

# **RAPPORT D'ACTIVITÉS 2014**

## **ÉQUIPE SOS ENFANTS – AIDE ET PRÉVENTION**

ASBL universitaire

Rue de la Liberté 56  
4020 Liège

04/342.27.25

[info@sos-enfants-liege.be](mailto:info@sos-enfants-liege.be)

## **ÉQUIPE SOS ENFANTS – AIDE ET PREVENTION**

ASBL Universitaire

Rue de la Liberté 56  
4020 Liège

Tél. : 04 342 27 25

Fax : 04 342 76 35

Courriel : [info@sos-enfants-liege.be](mailto:info@sos-enfants-liege.be)

### **1. Forme juridique – pouvoir organisateur**

L'équipe SOS Enfants – Aide et Prévention de Liège est une équipe dite « universitaire » parce qu'elle a été créée en 1979 suite à une recherche action sur la problématique des enfants maltraités, confiée par le gouvernement fédéral à l'ULG.

La mission a été attribuée au Professeur Geubelle, à la tête du département de Pédiatrie, à l'hôpital de Bavière à Liège. L'équipe SOS Enfants – Aide et Prévention du département pédiatrique de l'Université de Liège a été reconnue équipe pluridisciplinaire SOS Enfants.

Le service SOS Enfants – Aide et Prévention est devenu une ASBL universitaire en 1990. Depuis sa création, l'équipe SOS Enfants comprend une majorité de membres de l'ULG au sein de son Assemblée Générale.

Le siège social est situé rue de la Liberté 56 à 4020 Liège.

Le Conseil d'Administration était composé, en 2014, de :

Monsieur Frédéric LOVERIUS, trésorier, Monsieur Jean-Pierre PETIT, secrétaire, Monsieur Georges RIGO, administrateur, Madame le Docteur Danielle ROCOUR-BRUMIOUL, madame le Professeur Adélaïde BLAVIER, Monsieur Théo LEGRAND.

La présidence est assurée par un triumvirat : messieurs LOVERIUS, PETIT, et RIGO.

### **2. Conditions générales d'activité**

Locaux : rue de la Liberté 56 à 4020 Liège

Heures d'activités : tous les jours ouvrables, de 8h30 à 17h.

Territoire couvert : l'Arrondissement Judiciaire de Liège exclusivement ;  
les communes de : Ans, Awans, Aywaille, Bassenge, Beyne-Heusay, Blegny, Berloz, Chaudfontaine, Crisnée, Dalhem, Donceel, Esneux, Faimés, Fexhe-le-Haut-Clocher, Flémalle, Fléron, Geer, Grâce-Hollogne, Herstal, Juprelle, Liège, Neupré, Oreye, Oupeye, Remicourt, Saint-Nicolas, Seraing, Soumagne, Sprimont, Trooz, Visé, Waremme.

## Infrastructures

L'équipe accueille des enfants, des familles et des professionnels tant pour des entretiens individuels et familiaux que pour des réunions d'intervenants, de coordination ou des réunions de formation, des séminaires, des ateliers, dans des locaux situés au rez-de-chaussée d'un immeuble, avec une entrée indépendante. Ceux-ci sont uniquement utilisés par notre équipe. Ils sont situés à proximité du centre-ville et sont facilement accessibles.

Ces locaux comprennent :

- une grande salle d'attente avec un coin jeu;
- une grande pièce d'entretien pour recevoir les familles et/ou les professionnels;
- une grande salle de réunion dotée de matériel de projection;
- huit bureaux individuels dont cinq bureaux de psychologue où les enfants peuvent être reçus, et un pour le (la) coordinateur (trice);
- un cabinet médical pour les examens pédiatriques;
- un secrétariat;
- une bibliothèque;
- un local de repas et de repos.

Ces installations permettent l'accueil et les entretiens avec les personnes dans le respect de la protection de la vie privée et de la confidentialité.

La disposition des locaux permet à chaque membre de l'équipe de trouver un contexte favorable à son travail et favorise également, en permanence, les contacts entre tous les membres de l'équipe.

