessaires à un devenir psychique harmonieux ?

L'apparition de ces thèmes dans leur vécu est souvent chaotique, contradictoire, parfois à peine perceptible ou même niée. La pratique nous montre que nous avons un rôle à jouer pour faire émerger de façon plus structurée et plus consciente ces points d'évolution. Reprenons-les plus en détails.

1. Le premier de ces thèmes est l'interrogation de la future mère vis-à-vis de sa capacité à assurer de façon adéquate la croissance de la vie pendant la grossesse et les besoins vitaux de l'enfant après la naissance. C'est aussi un des premiers soucis dans notre accompagnement : il s'agit d'entendre ce que ces futures mères expriment comme peurs et sentiments d'incapacité ; il s'agit aussi de conseils donnés pour un meilleur équilibre de santé pour elle et leur enfant. Par exemple, pour les futures mères toxicomanes, ne pas prévoir un sevrage pendant la grossesse ou si elles sont sous méthadone, de ne pas diminuer trop fort les doses à ce moment-là.

Les raisons en étant :

- a. si elles font un sevrage pour elle, le bébé le fait aussi sans y être aidé ;
- b. la période de la grossesse et de l'accouchement comporte trop de bouleversements émotionnels et de possibilités de stress : un sevrage dans ces conditions a toutes les chances d'échouer et de conduire à la reprise du produit...

Concernant la capacité à assurer les besoins vitaux du bébé après la naissance, un des indices que nous relevons comme une prédiction favorable est la capacité de cette future mère à se prendre elle-même en charge (démarches diverses, gestion de ses besoins essentiels, capacité à demander de l'aide, ...).

2. Le deuxième de ces thèmes est celui de la relation primaire, c'est-à-dire de la capacité de la jeune mère à établir un véritable lien avec le bébé, notamment dans la première année de vie. Beaucoup de ces futures mères et jeunes mères expriment leurs inquiétudes ou leurs difficultés à ce propos, et là nous est renvoyée une question centrale, celle de notre propre lien, celui que nous arrivons à établir avec ces futurs parents. Confrontés à des réactions contradictoires parfois insistantes, parfois fuyantes, parfois rejetantes, comment éviter d'osciller entre la proximité et le rejet, rester dans l'empathie et offrir cette continuité du lien qui leur a si souvent manqué. La réussite de l'établissement de ces liens entre ces futurs parents et nous peut influencer de façon favorable la qualité du lien qu'ils peuvent établir à leur tour avec le bébé. On peut dire que cet objectif est prioritaire dans notre travail.
3. Le troisième de ces thèmes : la matrice de soutien nous conduit au cœur même des besoins des futurs parents et à notre souci de construire pour la mère, avec le père, un réseau de soutien bienveillant et protecteur accepté et régulé par ces futurs parents. Cette construction se fait dans la réalité concrète et se vit d'abord au présent : recherche de logement adéquat, achat de layettes, remise en ordre du budget, etc. Nous initions ou nous accompagnons ces démarches de diverses façons. Cette construction se fait aussi au futur : notre intervention se faisant (en tout cas pour les travailleurs sociaux de la consultation prénatale) dans un laps de temps limité et notamment avant la naissance du bébé, il est primordial là aussi d'anticiper. Nous prévoyons donc, avec l'accord des parents, des relais qui assureront un suivi structurant et bienveillant. Des supports qui, tout en étant durables, seront modulables. Parallèlement à cet accompagnement concret, un travail thérapeutique permet l'élaboration de repères dans la tête : c'est un travail de va-et-vient répété entre le présent et le passé, entre leur vécu actuel et leur présentation d'eux-mêmes enfant. Un travail patient de fourmi pour dépasser un passé difficile, pour transformer la répétition en repères, pour donner du sens et assurer, ainsi, à la future mère une meilleure compréhension de l'expérience de maternage dont elle a elle-même été l'objet dans son enfance. Même avec des souvenirs réduits, le regard intéressé du thérapeute peut permettre l'évocation de ce bébé qu'ils ont été et favoriser ainsi une dynamique psychique. Dans ce travail psychique, c'est le plus souvent le thérapeute qui porte le désir de réussite, la croyance dans la capacité de ces futurs parents. Cet investissement positif dans leur évolution est un des puissants facteurs de changement ; tout au long de cette période périnatale, il participe à ce mouvement de portage bienveillant et cohérent de l'ensemble des professionnels coordonnés.

4. Ceci nous amène au 4^{ème} thème qui est la capacité de ces futures mères à transformer leur identité, de passer de fille à mère, de femme à parent. Le besoin de modèle est évident. Aussi, beaucoup d'embûches se présentent pour ces futurs parents en raison de leur passé et de références à des modèles changés négativement, en particulier de la carence que ces futurs parents ont souvent connu comme fils ou fille. Ces carences les ont souvent confrontés à une solitude psychique débutant fréquemment à un âge précoce et les conduisant à se débrouiller seuls beaucoup trop tôt. Il est plus difficile de passer de l'enfance à la parentalité quand on n'a pas eu son comptant comme enfant et que l'attente de ce dû est toujours bien présente. Un des facteurs d'évolution et de prédiction positive que nous avons constaté cliniquement est corroboré par des études menées notamment par D. Stern. La construction par les futures mères et mères d'une représentation plus élaborée, plus cohérente et aussi plus distanciée de leur expérience précoce malheureuse leur permet d'accéder elle-même au statut de mère malgré les difficultés passées. Le rôle de soutien qu'a le thérapeute dans cette élaboration participe à l'établissement d'un lieu sûr avec leur enfant. Pour citer D. Sterne : « *La cohérence narrative l'emporte sur la vérité historique comme prédiction plus forte* ».

En conclusion :

La future mère et la jeune mère ont besoin d'être soutenues, appréciées, encadrées par un environnement bienveillant. Dans ce contexte, elles se retrouvent alors, dans les conditions qui étaient ou auraient dû être importantes pour elles dans leur petite enfance.

Certes, le bébé va contribuer par ses demandes et ses interactions à transformer une femme en mère, mais il nous paraît évident de souligner qu'il n'existe pas de mère sans un environnement qui la contient et définit son rôle.

Regard français sur les équipes SOS Enfants, à partir d'une perspective européenne

Alain GREVOT⁶¹

Introduction

« Ce que nous nous représentons des autres gens, ce que nous voyons de nous-mêmes lorsque nous nous regardons dans un miroir, dépend de ce que nous connaissons du monde, de ce que nous croyons possible, des souvenirs que nous gardons, de notre préférence pour le passé, le présent, ou l'avenir. Rien n'influence plus notre aptitude à faire face aux difficultés de la vie que le contexte au sein duquel nous les contemplons... ».

Théodore Zeldin, « Une Histoire intime de l'Humanité ».

Les dispositifs de protection de l'enfance sont issus des contextes historiques, culturels, idéologiques, politiques où ils opèrent, les choix faits lors de leur conception reflètent et affirment les valeurs et principes fondamentaux qui traversent les sociétés dont ils sont issus.

L'étude des dispositifs des pays d'Europe de l'Ouest, aux niveaux socio-économiques proches, aux histoires étroitement imbriquées, ainsi que celui des pays nord-américains, montre, en ce début de siècle, des tendances fortes partagées, mais aussi et surtout des singularités importantes. Singularités qui permettent d'affirmer que l'uniformisation des politiques et des pratiques n'est pas envisageable à moyen terme.

L'« école belge » de la protection de l'enfance se distingue au sein de ce paysage de diversité par l'affirmation d'une approche spécifique de la question de la maltraitance, incarnée par les équipes SOS Enfants.

Dans une première partie, nous évoquerons les sources des singularités constatées dans huit dispositifs européens ; dans une seconde partie, nous évoquerons ce qui, à nos yeux, caractérise l'originalité de la politique de la Communauté française de Belgique en matière de réponse aux problèmes de maltraitance envers enfants⁶².

⁶¹ Directeur des Services de protection judiciaire des mineurs -JCLT- Service d'Interventions Spécialisées d'Action Educative (Enquêtes sociales, IOE, AEMO, Administration ad hoc), 30bis, rue Bossuet – F. 60000 Beauvais. Tel. : +33344111515 – fax : +33344111510 – e-mail : a.grevot@jclt-sisae.com, Association JCLT 127, rue Jean Poulmarch, F. 75010 Paris. Tél. +33140187500 - site internet <http://www.jclt.asso.fr> ; Membre de l'Observatoire national enfance en danger.