Chaque membre de l'équipe dispose d'un téléphone mobile relié à la centrale téléphonique, d'un GSM à usage professionnel, d'une adresse mail distincte et d'un PC portable. Le secrétariat est équipé de 3 PC dont un réservé aux statistiques via le programme Thopas.

#### **4. Territoire couvert par l'équipe**

- a. Le territoire couvert est celui de l'arrondissement judiciaire de Liège. Sur notre arrondissement judiciaire, il y a une autre équipe SOS Enfants : l'équipe intra hospitalière SOS Familles, située dans les locaux de la Clinique de l'Espérance de Montegnée (CHC).  
La taille de l'arrondissement judiciaire est de 973 km<sup>2</sup>.
- b. Caractéristiques socio-économiques du territoire couvert :  
la population globale de l'arrondissement judiciaire de Liège est de 658.814 habitants.
- c. Zones couvertes par des antennes ou des relais :  
comme précisé dans l'organisation administrative, notre équipe ne dispose pas d'antenne.

Cependant, le territoire couvert étant relativement vaste, et certaines familles ne disposant pas de moyen de locomotion, notre équipe a la possibilité de se rendre à domicile. De plus, lorsqu'une rencontre hors du milieu familial s'avère nécessaire mais que la famille n'est pas en mesure de se rendre dans nos locaux, nous développons des concertations locales avec les professionnels proches du territoire habité par la famille. Dans ce cadre, nous pouvons alors effectuer nos entretiens dans les locaux de certaines consultations des nourrissons, du CPAS local, des centres PMS, etc.

#### **5. Fonctionnement de l'équipe**

- a) Coordination  
La description de fonction précise que la coordinatrice ne doit pas assurer des tâches cliniques.  
Ses responsabilités ont été définies comme suit :  
*Gestion budgétaire et administrative du service*  
*Gestion du personnel*  
*Représentation auprès des instances officielles*  
*Soutien et accompagnement des membres de l'équipe dans la poursuite des objectifs de travail*  
*Aide à la mise en place de nouveaux projets*  
*Intermédiaire entre l'équipe et le CA*  
*Collaboration avec le responsable clinique de l'équipe*

Formalisation des relations entre le CA et l'équipe. Un comité de concertation a été mis en place. Il regroupe deux membres du CA et un représentant de chaque profession. Il se réunit deux fois par année.

- b) Responsabilité clinique dans l'équipe.  
La responsabilité médicale des situations est assurée par le pédiatre de l'équipe, le docteur Dominique Moës. Il assure également le rôle de référent clinique de l'équipe. Au niveau clinique, nous discutons en réunion d'équipe, essentiellement des situations cliniques, et tentons, de manière collégiale, de prendre les décisions dans le respect de la fonction de chacun. Ainsi, l'analyse de chacune des situations reste pluridisciplinaire et est rendue possible grâce à la participation et à la réflexion de chaque membre de l'équipe. Elle nécessite donc un engagement de chacun dans le processus de réflexion et d'élaboration de l'intervention relative à une famille.

c) Répartition des situations parmi les membres de l'équipe

Les signalements et la gestion des permanences

L'équipe a toujours veillé à assurer d'importantes plages horaires de **permanences téléphoniques** et d'accueil des nouveaux signalements. Ainsi, des permanences sont organisées tous les jours ouvrables de 9h à 12h et de 13 à 15h excepté le mardi matin, moment durant lequel la réunion d'équipe se déroule, et le mercredi après-midi. Les effectifs que l'équipe possède ne permettent pas d'assurer une permanence 24h sur 24.

En dehors de ces moments de permanence, les appelants sont en contact avec notre répondeur téléphonique qui les invite, en cas d'urgence, à s'adresser, au choix, à un service hospitalier d'urgences pédiatriques, au Service de l'Aide à la Jeunesse, à tout service de Police ou au Parquet de la Famille. La possibilité est également offerte à la personne qui appelle, de laisser un message. Les messages sont relevés plusieurs fois par jour, tant par nos secrétaires que par les divers membres de l'équipe. Une suite y est réservée dans les plus brefs délais, en fonction notamment de la disponibilité des membres de l'équipe. Si nous avons ainsi connaissance d'une urgence, nous y donnons suite soit par une prise en charge directe, soit par une orientation vers le service le plus adéquat compte tenu des éléments en notre possession. Si aucun membre d'équipe n'est présent au sein du service, en raison d'interventions extérieures (visites à domicile, réunions, etc.), la secrétaire a toujours la possibilité de joindre un membre du personnel psychosocial. Celui-ci veille alors à ce qu'une suite soit réservée à la situation. Il faut relever que de plus en plus de personnes prennent contact avec notre service par mail, surtout pour les situations déjà prises en charge.

Toute personne peut nous contacter lors de ces permanences, qu'elle soit professionnelle ou non. Tout membre de la famille, majeur ou mineur, a également la possibilité de s'adresser directement à notre équipe.

Les permanences sont assurées soit par une travailleuse sociale, ou un (e) psychologue. Les noms des personnes de permanence sont précisés dans l'agenda partagé, dans lequel sont aussi précisées toutes les activités (rendez-vous, réunions, participations aux formations, absences, congés, etc.) des membres de l'équipe. Les permanences sont prévues au minimum pour le mois à venir. La répartition des permanences entre les membres de l'équipe se fait en fonction du temps de travail de chaque personne.

Le travail réalisé lors de la permanence est identique, qu'il soit assuré par un psychologue ou un travailleur social.

La personne de permanence est toujours disponible pour recevoir et gérer les nouveaux signalements, les appels téléphoniques nécessitant une écoute spécifique relative à un dossier ou à sa gestion, et y donner une suite. Sa priorité sera de répondre à tout nouveau signalement qu'il soit présenté par téléphone, par courrier ou par courriel. De même, ce professionnel sera disponible pour recevoir toute personne qui se présente spontanément au service afin de signaler une nouvelle situation.

Durant cette plage horaire, la personne est libre de tout rendez-vous. Si, exceptionnellement, elle doit, dans le cadre de la gestion d'une situation en cours, assurer un rendez-vous, elle prendra, en concertation avec la coordinatrice, des dispositions pour que le déroulement de la permanence n'en soit pas affecté.

Lors des vacances scolaires, les permanences se tiennent tous les matins, du lundi au vendredi de 9h à 12h, sauf le mardi uniquement de 13h à 15h. En effet durant ces périodes de congé scolaire, nous fonctionnons en personnel réduit. Cependant, nous veillons à une répartition adéquate des périodes de congé, de sorte qu'il y ait la présence quotidienne au minimum d'un travailleur social et d'un psychologue ainsi que la possibilité de joindre le pédiatre. De même, les messages laissés sur notre répondeur téléphonique sont écoutés, à plusieurs reprises, au cours de l'après-midi, et la suite nécessaire y est donnée dans les plus brefs délais.

La gestion des permanences se déroule concrètement ainsi :

une de nos deux secrétaires :

- o décroche systématiquement le téléphone;
- o transmet les communications à leurs destinataires s'ils sont présents et joignables;
- o prend note dans le cahier personnel de messages (chaque professionnel du service dispose d'un tel cahier qui se trouve au secrétariat) ou sur une fiche, des communications à destination des personnes non joignables, et ce y compris les demandes de modifications de rendez-vous qu'elle ne peut gérer (demandes de rendez-vous non compatibles avec les horaires des membres de l'équipe, redondance de la demande de changement, etc.) ;
- o dévie tous les signalements, ainsi que les demandes de renseignements relatives à des dossiers spécifiques et au service, à ses missions, à l'organisation de séances d'informations ou toute autre demande particulière vers la personne de permanence.

la personne de permanence :