⁶² Les travaux comparatifs servant de base à cette intervention sont, pour une large partie, présentés dans le livre « Voyage en protection de l'enfance, une comparaison européenne ». Édition du CNFE – PJJ de Vaucresson (54 rue de Garches – F-92420 Vaucresson)

1^{ère} partie :

Diversité des systèmes de protection de l'enfance, et notamment de la place accordée à la question de la maltraitance et des enjeux y afférent

Les fondements de la diversité européenne en matière de protection de l'enfance

À partir des travaux comparatifs, entrepris par la cellule Étude et Développement du service SISAE⁶³ de l'Association JCLT, avec huit dispositifs européens⁶⁴, on peut dégager six éléments jouant un rôle majeur dans l'affirmation de ces singularités :

- **La structure de l'État** : Dans tous les pays, la protection de l'enfance est mise en œuvre par les collectivités locales (provinces, régions, communes) mais l'influence de la structure étatique reste fondamentale. Deux pays incarnent une tradition de pouvoir central fort : le Royaume-Uni et la France. Alors que l'État britannique pilote de manière offensive le dispositif de protection de l'enfance, l'État français semble être en difficulté pour garder un tel rôle. Les états fédéraux comme l'Allemagne ou la Belgique s'inscrivent en référence à un principe politique et opérationnel fort, la subsidiarité. Ceci signifie donner une priorité à la gestion de proximité et à l'action des représentants des institutions issues de la société civile, et à la progressivité des réponses apportées aux problèmes. L'Italie se rapproche aujourd'hui des États-Unis avec un gouvernement central jouant un rôle principalement incitatif, les collectivités locales développant des moyens extrêmement hétérogènes.
- **La notion de famille** : Si les modes de vie familiaux tendent à s'uniformiser en Europe occidentale, la dimension symbolique de la famille est sujette à différences. Pour le monde anglo-saxon, la famille se définit avant tout comme la réunion d'individus ayant des droits et des intérêts propres, l'enfant, l'adolescent occupent le cœur de l'approche « protection de l'enfance ». Pour l'Allemagne, la famille demeure encore avant tout la dyade mère-enfant. En Italie, la symbolique familiale varie d'une conception « forteresse » dans le sud, à une conception « coopérative » dans le nord urbain. La France reste le principal pays en Europe occidentale à accorder aux liens biologiques un caractère quasi-sacralisé dont le droit civil, et notamment la loi d'assistance éducative, est l'expression.
- **La conception de la minorité** : Il est nécessaire de distinguer aujourd'hui la phase « enfance » de la phase « adolescence » dans l'approche comparative des systèmes de protection de l'enfance. Ainsi, la Belgique donne à l'adolescent un rôle parfois décrit comme celui de « co-décideur » et la loi allemande *KJHG 1991* énonce clairement que l'action publique d'aide à la jeunesse doit favoriser le soutien à la parentalité pour l'enfant de moins de treize ans, mais appuyer l'apprentissage de l'autonomie pour l'adolescent, et les pratiques effectives placent celui-ci dans une position d'acteur parfois déroutante pour un observateur français.

⁶³ Service d'Interventions Spécialisées d'Action Éducative (Enquêtes sociales, IOE, AEMO, Administration ad hoc) 30bis rue Bossuet – F-60000 Beauvais. Tel. : +33344111515 – fax : +33344111510 - contact : a.grevot@jclt-sisae.com Association JCLT 127, rue Jean Poulmarch – F-75010 Paris. Tel. : +33140187500 - <http://www.jclt.asso.fr>

⁶⁴ Allemagne, Angleterre, Écosse, Belgique francophone et néerlandophone, Italie et Pays-Pas et France.

- **La relation État/famille :** La France et l'Allemagne sont les représentants d'un modèle d'État social fort avec des politiques sociales à spectre large (Belgique et Pays-Bas se rattachent à ce modèle) alors qu'Italie et surtout Royaume-Uni se rattachent à un modèle d'État social à politiques ciblées sur des catégories de populations ou des types de situation. Les dispositifs de protection de l'enfance peuvent, comme en France, s'inscrire en articulation forte avec les politiques sociales globales, ou plus à distance comme en pays anglo-saxon.
- **La structure des sociétés :** La France est un exemple fort d'État-nation où le concept de citoyenneté française reste porteur d'un ensemble de valeurs à vocation universaliste et où la notion d'intérêt général fusionne avec celui de l'État, à la différence des pays dits de subsidiarité (Allemagne, Pays-Bas, Belgique) où la notion d'intérêt général est portée tant par les pouvoirs publics que par des institutions représentantes des divers courants de la société civile. Les pays anglo-saxons sont porteurs d'une conception communautaire valorisant les différences, et où, d'une manière générale, l'intervention de l'État ne doit pas affaiblir les potentiels individuels ou communautaires. La Justice anglo-saxonne vise de ce fait à garantir la résolution de conflits, en protection de l'enfance comme dans les autres domaines, elle se situe dans un tout autre registre que la justice des mineurs française qui, dans son action civile s'inscrit comme un relais entre l'État et les familles dans leur rôle parental.
- **Le poids de l'histoire :** La protection de l'enfance est, pour une large part de son activité, une affaire d'intrusion de l'État dans la sphère privée. Les pays ayant connu au cours du XXe siècle des régimes à caractère totalitaire, telle l'Allemagne, continuent aujourd'hui à être très vigilants quant à l'intervention publique dans la sphère privée. Les pays qui ont vu les villes ou provinces jouer un rôle majeur dans leur construction politique et sociale sont ceux qui voient les collectivités locales administrer le plus librement le dispositif local de protection de l'enfance ; la diversité d'organisation du *Jugendamt* allemand en étant l'illustration. Les exemples écossais et belges montrent enfin, que l'affirmation de valeurs fortes en matière de protection de l'enfance peut accompagner des processus contemporains d'autonomisation territoriale.

La maltraitance envers enfants, au cœur ou à la périphérie des systèmes de protection de l'enfance

L'ensemble des pays occidentaux est aujourd'hui doté de législations permettant aux citoyens, et aux professionnels en contact avec les mineurs, de porter à la connaissance des dispositifs officiels de protection de l'enfance les situations d'enfants victimes de maltraitance, à savoir d'atteintes physiques, sexuelles ou psychologiques graves. Le concept contemporain de signalement, au sens d'acte légalement légitimé, encouragé ou encore obligatoire, est né, à la fin des années 1970, dans les pays nord-américains et en Angleterre. Dans la plupart des Provinces canadiennes et États américains, et à un degré moindre en Grande-Bretagne, les politiques sociales sont de nature ciblée et limitée, et l'intervention de l'État ne dispose que de peu d'espace de légitimité. Dans ces pays, la question de la protection de l'enfance a trouvé réponse avant tout dans le champ de la maltraitance ou de l'abandon, seuls domaines où il est apparu légitime de voir les pouvoirs publics s'aventurer dans l'espace familial privé. Dans les dispositifs de ces pays, la maltraitance et le délaissement occupent une place centrale.

Le concept de maltraitance s'étant exporté en Europe au cours des années 1980, la France en 1989, la Belgique en 1985, l'Allemagne en 1990 ont connu des modifications de leur législation veillant à assurer une meilleure reconnaissance et prise en compte des situations de maltraitance. Dans tous ces pays, le concept de maltraitance, par sa dimension dramatique et d'ordre public, a profondément influencé l'ensemble d'un secteur de l'aide à la Jeunesse et aux familles, jusqu'alors centré sur des notions comme le danger, le risque, la compromission des conditions d'éducation. Toutefois on peut cependant considérer que le traitement de la maltraitance s'est installé en périphérie de systèmes plus ouverts à l'ensemble des difficultés rencontrés par les mineurs et leur famille, que ceux anglo-américains.

Quels enjeux autour de la question de la maltraitance : la possible séparation parents-enfants et la saisine de la justice

La question du traitement de la maltraitance ne peut être abordée sans prendre en compte les enjeux qui pèsent tant sur le mineur concerné et sa famille, que sur les travailleurs sociaux et autres professionnels de l'enfance qui sont à l'origine du signalement.

L'ombre de la séparation durable entre parents et enfant

Pour l'enfant et sa famille, l'enjeu majeur est la question de la séparation. Le déclenchement d'interventions d'aide et de soutien, demandés, négociés ou imposés est très majoritairement approché avec appréhension, anxiété ou crainte par les usagers des services de protection de l'enfance de tous les pays occidentaux. Les pays anglo-saxons européens, nord-américains et océaniques intègrent dans leur législation et dans leurs pratiques effectives courantes la possibilité de séparer définitivement (sans rupture du lien de filiation cependant) l'enfant de ses parents si ceux-ci ne sont pas jugés aptes à prendre en compte ses besoins basiques. Dans tous ces pays ainsi qu'au Québec, l'objectif, de garantir à l'enfant stabilité et sécurité, est connu sous le nom de « principe de la permanence ». Le gouvernement anglais évalue la qualité de son dispositif, dans le cadre du programme « *Quality protects* » à partir d'indicateurs comme le délai existant entre le constat établi et consolidé de carences/négligences de la part des parents et la mise en œuvre d'un placement en vue d'adoption. Le programme « *Looking after children* », élaboré initialement en Angleterre, aujourd'hui utilisé dans de très nombreux pays de tous les continents, vise à évaluer la qualité des suppléances familiales offertes aux mineurs pris en charge par les organismes officiellement compétents ; il insiste sur la stabilité des liens avec les suppléants familiaux plus que sur ceux avec la famille d'origine. L'Italie, à un degré moindre que les pays anglo-saxons, intègre l'adoption imposée dans ses pratiques effectives.