- o répond à toutes les communications qui lui sont transférées par la secrétaire, ainsi qu'à tout nouveau signalement;
- o réalise une anamnèse la plus complète possible et prend note du signalement. Elle remplit, le plus exhaustivement possible, une "fiche d'appel" qui reprend des renseignements relatifs au contexte de vie et aux inquiétudes énoncées tels que l'identité des membres de la famille, l'âge de l'enfant, le type de maltraitance, les coordonnées du signaleur, les démarches déjà en cours auprès d'autres services, l'événement déclencheur de l'appel téléphonique etc., et rédige une demande qui sera présentée à la réunion d'équipe;
- o évalue, au vu de tous les éléments recueillis, le degré d'urgence de la situation et la nécessité de veiller à une protection immédiate de l'enfant. Elle a toujours la possibilité de discuter de la situation avec les membres de l'équipe présents au service. En cas d'hésitation persistante, et en vue de l'informer, elle contacte le responsable clinique afin d'analyser la situation et de prévoir les démarches à effectuer avec elle;
- o entreprend, si la situation demande une intervention urgente, toutes les démarches utiles (orientation vers un hôpital, vers le Service de l'Aide à la Jeunesse, information au Parquet de la Famille par exemple);
- o trouve, si elle ne peut effectuer elle-même ces démarches, et si cela est possible, un ou des collègues susceptibles d'intervenir avec ou sans elle, et ce en accord avec la coordinatrice;
- o s'enquiert des disponibilités des différents membres de l'équipe et fixe un premier rendez-vous au signaleur, en accord avec la coordinatrice, avant même une discussion en réunion d'équipe, si elle estime que l'anamnèse doit être approfondie, que la situation doit être gérée rapidement et nécessite une intervention dans un délai

relativement court. Cette première rencontre se déroule en présence d'un travailleur social et d'un psychologue de notre équipe ;

- o remet la "fiche d'appel" dans le casier des nouvelles situations de la semaine, disposé au secrétariat, en vue de la présentation de celle-ci à la réunion d'équipe suivante (réunion hebdomadaire), si elle estime que la demande ne présente pas une urgence immédiate de gestion. Ces nouveaux signalements sont ainsi à la disposition de tous les membres d'équipe. Ainsi, si de nouveaux éléments surviennent avant la réunion d'équipe, ceux-ci peuvent être joints à la fiche où une gestion adaptée de la situation peut avoir lieu ;
- o informe le signaleur qu'un contact sera repris avec lui, soit après la réunion d'équipe, afin de l'informer des suites réservées à la situation, soit, si la situation nécessite une intervention plus rapide, l'informe immédiatement des démarches qui vont être effectuées, ou encore le soutient dans les contacts qu'il devra entreprendre lui-même. En effet, notre souhait est que le signaleur s'implique dans la situation exposée en informant la famille de sa démarche auprès de notre équipe, sauf si cela met l'enfant en danger. En fonction de son statut, professionnel ou non, et de son lien avec la famille, il peut être difficile pour lui d'accomplir cette tâche. Nous envisageons alors comment l'aider au mieux et comment gérer cette démarche ;
- o utilise son temps de permanence, dans la mesure du possible, également pour la gestion de ses situations en cours : démarches téléphoniques, rédaction d'écrits, discussion avec le collègue qui co-intervient dans la situation.

Dans le cadre des permanences, ou lors de la réunion d'équipe hebdomadaire, certaines situations sont réorientées. Une réflexion en équipe a été menée pour définir quelles situations ne doivent pas être gérées au sein de notre équipe. Notre souci est de rester disponible pour les missions et les situations qui sont clairement de notre ressort. Tout sera cependant mis en œuvre, à chaque fois qu'une telle situation se présente, pour que le signaleur ou la famille qui nous contacte soit orienté vers la structure la plus appropriée dans la gestion des difficultés décrites.

L'intitulé de nos équipes « SOS Enfants » peut induire que nous intervenons dans toute problématique relative à l'enfant. Ainsi, nous serons fréquemment amenés à définir précisément les missions de notre service lors de ce premier entretien téléphonique.

d) Les situations qui habituellement ne sont pas gérées par l'équipe sont :

- o **les situations dans lesquelles les enfants ne sont pas domiciliés dans l'arrondissement judiciaire de Liège.** Elles sont alors orientées vers les autres équipes SOS Enfants, avec notre aide. Ainsi, nous prévenons clairement le signaleur de la prise de contact avec l'équipe concernée. Nous partageons avec celle-ci les données nécessaires à la compréhension de la situation et à l'intervention en faveur de la famille. Il est à noter qu'un tel relais se fait également lorsqu'une famille suivie par notre équipe déménage et quitte notre arrondissement judiciaire, ou si nous suggérons, dans un rapport rédigé pour les autorités mandantes (Service de l'Aide à la Jeunesse ou Service de Protection Judiciaire), l'intervention d'une équipe SOS Enfants. Nous prenons alors contact avec l'équipe pressentie pour le suivi. Dans certaines situations précises, après discussion avec l'équipe SOS Enfants du territoire concerné, nous effectuons une intervention en faveur de la famille même s'il ne s'agit pas de notre territoire d'intervention : accessibilité plus facile de notre équipe pour la famille, nécessité de l'intervention de deux équipes au sein de la famille, souhait explicite de la famille de poursuivre une intervention déjà bien en place, etc. Cependant, de tels cas de figure relèvent de l'exception;