Les pays disposant de l'adoption imposée légalement, dans leur panel de réponses aux situations de négligences/délaissement/carences graves, voient l'ombre de cette possibilité planer dès le travail initial de recueil du signalement : crainte pour les parents et parfois l'enfant, lourde responsabilité pour le professionnel traitant le signalement. On constate que ces dispositifs ont en commun d'avoir donné une place importante aux travaux sur la mesure des capacités parentales effectives et des besoins de l'enfant (concept d'évaluation basée sur les besoins, en anglais « *needs led assesment* ») dans le référentiel utilisé pour évaluer les signalements.

L'influence déterminante sur les pratiques du type de Justice civile pouvant imposer l'aide ou la suppléance

En ce début de XXI^e siècle, l'ensemble des pays occidentaux donne à la Justice civile le pouvoir d'imposer de l'aide, des obligations ou une suppléance. Le renforcement de la place de la Justice civile dans les dispositifs date de la fin des années 1980. Jusqu'en 1989, les services sociaux anglais, par exemple, disposaient d'un large pouvoir de placement immédiat, pouvoir que leurs homologues scandinaves conservent encore aujourd'hui, mais de manière restreinte et sous contrôle d'instance interne incluant un magistrat.

On distingue classiquement deux grands modèles de Justice ; l'accusatoire (A) et l'inquisitoire (B). Nous résumerons ici les principes opérationnels en vigueur aujourd'hui dans le domaine de la protection de l'enfance.

A- Le premier modèle est celui de la Justice anglo-saxonne, incarnée par la « *Common law* ». Dans ce modèle, le but est d'arbitrer et de trancher dans des conflits entre tiers. L'acteur central est le Droit, la procédure. Le juge n'est que le garant de leur bon usage. Ce sont les parties à la procédure qui sont les acteurs du jeu. Le procès se fonde sur l'existence d'un conflit, d'une opposition. La prise de décision est donc un processus long, très technique, affaire d'avocats. Un procès concernant un placement d'enfants peut durer plusieurs semaines. Dans les pays se référant à ce modèle, le premier niveau de juridiction est souvent constitué de magistrats non professionnels et traite une large majorité des cas. En Angleterre, selon la nature de la situation et la stratégie (et les moyens financiers) des parties, il est possible d'accéder directement à des niveaux supérieurs de juridiction où siègent des juges professionnels. Les travailleurs sociaux sont en première ligne dans le procès tout autant que les parents et la technique de l'interrogatoire croisé⁶⁵ - médiatisée par le cinéma hollywoodien - met à rude épreuve les professionnels. Nous sommes là dans un monde totalement étranger à la culture judiciaire d'Europe continentale, et aux pratiques du procès civil qui lui est rattachée. C'est dans ce contexte que se sont mis en place les premiers « défenseurs des intérêts des mineurs », juristes ou travailleurs sociaux en charge de représenter le mineur et son intérêt : « *Guardian ad litem* » en Angleterre, « *child's advocate* » aux USA et au Canada. Leur rôle est d'examiner les arguments des parties qui s'opposent dans la perspective de l'intérêt du mineur concerné, et d'en faire part à la Cour.

Dans ce modèle, la preuve occupe une place centrale. Et cela influe bien en amont du judiciaire sur le traitement de signalements.

En effet, dans les pays inscrits dans ce modèle, on distingue très nettement la phase d'investigation – vérification de la matérialité des faits, de la fiabilité des témoignages, de l'adéquation entre la nature des faits et les bases légales d'intervention du dispositif de protection – de celle d'évaluation qui consiste à recueillir des éléments sur les contextes familiaux et sociaux, sur les personnes, à observer les comportements et à analyser tout ce matériau à partir de l'état des connaissances en sciences humaines et de la législation en vigueur.

⁶⁵ la « *cross examination* », ou interrogatoire croisé, consiste en l'interrogatoire des témoins par les avocats des différentes parties. Le but est pour l'avocat de la partie adverse de déstabiliser le témoin pour décrédibiliser son propos.

Dans ces pays, l'effet de filtre est important entre la phase investigation et celle d'évaluation (souvent 50 à 60% des cas ne sont pas retenus à l'issue de l'investigation), et les procédures s'imposant aux services évaluateurs sont très contraignantes (calendrier précis, garanties légales offertes aux familles, définitions précises des dangers présents encourus par le mineur et de leurs causes...). Les services évaluateurs sont soumis au regard critique des juristes bien en amont d'une éventuelle décision judiciaire, et les professionnels travaillent à partir de documents de guidance précis.

Un des exemples les plus aboutis en la matière est aujourd'hui le « package » « *framework for assesment* » anglais, élaboré par un groupe pluridisciplinaire conduit par le Pr. Arnom Bentovim. Cette valise de documents de guidance (présentation des besoins des mineurs, aide à l'analyse des comportements parentaux, vidéo d'entraînement aux entretiens...) est diffusée par le Ministère de la Santé dans tous les services ayant contact avec des enfants et des adolescents. Un des effets du poids de la dimension conflictuelle dans le procès accusatoire est le développement en contrepoint, par les professionnels de la protection de l'enfance, des pratiques d'intervention d'évaluation participative. Ainsi à partir de la Nouvelle-Zélande, et en particulier de la Nation Maori, s'est propagée dans de très nombreux pays la technique du « *Family Group Conference* », qui voit les services officiels laisser un espace initial à la famille pour proposer un plan de résolution des problèmes à partir de ses ressources propres. A Londres, le « *Marlborough Family Service* » a développé un modèle d'évaluation des capacités parentales basé sur l'approche dite multifamiliale qui voit des familles en risque de voir leur enfant placé à long terme, s'entraider sous le regard de professionnels pour trouver elles-mêmes des ressources jusque-là inexploitées.

B- Le second modèle, l'inquisitoire, est en place sur l'ensemble de l'Europe continentale de l'Ouest. Il donne au juge une place déterminante, c'est lui qui pilote la procédure et prend les initiatives en matière. Il peut s'agir d'un juge unique (Allemagne, Belgique, Pays-Bas, France...) ou d'un collège de juges (Italie). Dans tous ces cas, les juges sont des magistrats professionnels, éventuellement assistés d'échevins comme en Italie au Tribunal des mineurs. Ces juges peuvent également être compétents pour les questions de délinquance des mineurs (Belgique, Pays-bas, Italie) ou ne traiter que des questions de mineurs en situation de risque et de danger (Allemagne). Dans ce dernier cas, le juge civil compétent traite de l'ensemble des situations posant problèmes à un mineur, situations qui sont, en France, dispersées entre les champs de compétence des juges aux affaires familiales, des juges des tutelles et des juges des enfants.

Depuis le début des années 1990, à l'exception notable de la France, les juges civils d'Europe continentale ont vu leur rôle accorder une place croissante à la fonction d'arbitrage entre les familles et les services sociaux ayant compétence en matière de protection de l'enfance, et ce au détriment de la fonction de promotion de l'action à entreprendre ou encore du rôle intitulé en France de « rappel à la loi⁶⁶ ». La dimension procédurale s'est considérablement renforcée notamment en ce qui concerne les garanties offertes aux parents et aux mineurs (comme en Belgique).

⁶⁶ Rôle porté alors par l'ensemble des opérateurs de la protection de l'enfance, la loi n'étant pas considérée comme affaire exclusive des juges.

Ceci a amené à développer les instances de médiation entre familles et services sociaux, comme la commission de médiation flamande qui est saisie systématiquement avant toute saisine du Parquet du Roi (sauf cas d'urgence). Sans atteindre le niveau d'exigence des pays où règne la Justice civile accusatoire, l'évaluation des situations de mineurs en danger, en Allemagne, Belgique, Pays-Bas et même Italie, s'est inscrite au cours des dix dernières années dans une démarche de lisibilité et de débat contradictoire effectif obligeant les praticiens à se montrer, à affirmer leurs références et à négocier.

Quelle marge de manœuvre pour les services sociaux en amont du judiciaire ?

Les situations nécessitant une protection immédiate, en raison de la gravité et de l'immédiateté du passage à l'acte envers le mineur, sont partout aujourd'hui portées directement à la connaissance de l'autorité judiciaire, celle-ci pouvant être représentée par la Police (pays anglo-saxons et Québec) ou l'équivalent du Parquet français (pays d'Europe continentale).

Pour les autres cas d'inquiétude envers un mineur, l'autorité compétente pour recevoir et traiter les signalements est en général le service social public ayant compétence pour l'aide à la Jeunesse et aux familles, mais il peut ne pas être en situation de monopole, comme en Belgique et en Allemagne, où d'autres structures, telles les équipes spécialisées dans la prise en charge de la violence intrafamiliale⁶⁷ et les services sociaux scolaires peuvent être également reconnus comme « autorité compétente ».

Ces services sociaux d'Aide à la jeunesse et à la famille sont, en Allemagne le « *Jugendamt* », en Communauté française de Belgique « *l'Aide à la Jeunesse* » (en Flandre, de « *l'Assistance spéciale à la Jeunesse* »), en Angleterre les « *Social Services Department* », en Italie les « *Unités sanitaires locales* » ou « *les services sociaux communaux* », aux Pays-Bas le « *Raad* », bureau d'aide à la Jeunesse. Partout sauf aux Pays-Bas où le « *Raad* » dépend du Ministère de la Justice, ces services sont gérés par des collectivités territoriales.

En Amérique du Nord, les « *Child Protection Services* » (CPS) américains dépendent des États, et les « *Centres Jeunesse* » québécois ou leurs équivalents dans les autres provinces canadiennes dépendent de l'administration provinciale. L'organisation des « *Centres Jeunesse* » québécois sépare très distinctement le recueil et le traitement (évaluation) des signalements des applications (interventions). Les CPS américains ne font directement presque qu'exclusivement du traitement de signalements, se contentant d'organiser et piloter les actions qui en découlent. Ils disposent d'un pouvoir important en matière d'investigation, pouvoir détenu en Europe par les services de police judiciaire.

Le « *Jugendamt* » en Allemagne, les services « *d'Aide à la jeunesse/Assistance spéciale à la Jeunesse* » en Belgique, le « *Raad* » néerlandais et les « *Centres Jeunesse* » du Québec ont en commun d'être des services socio-éducatifs publics intervenant subsidièrement à des services sociaux généralistes à vocation préventive et communautaire, et de s'appuyer sur

⁶⁷ comme les équipes SOS Enfants en Communauté française de Belgique, Kind in Nood en Flandre et Kinderschutzzentrum en Allemagne, qui toutes s'enracinent dans l'école dite de « l'approche confidentielle » née aux Pays-Bas au début des années 1970.

des législations privilégiant expressément l'aide volontaire à l'aide imposée. En Belgique, Allemagne, Pays-Bas, les services sociaux communaux et le secteur associatif représentent l'amont de ces services spécialisés, tout comme les « *centres locaux de service communautaire* » (*CLSC*) au Québec. Caractéristique commune à l'ensemble de ce groupe, l'ancrage des services spécialisés dans des systèmes riches en politiques d'action sociale à caractère universel et permanent. Parmi ce groupe de pays, seul le Québec connaît la notion d'obligation de signalements pour l'ensemble des professionnels ou bénévoles intervenants auprès d'enfants ou d'adolescents. En cela, il se rattache à l'ensemble du groupe nord-américain. Dans le traitement des signalements, ces dispositifs mettent en pratique le principe de subsidiarité qui voit le professionnel en charge du traitement chercher à valoriser le rôle du signalant dans la construction de la réponse avant d'enclencher le niveau supérieur de réponse, à savoir les services sociaux officiellement compétents.

Au Royaume-Uni, les « *Social services Departments* » (*SSD*) relèvent de l'administration publique des collectivités locales des *Counties* (équivalent des départements français) en milieu rural, ou des *Boroughs* (équivalent tantôt des communautés de commune tantôt des arrondissements) en milieu urbain. Les « *Child protection Department* » constituent un sous-ensemble de ces services, tout comme le service d'Aide sociale à l'enfance constitue un sous-ensemble de l'administration sociale des conseils généraux en France. L'articulation entre le milieu scolaire, le service national de santé *NHS*, la police et les *SSD* est au cœur des stratégies gouvernementales et locales relatives aux mineurs en difficulté depuis le début des années 1970. L'Angleterre a été en Europe le pays pionnier dans l'approche conjointe Police/Services sociaux avec la création au début des années 1980 des « *joint investigation teams* ».

En Italie, les services sociaux communaux ont compétence pour toutes les questions relatives aux questions de mise en œuvre des droits et devoirs parentaux, leur action s'articule avec celle des Agences sanitaires locales qui gèrent les moyens du secteur sanitaire et social. La justice civile italienne exerce une véritable tutelle sur l'action des services sociaux communaux pour tout ce qui touche à la protection de l'enfance. En raison de l'extrême hétérogénéité de l'organisation des services sociaux italiens, on ne peut pas à proprement parler d'un modèle italien pour les services publics spécialisés Enfance/Famille.

Quelle communication et quelle formalisation pour l'évaluation réalisée par ces services ?

En Allemagne, à l'issue du travail d'investigation et d'évaluation, le « *Jugendamt* » organise une *conférence d'aide* où, aux côtés du travailleur social de ce service, sont présents les parents, l'enfant, si cela paraît nécessaire, et plus sûrement l'adolescent, ainsi que des représentants des structures impliquées dans le *Plan d'aide* proposée. Ce dernier fait l'objet d'une négociation et d'une formalisation reprenant le pourquoi de l'intervention, les conclusions, objectifs et actions proposés (moyens, calendrier, coût). Ce plan sera soit accepté et aura alors valeur contractuelle, soit refusé et alors soumis au juge civil si le « *Jugendamt* » estime qu'il doit être imposé. Ce type de démarche se retrouve en Belgique, aux Pays-Bas, mais aussi au Québec. L'accès, pour l'usager, aux éléments de l'investigation et de l'évaluation se fait alors bien en amont du judiciaire.

En Angleterre, les signalements font l'objet d'une première investigation, qui constitue un premier niveau de filtre ; si les faits paraissent fondés, une *conférence de protection de l'enfance* (CPCC) sera organisée à l'initiative du SSD. Instance administrative officielle, la CPCC regroupe les professionnels au contact de l'enfant et les parents de celui-ci. Les faits présents et observés directement sont débattus. La CPCC a pour objet de décider si l'enfant concerné doit être, ou non, inscrit sur le registre local de protection de l'enfance CPR.

Ceci constitue la porte d'entrée au dispositif officiel de protection de l'enfance, la famille se doit de réagir et le SSD d'agir. Un plan d'action découlera de l'inscription au registre, celui-ci pourra faire l'objet d'une négociation entre la famille, son conseil juridique ou encore son représentant. De la réussite ou de l'échec de ce plan découlera l'éventuelle saisine de la justice civile. À la différence des pays comme l'Allemagne ou la Belgique, l'amont du judiciaire anglais est déjà marqué par le poids des procédures, mais là encore le débat sur le bien fondé du signalement et sur les actions à entreprendre est présent bien avant l'arrivée de la justice civile dans le jeu.

2^{ème} partie :

L'approche de la Communauté française de Belgique en perspective internationale, un regard français

La construction d'un modèle original

En bâtissant son programme d'action « enfance maltraitée » à partir d'une démarche de recherche-action au début des années 1980, la Communauté française de Belgique a pu construire un modèle qui lui est propre, limitant l'effet déstabilisant dû à l'arrivée brutale du concept de maltraitance dans les systèmes d'Europe continentale basés sur un concept plus global et imprécis de danger, préjudice et orientés vers une offre assez large d'appui aux familles en difficulté. Comparativement, le dispositif belge relatif à la maltraitance apparaît plus lisible que dans la plupart des autres pays d'Europe continentale de l'Ouest. Il est également plus nuancé que le dispositif français qui reste profondément déstabilisé par le choc entre une orientation encore fortement familialiste et les réalités sombres et complexes du champ de la maltraitance intrafamiliale, faute d'une démarche initiale d'appropriation originale et de débats contradictoires comme ceux qui accompagnèrent la création des premières équipes SOS belges.

Un souci de créer un espace non stigmatisant

En s'abritant à l'ombre de l'ONE, qui leur a garanti une relative indépendance et en s'établissant dans un lieu de soin à caractère universel comme l'hôpital, les équipes SOS ont pu développer une approche non stigmatisante car positionnée dans une articulation réussie entre prévention auprès des familles fragiles, offres directes de conseils et soins (importance statistique de l'accès direct aux services), prises en charge de familles orientées après un diagnostic de maltraitance, et appui à des professionnels intervenant auprès de telles familles.

Une approche pluridisciplinaire, source de compétences reconnues et inscrite en réseau.

Une des singularités les plus marquantes des équipes SOS est leur réelle pluridisciplinarité ; la plupart des autres pays font face à une fragmentation des ressources sociales, de santé mentale, juridiques, et (ré-)éducatives, avec pour conséquence une grande dépense d'énergie à réguler les tensions et conflits de pouvoir et de compétences surgissant inévitablement en miroir des fonctionnements familiaux maltraitants. Il est ainsi intéressant de voir que les équipes SOS ont réussi, par cette stratégie, à s'affirmer comme des pôles de compétences reconnus, en utilisant de nombreuses références cliniques françaises dans leurs travaux, alors même que les Français éprouvent de fortes difficultés à bâtir des pôles ressources opérationnels en raison de la dispersion des compétences et d'un raisonnement centré plus sur la notion de mandat institutionnel (soin, administratif, judiciaire...) que sur celle de compétence effective.

La stratégie belge, incarnée par les équipes SOS, semble avoir permis globalement que l'inquiétude éprouvée pour un enfant/adolescent puisse être le carburant alimentant le dispositif de réseau (social, soins, justice) de traitement des situations de maltraitance plutôt que d'être la source de réponses « parapluies » nécessitant une grande dépense d'énergie et de négociation pour bâtir des réponses cohérentes et stables comme c'est encore largement le cas notamment en France.

Une production de connaissances sur la clinique de la maltraitance.