- les situations où il nous est explicitement demandé de réaliser un **bilan psycho-médico-social destiné au conseil d'un parent séparé**, dans le cadre d'une procédure judiciaire. Dans ce contexte, cette demande équivaut à une expertise judiciaire et il ne nous apparaît pas opportun qu'une équipe SOS Enfants assume un tel rôle ;
- **les situations pour lesquelles un dossier est déjà ouvert au Service de l'Aide à la Jeunesse ou au Service de Protection Judiciaire** et qui sont déjà activement prises en charge par ces services. Les demandeurs sont réorientés vers ceux-ci ;

Dans ces situations, l'équipe prend, évidemment, contact avec les services concernés afin de s'assurer de la transmission des informations, confirme par écrit celles-ci, et se met à la disposition de ces services pour toute mission spécifique prévue dans le Décret de l'Aide aux Enfants victimes de maltraitance, que l'équipe pourrait assumer;

- **les situations d'enfants "en souffrance"** pour lesquels aucune maltraitance n'est diagnostiquée. Elles sont dirigées vers les services de santé mentale proches du domicile de la personne en demande ou vers des thérapeutes privés habilités à recevoir ce type de problématique;
- **les situations anonymes.** Par le passé, pendant de nombreuses années, notre équipe a géré ces situations. Toutefois, le constat a été fait de la difficulté de se retrouver ainsi dans la position de « l'enquêteur » qui doit obtenir des informations par des démarches actives, parfois même avant de débiter son travail avec la famille. De plus, un problème supplémentaire se pose lors de la rencontre avec la famille et de la tentative de l'établissement d'un lien avec celle-ci, alors que les informations en notre possession sont communiquées par un signaleur anonyme, la famille se focalisant alors principalement sur la recherche de l'identité de cette personne. Actuellement, dans ces situations, l'équipe évalue avec le signaleur la situation et son souhait ou sa possibilité de s'investir dans celle-ci. Ainsi, nous cernons l'acceptation ou non de celui-ci d'effectuer une démarche vers les autorités judiciaires (service de Police ou Parquet de la Famille). Selon l'urgence de la situation, mais aussi en fonction de la possibilité ou non du signaleur d'entreprendre une telle démarche, l'équipe sera amenée à relayer par écrit ce type d'information au Parquet de la Famille. En effet, le Service de l'Aide à la Jeunesse n'intervient pas non plus lorsque les signalements sont anonymes. Nous restons toujours à la disposition des instances judiciaires, et du Service de l'Aide à la Jeunesse s'il a lui-même été sollicité après les premières investigations judiciaires, pour une intervention ultérieure au sein de la famille qui pourrait s'avérer utile au vu de la problématique identifiée ;
- dans certaines situations, il est évident, dès l'anamnèse téléphonique, que l'intervention du Service de l'Aide à la Jeunesse sera nécessaire. Actuellement, il n'est pas prévu que les services SOS Enfants disposent des moyens budgétaires et administratifs pour couvrir certaines dispositions comme le placement dans les institutions relevant de l'Aide à la Jeunesse. La décision et la prise en charge financière de ces orientations dépendent du Conseiller de l'Aide à la Jeunesse. Lorsqu'il apparaît clairement d'emblée, lors de l'anamnèse téléphonique, que ce type de mesure devra être prise, l'équipe oriente directement les intéressés vers le Conseiller de l'Aide à la Jeunesse. Dans ce cas de figure, elle se met soit en rapport avec le Service de l'Aide à la Jeunesse pour l'informer de l'orientation et des raisons de celle-ci, soit elle accompagne les demandeurs au Service de l'Aide à la Jeunesse. De toute façon, l'équipe se tient à la disposition du Conseiller de l'Aide à la Jeunesse pour intervenir, et ce en vertu de l'article 36 § 3 du décret de 1991 relatif à l'Aide à la Jeunesse.