Dans la suite de leur démarche fondatrice, les professionnels des équipes SOS ont réussi à produire régulièrement de la connaissance sur la question des maltraitances intrafamiliales et des pratiques cliniques utilisables pour leur traitement, ce qui constitue une ressource extrêmement appréciable pour tous les praticiens francophones, rares étant les travaux en langue française reposant sur des travaux d'équipe et des échantillons réellement significatifs de la population rencontrée.

Un miracle économique !

En développant le réseau des équipes SOS Enfants pour un budget annuel, équivalant au budget de prises en charge de suppléance familiale (placement familial et maison d'enfants) d'un département français de taille moyenne, la Communauté française de Belgique réalise une véritable prouesse économique, mais sans doute au prix d'une dose d'engagement de ses professionnels, productrice de lassitude et de turn-over, dans les équipes, pouvant mettre en cause la qualité et la continuité du travail produit.

Conclusion

Il est difficile d'assurer la continuité des politiques de prévention et traitement de la maltraitance dans des dispositifs plus préventifs que protectionnels, comme c'est le cas en Belgique, Allemagne, et France. En France, le cœur du système étant l'appui aux familles, la question de la maltraitance suit un mouvement pendulaire permanent oscillant, suivant les sensibilités personnelles et/ou idéologiques des ministres concernés, entre promotion du traitement pénal systématique pour les parents suspectés d'être auteurs de maltraitance et séquence de repentance publique au nom de la nécessaire « Bientraitance » des familles en difficulté. La Communauté française de Belgique semble, à partir des témoignages entendus lors de cette journée anniversaire, avoir réussi plus que ses voisins continentaux à préserver une ligne claire, stable et progressive dans son approche du traitement de la maltraitance envers enfants.

Comme le constataient, en juin 2002, les membres du centre d'Excellence canadien sur le bien-être de l'enfant, il est difficile pour les praticiens de la protection de l'enfance de faire passer efficacement des messages et recommandations aux décideurs politiques. Aussi, pour le praticien français « voyageur en protection de l'enfance », auteur de cette contribution, il est important de témoigner de la richesse et de la valeur de l'école belge de la maltraitance, et d'exprimer le souhait que les prochaines législatures de la Communauté sauront consolider et développer le dispositif des équipes SOS Enfants, qui constitue une référence sur le plan international.

Avec nos plus vifs remerciements pour l'invitation qui nous a été faite de participer et contribuer à cette journée anniversaire.

Synthèse des ateliers

Atelier « Les équipes et la famille »

Modérateur :

Marie-José LALOY, sénatrice

Personnes-ressource :

Claire MEERSSEMAN, psychologue, équipe SOS-Enfants de Charleroi

Éric MATHY, psychiatre infanto-juvénile, Centre de Protection de l'Enfance « L'Accueil » de Gosselies

Rapporteur :

Yvon GODEFROID, ONE

La famille occupe une très grande place dans les relations avec les Equipes SOS-Enfants. D'abord, parce que les auteurs de maltraitance sont des membres de la famille proche ou élargie dans 87 % des situations⁶⁸. Ensuite, parce que les personnes non professionnelles qui signalent les situations de maltraitance aux équipes SOS-Enfants font souvent partie de la famille de l'enfant : ce sont les mères (48% des signalements non-professionnels) qui font appel le plus souvent aux équipes SOS-Enfants. Viennent ensuite les parents et la famille élargie (15 %) et les pères (13%)⁶⁹.

La difficulté pour les équipes SOS-Enfants concerne particulièrement les signalements des situations de maltraitance par des personnes extérieures au noyau familial. Comment aider l'enfant dans ce contexte, alors que la personne qui appelle n'est ni la mère ni le père ?

Le déclencheur est le sentiment de malaise qu'éprouve le signaleur autour de l'enfant, le climat d'inquiétude autour de la maltraitance mise en acte et c'est d'abord cette inquiétude elle-même que l'équipe SOS-Enfants analysera.

Le premier appel de l'équipe à la famille est l'occasion de recentrer sur l'enfant, de mobiliser les parents autour de cette souffrance.

Peu à peu, l'équipe doit se distancier du signalement en tant que tel et s'inquiéter de l'état de l'enfant : état de santé, urgence, crise imminente, etc. Est-ce que les parents concernés nient ou reconnaissent ce qui se passe ? Quel réseau d'aide existe déjà autour d'eux ?

Dès la première réunion clinique, on analyse la situation familiale et on tente d'y répondre de manière créative.

⁶⁸ Rapport d'activités 2001 de l'Action Enfance Maltraitée de l'O.N.E.

⁶⁹ Ibidem

A ce niveau, la pluridisciplinarité propre aux équipes est indispensable, non seulement parce que la maltraitance touche l'enfant dans sa globalité (aspects psychiques, juridiques, sociaux, médicaux du problème) mais aussi parce qu'un seul intervenant ne peut rien à lui tout seul. Le travail en réseau est donc indispensable.

La concertation entre les intervenants permet de prendre du recul et de partager l'expérience acquise pour comprendre quelle est la dynamique familiale qui soutient ce passage à l'acte.

Les équipes entrent en contact avec des familles en perte de repère éducatif. Problème transgénérationnel ou non, ce sont des familles où les liens parents-enfants sont très fragiles. L'enfant est peu pris en compte par rapport à ses besoins réels, les parents sont trop pris par leurs propres besoins. Un rapport de force se crée entre ces deux niveaux de demandes mais le plus souvent, celle de l'enfant provoque souvent l'agressivité des adultes ! «C'est lui ou c'est moi ! ».

La question centrale de l'atelier se pose donc en ces termes : comment, dans ce contexte, aider efficacement les familles ?

Les équipes offrent un lieu où l'on s'arrête, où on met du lien dans l'histoire de chacun. On essaye d'aller toucher l'enfant blessé à l'intérieur même du parent, mais la plupart des adultes commencent par résister, refusent d'admettre, se protègent.

Le temps du développement de l'enfant est différent de celui de l'adulte. Pour l'enfant, il y a urgence, le temps est rare et précieux ! Mais aussi, il est nécessaire dans l'aide: on ne change pas des situations familiales d'un coup de baguette magique du jour au lendemain.

Il importe d'accompagner ces familles dans leur résistance, via un tiers, de plonger avec eux au cœur de leurs souffrances et de remettre du sens sur ce qui s'est passé.

Bien sûr, il convient de garder un certain recul mais l'enfant n'a que deux parents, et c'est donc avec eux, quoiqu'il coûte, qu'il faut œuvrer, dans la limite de leurs capacités.

A cet égard, les équipes SOS Enfants sont aussi des lieux de formation, des lieux où l'expérience peut se transmettre. La psychiatrie infantile constitue un outil précieux dans ce cadre. Elle permet de jeter un meilleur éclairage sur la réalité vécue par les familles.

Avant d'orienter la situation ou de l'ouvrir à d'autres intervenants, il faut d'abord éclaircir le terrain. Ce travail de proximité des équipes doit se faire avec les familles, même si elles sont méfiantes et sur le qui-vive (elles craignent et fantasment le retrait de l'enfant).

Et si les équipes n'existaient pas ? M. MATHY évoque le cas des toxicomanes qu'il est appelé à traiter dans un autre contexte et dont la plupart sont d'anciens enfants négligés ou drogués précocement par leurs propres parents. Si les équipes n'existaient pas, on aurait de plus en plus de conduites à risques de ce type et d'adultes irrécupérables en psychiatrie.

Puis la parole est donnée au public, très nombreux dans cet atelier. Mme LALOY suggère de prendre comme base de départ de la discussion le thème suivant : penser aux points sur lesquels les équipes pourraient s'appuyer pour améliorer le travail au niveau de la famille.

Premières interventions de la salle : quelqu'un rappelle le rôle des milieux d'accueil et des professionnels qui soutiennent les compétences des parents. Ces milieux d'accueil peuvent être d'une aide précieuse aux équipes mais il faut des moyens et du temps. Et plus encore pour les milieux d'accueil spécialisés, telles que pouponnières ou centres d'accueil, qui frisent eux aussi, comme les équipes, la saturation.

Les assistantes sociales de ces milieux d'accueil complètent en effet le travail des équipes, confirme une autre professionnelle, nous aidons les mamans à retrouver leur place de mère...

Un pédopsychiatre intervient qui parle du dépistage en prénatale. Il gère également une maison d'accueil pour enfants en difficulté. Il évoque une étude américaine sur le développement du cerveau de l'enfant et comment la maltraitance pouvait interférer gravement avec son développement. Il constate également qu'entre le stade de la prénatale et la reprise en charge de l'enfant en milieu d'accueil, il y a un « trou » où la prévention fait défaut.

Cet espace entre la prévention prénatale et le travail secondaire et tertiaire doit être comblé pendant la première année de vie. Plus tard, les parents commencent à culpabiliser trop et le travail s'avère plus difficile. Le pédopsychiatre dans la salle lance donc un appel vibrant en faveur d'une prévention primaire dès la première année de vie de l'enfant.

Une TMS dans la salle rétorque que cette prévention existe, et qu'elle est assurée par les consultations pour enfants de l'ONE, lesquelles réclament bien évidemment des moyens supplémentaires aussi ! Les TMS assurent un travail de prévention énorme.

M. MATHY approuve ce point de vue mais répond que, dans certains cas, la pathologie peut être si profonde qu'un traitement en ambulatoire n'est pas gérable. Certains parents peuvent exprimer leurs compétences parentales pendant une heure, ou un week-end, mais pas tout le temps. Le placement en institution prend alors tout son sens puisqu'un espace de parole est prévu avec les parents et les familles d'accueil.

Mme MEERSSEMAN ajoute que, selon elle, l'écartement de la famille doit en effet être parfois réalisé. D'où l'intérêt des milieux d'accueil, où l'enfant peut être confié à un tiers pour un temps, tout en effectuant un travail avec les parents pendant la durée de ce placement. Bien sûr, il existe des familles à haut risque qui ne sont suivies par personne et des enfants qui n'ont jamais rencontré de TMS.

On réagit dans la salle en précisant que les milieux d'accueil ne disposent cependant pas de professionnels formés pour faire face à ce genre de situations, d'où la nécessité de perfectionner encore ce type de formations.

Une psychologue attachée à l'équipe SOS Enfants de Tournai déclare qu'il faut de toute façon remettre en place une forme de parentalité, même partielle. Les équipes SOS Enfants étudient l'histoire transgénérationnelle des familles. D'anciens enfants maltraités peuvent retrouver le fil de leur propre histoire, comprendre pourquoi ils ont souffert. Ils refont contact avec l'enfant qui est en eux.

Une directrice de maison maternelle insiste enfin sur le rôle positif que pourraient jouer les grands-mères, comme c'est le cas dans les expériences « inter-âges ».

Un psychologue de Mons revient sur la notion de « parentalité partielle ». Attention, dit-il, les liens peuvent être également négatifs. Rompre le lien permet parfois de conserver la parentalité même : certains parents ne sont parents que par intermittence ou ne l'être que pour certains actes. L'important est qu'on ne les en culpabilise pas.

Atelier « Les équipes et le médecin »

Modérateur :

Alain DESTEXHE, sénateur

Personnes-ressource :

Hadelin HAINAUT, pédiatre, équipe SOS Enfants de Montegnée

Marie-Christine MAUROY, médecin-coordonateur du Service Général Accompagnement de l'ONE

Rapporteur :

Cedric DE JONGHE, ONE

Parmi les signalements professionnels, le réseau médical est celui qui signale le plus de situations de maltraitance aux équipes SOS -Enfants (26% des signalements professionnels)⁷⁰.

Le recours du grand public au médecin s'inscrit dans les habitudes : à qui faire appel prioritairement en cas de plaintes physiques, si ce n'est au médecin ? Le patient sait en effet qu'il peut trouver de l'aide, mais aussi la plus totale confidentialité, auprès de ce professionnel de la santé.

Par ailleurs, le médecin occupe une place essentielle au sein de l'équipe SOS-Enfants. Il sert de relais entre elle et les médecins de première ligne : son expérience dans le domaine de la maltraitance lui confère un rôle de référence pour ses confrères. Dans le cas d'une prise en charge, il informe ses confrères de terrain à propos du fonctionnement des équipes et leur explique ce qu'on peut en attendre. Ces contacts sont facilités par le fait que les médecins utilisent entre eux un langage technique précis pour décrire l'état de santé de leur patient.

⁷⁰ Rapport d'activités 2001 de l'Action Enfance Maltraitée de l'O.N.E.

De plus, lors de la réflexion menée en équipe, le médecin apporte une dimension spécifique liée à sa formation professionnelle. Puisqu'il est le spécialiste du corps (du «somatique», pourrait-on dire), son regard complète l'ensemble des autres approches que mène l'équipe pluridisciplinaire.

Ainsi, le médecin est compétent pour déceler d'éventuelles pathologies, tel que le syndrome de l'enfant secoué ou celui de Münchausen, dont les symptômes sont volontairement provoqués par l'un des deux parents. Ces aspects strictement médicaux ne peuvent de toute évidence être abordés indépendamment d'un diagnostic médical.

L'équipe ne fournit pas les preuves d'un fait, elle réunit un ensemble de réflexions (dont celles du médecin) qui témoignent finalement de la conviction de l'équipe. Il s'agira ensuite de travailler au niveau de la souffrance de l'enfant et de son entourage parental.

La discussion en atelier a réuni principalement des médecins des équipes SOS et d'autres intervenants de ce même secteur, les médecins de terrain étant peu représentés dans la salle. Au fil des débats, les opinions suivantes ont été exprimées :

- Le travail du médecin de l'équipe SOS-Enfant est insuffisamment reconnu et valorisé par ses confrères de terrain.
- La relève semble difficile à assurer. Si nombre de médecins SOS ont suivi le travail des équipes depuis leur création, une meilleure définition de leur rôle et de leur statut gagnerait à être mise en place et reconnu officiellement. Leur travail une fois reconnu devrait être rétribué décemment.
- Le travail des équipes est souvent mené jusqu'à la limite de ce que le judiciaire tolère. Certaines situations peuvent être d'une gravité extrême et c'est le rôle du médecin de l'équipe que d'estimer la mesure du risque. Dès lors, ces professionnels prennent des risques et font parfois face à de très lourdes responsabilités.
- Si le médecin des équipes SOS a un rôle de prévention, il est aussi un homme « de parole » : par le dialogue, il offre une ouverture aux parents qui cherchent de l'aide et leur permet de trouver des solutions sans qu'il soit fait appel à un système répressif. A cet égard, le médecin de l'équipe est souvent amené à faire office de modérateur face aux éventuelles menaces de représentants de la justice. Il n'en va pas de même pour les médecins de terrain qui auraient, quant à eux, plutôt le réflexe de signaler très vite à la justice tout comportement déviant. Leur opinion à l'égard du travail réalisé par leurs collègues des équipes SOS n'est pas toujours positive.
- Les médecins de consultation ONE travaillent essentiellement dans le domaine du préventif. Ils ont rarement l'occasion de consulter les équipes.
- Le signalement de situations à risque à la justice (situations de négligence/maltraitance) est obligatoire dans certains pays, ce n'est pas le cas en Belgique.
- Il y aurait lieu d'intégrer la dimension pédiatrique dans la médecine légale. Cet aspect implique une révision de la formation actuelle du médecin légiste.

- Le code de déontologie médicale vient d'être modifié tout récemment : le médecin doit opter pour une approche pluridisciplinaire de la situation s'il soupçonne qu'un enfant est maltraité, est abusé sexuellement ou subit des effets graves d'une négligence. Lorsque le médecin constate qu'un enfant est en danger grave, il doit sans délai prendre les mesures nécessaires pour le protéger. Si ce danger est imminent et qu'il n'y a pas d'autre moyen pour protéger l'enfant, le médecin peut communiquer au procureur du Roi ses constatations. Tous les médecins des équipes SOS-Enfants n'ont pourtant pas été tenus au courant en temps utile des modifications du code de déontologie.

Atelier « Les équipes et l'école »

Modérateur :

Luc TIBERGHIEN, député Communauté française

Personne-ressource :

Jean-Pierre PREVOST, psychologue, équipe SOS-Enfants de Luxembourg

Rapporteur :

Michaël HARZIMONT, ONE

D'après notre bilan statistique, en 2001, le réseau scolaire représentait 19 % des signalements professionnels de maltraitance aux équipes SOS-Enfants. Parmi les signaleurs professionnels, le réseau scolaire se classe donc en deuxième position, juste après le réseau médical (26% des signalements professionnels)⁷¹.

Par réseau scolaire, on entend non seulement les écoles, mais aussi les services PSE (Promotion de la Santé à l'École), PMS (Psycho-médico-social), etc.

Le réseau scolaire est considéré par les équipes comme un intervenant de première ligne et un observateur privilégié en matière de lutte contre la maltraitance pour les enfants en âge de la fréquenter. L'école joue en effet un double rôle en matière de lutte contre la maltraitance des enfants : un rôle de détection des situations anormales et un rôle dans le suivi de ces situations.

Les demandes des écoles aux équipes SOS-Enfants sont de nature différente : elles réclament tout d'abord une intervention dans l'urgence (dans 60% des cas), puis des conseils ou des avis relatifs à une situation précise (dans 40% des cas).

Lorsqu'elle ne fait pas appel aux équipes, à qui s'adresse alors l'école ? Elle se tourne vers ses services périphériques : les PSE et PMS.

Il apparaît que les équipes SOS sont relativement méconnues du réseau scolaire.

Ce constat est partagé par les deux parties. Les instituteurs et les directeurs ignorent même parfois les différents domaines d'intervention des services psychosociaux associés aux écoles.

⁷¹ Rapport d'activités 2001 de l'Action Enfance Maltraitée de l'O.N.E.