Nous tenons à préciser que chaque membre de l'équipe confronté à une situation d'urgence tente toujours de s'organiser en fonction de ses possibilités personnelles, ainsi que des ressources de l'équipe et du territoire, pour y donner une suite la plus adéquate possible. Ainsi, les agendas sont parfois bousculés, les horaires personnels modifiés et la coopération entre les membres de l'équipe particulièrement activée lors de la gestion de ces situations.

e) L'attribution de situations et les premières réflexions relatives à l'intervention

**Chaque signalement**, qu'il soit retenu ou déjà réorienté lors de la permanence, est systématiquement **discuté en réunion d'équipe**, le mardi matin suivant l'appel. Toute demande est donc sérieusement prise en considération et fait l'objet d'une réflexion pluridisciplinaire. Celle-ci permet d'être attentif aux divers aspects de la situation : médicaux, juridiques, psychologiques et sociaux tout en inscrivant ceux-ci dans une lecture systémique, notamment. Les formations spécifiques des divers membres de l'équipe sont alors utilisées pour analyser au mieux la situation, ainsi que le vécu de l'enfant et de sa fratrie, formuler les premières hypothèses et définir les axes prioritaires de l'intervention. Même s'il s'agit d'une situation que l'on doit réorienter, le signalement peut faire l'objet, si nécessaire, d'un rendez-vous de clarification avec le signaleur et d'autres protagonistes si nécessaire.

Au niveau des signalements, les demandes et le type de signaleurs sont variés : demande d'intervention dans une situation de maltraitance avérée ou de suspicion(s) de maltraitance(s) à l'égard d'un ou plusieurs enfants, demande de supervision, signaleurs professionnels ou non, famille elle-même, plus rarement prise de contact par l'enfant concerné lui-même, etc.

**Diagnostic clinique en équipe pluridisciplinaire**

Ainsi, la personne qui a reçu le signalement présente toutes les informations obtenues lors de la permanence téléphonique, ainsi que ses premières idées relatives à la suite à donner à la situation, ses premières hypothèses de travail et/ou les propositions déjà formulées au signaleur. Chacun des membres de l'équipe participe à l'analyse de la situation afin qu'une décision quant au projet d'intervention ou de réorientation émerge de la réflexion pluridisciplinaire ou encore valide, voire nuance ou complète, les propositions faites.

Pour chaque situation gérée par l'équipe, la coordinatrice désigne un **titulaire** (travailleur social) et un **co-titulaire** (psychologue). Ces appellations, ainsi que la définition des tâches y associées sont celles actuellement définies par le règlement d'ordre intérieur. Tous les dossiers sont toujours gérés par deux membres de l'équipe au minimum. Le plus fréquemment un tandem psychologue-travailleur social est ainsi constitué. De même, plusieurs psychologues peuvent être nécessaires si des bilans psychologiques de divers enfants de grandes fratries doivent être réalisés, et qu'il n'apparaît pas adéquat, au vu de la problématique, qu'un seul et même psychologue rencontre individuellement tous les enfants.

Ces décisions sont prises collégalement au terme de la discussion pluridisciplinaire et toujours en fonction de l'intérêt de l' (des) enfant(s) concerné(s).

La **pluridisciplinarité**, idée novatrice lors de la création des équipes SOS Enfants, dans l'analyse de la situation et dans sa prise en charge reste nécessaire et pertinente dans l'appréhension et la compréhension de la problématique de la maltraitance. Elle nous est toujours apparue comme une garantie qui permet de confronter, d'associer les regards des disciplines différentes et de répondre au mieux aux multiples facettes des dysfonctionnements familiaux en jeu. Cette disponibilité pluridisciplinaire permet aussi un contact plus efficient avec les différents acteurs du réseau sanitaire et social dans lequel vivent les enfants maltraités et leurs familles (travailleurs sociaux, psychologues, médecins, justice, etc.). Ainsi, nous créons de réels réseaux de concertation entre les divers professionnels qui ont un rôle actif dans le suivi des familles aidées par notre équipe. Un maillage thérapeutique se tisse ainsi autour des familles.