En cas de maltraitance supposée, ils ne savent donc pas toujours à qui faire appel ni comment agir. Selon le point de vue des équipes, l'école se comporte parfois de manière inadéquate en face de cas de maltraitance supposée (lenteur, indiscretions, contacts avec des services sans signalement aux parents...). Les écoles peinent à évaluer la véracité des faits pressentis et éprouvent souvent des difficultés à contacter les parents, de peur des retombées éventuelles sur le vécu de l'enfant, sur les enseignants, sur la réputation de l'établissement, etc. Elles peinent enfin à proposer une aide adéquate, qui ne soit ni trop légère ni trop « lourde ». Il y a donc lieu d'aider les enseignants à évaluer le caractère dangereux d'un cas de maltraitance et les recours possibles.

L'école a peu l'habitude de travailler en réseau, avec d'autres intervenants. Elle doit prendre conscience qu'elle peut être le moteur d'un tel travail, avant toute passation à un autre service compétent.

Certaines formations à la détection des signes de la maltraitance existent dans le cursus des instituteurs et régents, mais elles ne sont pas obligatoires. Les outils d'information existent mais ils devraient être accompagnés dans leur diffusion.

C'est également aux équipes SOS à privilégier le travail en réseau et les collaborations avec le milieu scolaire. Le manque de moyens financiers est alors montré du doigt par les participants à l'atelier : la coopération entre l'école, le PSE, le PMS et les équipes SOS appellent des moyens et du temps.

Quoi qu'il en soit, certains liens entre les équipes et les écoles ont déjà été noués et ont pu faire preuve de toute leur efficacité dans le traitement de la maltraitance. Une meilleure connaissance du travail des équipes et de l'aide qu'elles peuvent apporter aux enseignants (information et formation) doit donc être développée à l'avenir.

Atelier « Les équipes et le SAJ »

Modérateur :

Anne-Marie CORBISIER, députée Communauté française

Personne-ressource :

Liliane BAUDART, Conseillère de l'Aide à la Jeunesse de Namur

Françoise HUBERT, psychologue, équipe SOS-Enfants de Verviers

Nathalie WATS, psychologue, équipe SOS-Enfants de Verviers

Rapporteur :

Olivier DE BOCK, ONE

Parmi les professionnels, le SAJ signale 10 % des situations de maltraitance. Il se situe donc derrière le réseau médical (26 %), le réseau scolaire (19%), le réseau psychosocial (16 %) et le réseau « petite enfance »⁷².

⁷² Rapport d'activités 2001 de l'Action Enfance Maltraitée de l'O.N.E.

Concrètement, comment les équipes SOS-enfants collaborent-elles avec le SAJ? Comment leurs relations mutuelles sont-elles organisées et quelles sont les principales difficultés rencontrées dans ce contexte ?

Un fil conducteur est le protocole de collaboration entre l'équipe SOS-Enfants et le SAJ.

Le SAJ fait appel aux équipes SOS-enfants en leur donnant mandat d'éclaircir un cas supposé de maltraitance, sur base de l'article 36, 3° du décret du 4 mars 1991 relatif à l'Aide à la Jeunesse. Les équipes doivent établir dans un premier temps un diagnostic (médical, social, psychologique, juridique) et effectuer ensuite un bilan formalisé notamment dans le cadre d'une réunion triangulaire (Equipe SOS, SAJ et famille) afin de pouvoir évaluer la situation donnée.

Est-on oui ou non confronté à un cas de maltraitance ? Qui en est l'auteur ? Quels sont les principaux indices mettant en lumière des cas de maltraitance ? Comment peut être interprété l'indice de danger de maltraitance ? Quelles sont les capacités de la famille à se mettre en mouvement ? Quel type d'aide y a-t-il lieu de mettre en place ?

Après avoir rendu un rapport détaillé et motivé, les équipes proposent un programme d'aide à apporter aux enfants et si cela n'est pas contraire à leur intérêt, à leur milieu de vie. Ce rôle des équipes SOS-Enfants est essentiel pour le SAJ, compte tenu de l'approche pluridisciplinaire spécifique aux équipes SOS-Enfants.

L'équipe SOS-Enfants peut également être mandatée par le Service d'Aide à la Jeunesse, via l'article 36, 6° du décret du 4 mars 1991 relatif à l'Aide à la Jeunesse. Dans ce cas de figure, l'équipe a une place d'aide thérapeutique.

Différentes difficultés peuvent survenir comme notamment, le problème du secret professionnel et du partage de l'information. Faut-il communiquer le rapport aux parents et ce, malgré le risque que ce rapport soit utilisé en justice ou que sa communication soit contraire à l'intérêt des familles ? En principe, toutefois, les rapports des équipes SOS-Enfants sont rédigés en collaboration avec les parents, du moins dans la transparence, l'objectif étant notamment de permettre aux familles de rester acteur de leur histoire et les changements auxquels celles-ci sont confrontées.

Un autre problème rencontré est celui des faux accords signés par les parents avec le SAJ pour éviter d'être confrontés à la justice. Ces faux accords créent une situation de blocage pour les équipes SOS-Enfants, car les parents ont marqué leur consentement sans pour autant que cet accord corresponde à une reconnaissance des difficultés éducatives ou à un désir de changement. Il est difficile pour les équipes SOS-Enfants de mettre en place tant un bilan qu'un travail thérapeutique dans ces conditions de collaboration....

Une autre difficulté est l'appréciation de la notion de danger par les intervenants. Quand y-a-t-il danger pour l'enfant nécessitant la passage à l'aide contrainte ? Il pourrait être intéressant de clarifier les critères définissant les indices de danger, tant les seuils varient en fonction des individus, des services,

Le SAJ peut quant à lui, être sollicité par les équipes lorsque celles-ci ne parviennent pas (ou plus) à mobiliser les parents dans certains cas particuliers. Le SAJ peut alors devenir l'endroit où l'on redynamise les ressources de la famille et des intervenants. Le SAJ est en effet dans une position de médiateur entre les intervenants et les familles. Ce rôle est très important : il permet en effet à l'équipe SOS-Enfants de jouer son rôle thérapeutique, sans être à la fois juge et partie, le SAJ jouant alors le rôle de tiers. Dans ce but, l'indépendance de chacun est une donnée indispensable. La collaboration, par contre, doit être maximale. C'est pourquoi il importe de maintenir un espace d'échange et de dialogue entre les équipes et les SAJ. Malheureusement, le manque de moyens et la surcharge de travail des SAJ les rendent souvent peu disponibles pour jouer ce rôle qu'ils considèrent pourtant comme essentiel.

Atelier « Les équipes et la justice »

Modérateur :

Marcel ONGENA, membre du Conseil d'Avis de l'ONE, remplaçant Monsieur le sénateur MONFILS

Personnes-ressource :

Françoise DORANGE, juriste, équipe SOS –Enfants de Namur

Martine EDOUARD, assistante sociale, équipe SOS –Enfants de Namur

Pierre-André WUSTEFELD, juge de la jeunesse (Tribunal de 1^{ère} Instance de Bruxelles)

Rapporteur :

Marc WILLAME, ONE

Parmi les signalements professionnels, la justice signale 8 % des situations de maltraitance aux équipes SOS-Enfants. Elle intervient donc loin derrière le réseau médical (26 % des signalements de professionnels), le réseau scolaire (19%), le réseau psychosocial (16 %), le réseau « petite enfance » (10 %) et le SAJ (9%)⁷³.

La collaboration avec la justice s'effectue à différents niveaux : parquet, police, services d'aide à la jeunesse (SAJ), services de protection de la jeunesse (SPJ).

Il arrive que le Parquet fasse directement appel à l'équipe SOS-Enfants en vue d'obtenir un avis sur une situation. Dans ce contexte, SOS rencontre la famille au nom du parquet et remet un rapport à ce dernier.

Au terme d'une décision du tribunal de la jeunesse, le Service de Protection de la Jeunesse peut également faire appel à l'équipe SOS-Enfants, afin de réaliser un bilan dans les cas de suspicion de maltraitance ou de maltraitance avérée et d'examiner les possibilités de travail avec la famille. Si une rencontre avec celle-ci semble difficile ou inopportune, l'équipe envisage d'abord une coordination avec les autres intervenants pour mettre en place une réflexion commune.

⁷³ Rapport d'activités 2001 de l'Action Enfance Maltraitée de l'O.N.E.

Des demandes sont par ailleurs émises dans le domaine thérapeutique, lorsque le SPJ exprime un besoin d'aide à l'égard d'un enfant. Dans ce cas, le SPJ n'est pas informé du contenu des entretiens mais uniquement du fait que la famille se présente régulièrement ou non aux rendez-vous fixés.

L'équipe SOS-Enfants peut, quant à elle, interpeller la justice via les services d'Aide à la Jeunesse. Le décret du 4 mars 1991 prévoit en effet qu'avant de saisir la justice, tout doit avoir été mis en œuvre pour obtenir le concours de la famille. Si la collaboration avec cette dernière s'avère impossible, l'équipe interpelle alors le parquet.

M. WUSTEFELD précise que le contexte bruxellois est spécifique du fait de la situation bi-communautaire que connaît notre capitale. En effet, le tribunal de la jeunesse bruxellois travaille sur base de la loi du 8 avril 1965, du décret de l'Aide à la Jeunesse de la Communauté française du 4 mars 1991 et du décret de la Communauté flamande.

Vu la spécificité de cette situation, le reste de la discussion porte sur l'ensemble des autres arrondissements judiciaires où le décret de 1991 s'applique à part entière.

L'équipe SOS-Enfants précise que la collaboration avec la justice n'entame en rien l'indépendance de chaque secteur. La justice se situe au niveau de l'aide contraignante tandis que les équipes se situent dans le cadre de l'aide volontaire ou tout au moins consentie.

La place des équipes SOS-Enfants est en tous les cas, essentielle. L'équipe SOS-Enfant est indépendante et garante d'un autre regard, différent de celui de l'institution qui accueillera le jeune mais différent aussi de celui du TMS de l'ONE qui suit la famille. L'Equipe SOS – Enfant est en quelque sorte l'aiguillon amenant les intervenants psychosociaux ou judiciaires à remettre en question leur pratique.

Un intervenant constate que chaque secteur professionnel a son langage spécifique et qu'un dictionnaire commun est nécessaire pour pouvoir se comprendre. Il convient en effet que chacun saisisse bien le propos et les missions de toutes les autres structures.

La question du secret professionnel constitue également un enjeu important. Dans tous les cas, il faut trouver un équilibre entre l'échange utile et nécessaire d'informations et le respect du secret professionnel.

Toutefois, dans le cadre d'un mandat d'expertise judiciaire confiée à l'Equipe SOS-Enfants, celle-ci ne peut invoquer le secret professionnel. L'équipe se doit en effet de faire rapport à la justice qui l'a mandatée, sauf, bien évidemment, pour ce qui concerne les éléments étrangers à l'expertise.

Au sujet des expertises confiées par la justice aux équipes SOS-Enfants, un participant rappelle que le Conseil National de l'Ordre des Médecins a déclaré qu'expertise et thérapie étaient incompatibles. Il y a certes une possibilité d'effectuer une thérapie après une expertise, mais pas l'inverse. Ne pas confondre expertise et thérapie se révèle donc extrêmement important.

De manière générale, si les passerelles entre les intervenants sont certes essentielles, il faut éviter les confusions de rôle et clarifier les missions de chacun. Il faut que le judiciaire (TJ et SPJ) joue son rôle clairement. L'Equipe SOS-Enfants attend généralement du tribunal de la jeunesse une décision autoritaire (le rappel à la loi).

M. WUSTEFELD établit une distinction entre Bruxelles et les autres arrondissements. A Bruxelles, le tribunal de la jeunesse est responsable des mesures qu'il préconise et se porte garant de sa mise en œuvre. Il définit l'objectif et les moyens. Dans les autres arrondissements judiciaires, le juge prend les décisions, mais la mise en œuvre dépend du directeur d'aide à la jeunesse et du SPJ.

S'il est exact que la place normale d'un enfant se situe au sein de sa famille, certains intervenants dénoncent la tendance actuelle, à leurs yeux excessive, qui vise à privilégier le maintien en famille à tout prix et affirme que les institutions d'hébergement sont nécessairement mauvaises. Il s'agit cependant là d'un débat de société, qu'il faudrait approfondir dans un autre contexte.

Discours de clôture

Nicole MARECHAL⁷⁴

Voté le 16 mars 1998 en Communauté française, le décret relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitances a posé les jalons de la prise en charge de ces situations, dans une acception généraliste et spécialiste, selon une approche coordonnée.

Ce texte a abrogé le décret du 29 avril 1985 qui portait création des équipes SOS Enfants. Cette abrogation, conjuguée à l'absence d'arrêtés d'application du texte de 1998, a généré un contexte d'insécurité et d'inconfort pour vos équipes.

Face à cette nécessité impérieuse de cadre qui sera effective en juin 2003, faisons aujourd'hui le point sur les avancées qui assureront aux équipes, agrément et subsidiation :

1. Tutelle administrative

Par cet événement intitulé « L'Action Enfance Maltraitée : 25 ans d'expérience des équipes SOS Enfants. Et demain... », l'ONE donne aujourd'hui une illustration de son engagement comme tutelle administrative des équipes SOS Enfants. Le Gouvernement avait confirmé cette situation au printemps 2001. Le décret portant réforme de l'ONE du 17 juillet 2002 en a précisé le contenu dans son article 2 § 1 – 4° : « l'Office a pour mission de service public le suivi des équipes SOS Enfants conventionnées avec l'Office ».

L'élargissement du CCEM aux équipes actuellement conventionnées avec l'Aide à la Jeunesse représente une première étape dans ce processus d'harmonisation et de convergence de vos services spécialisés. J'ai demandé à l'ONE de poursuivre la formation continuée et collective qu'il met en œuvre au profit de vos équipes afin de vous réunir sur le volet clinique et thérapeutique, fondement même de votre action.

2. Harmonisation des équipes

La mise en application du décret qui vise prioritairement l'assise des équipes SOS, organisera l'harmonisation, l'agrément et le subventionnement des équipes SOS Enfants. Vos services pluridisciplinaires spécialisés dans la prise en charge des situations de maltraitances verront leurs missions confirmées.

Je n'envisage pas la création de nouvelles équipes. L'option poursuit le renforcement des équipes actuelles qui feront l'objet d'un agrément sur un territoire défini par arrondissement judiciaire.

⁷⁴ Ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé – rue Belliard, 9-13 – 1040 Bruxelles.

3. Refinancement

Dans le cadre du plan de la Charte d'Avenir, un refinancement, selon un scénario évolutif de 2005 à 2010, soutiendra cette priorité de renforcement des équipes, d'abord par une prise en compte de l'indexation et de l'ancienneté, ensuite par un renforcement des équipes en place afin de soutenir le développement des missions, telles que la prévention...

	Moyens alloués (€)	Moyens alloués (FB)
2005	620.000	25.010.738
2006	537.000	21.662.526
2007	537.000	21.662.526
2008	989.000	39.869.161
2009	1.035.000	41.751.797
2010	1.337.000	53.934.446

Ce refinancement, de 620.000 € à 1.337.000 € en cinq ans, suivant ce scénario progressif, sera inscrit dans les arrêtés d'application à titre de garantie.

J'ouvre ici une parenthèse pour confirmer que la question des avances provisionnelles a trouvé une issue favorable. Monsieur Bovy vous l'a annoncé, et je l'en remercie, l'ONE a dégagé une solution pour un report des tranches dues en 2003 et 2004.

J'ai moi-même encore autorisé cette année 2002 que le solde budgétaire couvre la tranche de cette année.

Par ailleurs, et dans l'attente de la revalorisation dès 2005, je me suis engagée, en accord avec Monsieur Bovy, à solliciter une revalorisation budgétaire (non récurrente) lors de l'ajustement 2003 afin, outre l'indexation, de couvrir déjà les anciennetés.

4. Encore...

Faut-il le préciser, cette mise en application du décret doit confirmer la composition pluridisciplinaire des équipes SOS Enfants ; pluridisciplinarité nécessaire à un diagnostic différentiel et à une approche plurielle et multifactorielle des enfants maltraités et de leur famille.

Je l'ai évoqué, les missions des équipes SOS seront confirmées par cette mise en application du décret :

- renforcées sur le plan communautaire par le décret et les arrêtés d'application ;
- elles trouveront aussi à affirmer leur singularité propre dans le cadre du projet d'équipe élaboré au sein de chaque SOS.

Ces missions seront organisées dans une articulation étroite avec le décret relatif à l'Aide à la Jeunesse et dans des liens de collaboration avec les Conseillers et Directeurs de l'Aide à la Jeunesse. Dans le sillage des arrêtés d'application du décret, les protocoles de collaboration entre les équipes et les conseillers d'une part, et les directeurs d'autres part, seront remis sur le métier.

Dans une même logique de transversalité et soutenant la dynamique de recherche-action dans laquelle restent inscrites les équipes SOS depuis leur création, un budget a été dégagé cette année afin de développer des projets-pilotes et des recherches. En effet, une problématique émergente nécessite une attention particulière : l'augmentation du phénomène d'abus sexuel par des mineurs sur des mineurs nécessite de mieux rencontrer cette problématique.

J'ai donc décidé de soutenir diverses recherches et projets-pilotes visant à établir des critères de diagnostic et de prise en charge des jeunes abuseurs, ainsi que des stratégies d'intervention cohérentes et coordonnées auprès des mineurs victimes d'abus sexuels par les différents services concernés (Aide à la Jeunesse, SOS Enfants, Service d'Aide aux victimes, Police, Justice, ...).

Le travail en atelier mené aujourd'hui a été l'occasion d'avancer dans ces différentes questions de collaboration qui vous lient dans votre quotidien professionnel.

Malgré les difficultés institutionnelles, les limites budgétaires vécues, pendant de longues années, par les secteurs de la Communauté française, les priorités que nous poursuivons doivent, sans cesse, remettre l'accent sur l'enfant, sur sa protection, l'aide et le suivi à lui apporter ainsi qu'à sa famille. Vous y contribuez au quotidien, c'est mon souci comme Ministre de tutelle.