En dehors des réunions d'équipe complète, les membres de l'équipe se côtoient, en fonction de leurs horaires, à de nombreux moments. Ils ont aussi la possibilité d'organiser des temps de rencontre entre eux lorsqu'ils interviennent dans une même situation par exemple.

Chaque matin, entre 8h30 et 9h, une réunion d'échanges et de concertation se tient entre les membres de l'équipe présents.

f) Les réunions

Périodiquement se tiennent aussi des **réunions spécifiques aux membres d'une même profession** : travailleurs sociaux et psychologues. Ainsi, ils ont l'occasion avec leurs pairs professionnels de définir des thèmes propres à leurs disciplines qu'ils souhaitent approfondir ou de partager une difficulté propre à leur fonction au sein de l'équipe : affiner leur connaissance du réseau social, présenter et analyser un testing particulier, diffuser une nouvelle technique d'intervention, etc.

Des **supervisions individuelles** ont été souhaitées par l'équipe et elles ont été accordées depuis l'année 2013.

La supervision collective de l'équipe est assurée en 2014 par le Professeur Daniel FAULX.

## **6. Gestion des situations en cas de surcharge de travail**

En cas de surcharge de travail, l'équipe est particulièrement attentive aux anamnèses qui sont suffisamment détaillées et permettent donc d'évaluer précisément le degré d'urgence de l'intervention. Ainsi, nous pouvons ajuster nos temps d'intervention.

Dans le cas de surcharge, l'équipe essaie de se centrer sur ses missions spécifiques et tente d'effectuer le tri des situations.

Chaque situation est analysée néanmoins en réunion pluridisciplinaire et des balises ont été définies : à savoir l'âge de l'enfant, le niveau de protection existant ou non, la présence d'autres intervenants...

## **7. Modalités de prise en charge des familles**

Pour chaque situation gérée par l'équipe, la coordinatrice désigne un **titulaire** (travailleur social) et un **co-titulaire** (psychologue). Ces appellations, ainsi que la définition des tâches y associées sont celles actuellement définies par le règlement d'ordre intérieur. Tous les dossiers sont toujours gérés par deux membres de l'équipe au minimum.

### **Le travailleur social :**

- veille à la bonne gestion de la situation et principalement son aspect social. Il organise la collecte des documents, la rédaction des courriers et des rapports, organise et participe aux réunions d'intervenants organise et participe aux entretiens de famille, aux contacts et aux discussions avec le ou la co-titulaire, le (la) coordinateur (trice) et l'équipe. Responsable de la tenue des dossiers, ... ;
- participe aux missions du service à savoir : l'analyse de la demande, l'évaluation, le diagnostic et le projet thérapeutique et, par ailleurs, assure la prévention, la sensibilisation et l'information ;
- assure, de même que le/la psychologue, les permanences téléphoniques ;
- répond à toutes les nouvelles demandes ;
- prend note des signalements et remplit la fiche d'appel le plus complètement possible ;
- évalue le degré d'urgence de la situation. En cas d'hésitation, elle contacte le/la référent(e) clinique ;

- si la situation nécessite des interventions d'urgence, elle entreprend toutes les démarches utiles et prévient le/la référent(e) clinique ;
- si elle ne peut effectuer ces démarches elle-même, en accord avec le/la référent(e) clinique, elle cherche un(e) ou des collègues susceptible(s) d'intervenir avec ou sans elle ;
- si personne ne peut intervenir en urgence, elle veille à orienter la demande vers un service qui répondra à l'urgence. Elle prend contact avec ce(s) service(s) pour s'assurer qu'il(s) accueillera (ont) la demande et elle confirme ses démarches par courrier ;
- si elle estime que la demande ne présente aucune urgence, elle dépose la fiche d'appel du signalement dans le bac ad hoc du référent clinique, pour présentation à la réunion du service suivante ;
- si des démarches doivent être effectuées avant la réunion suivante, elle peut s'arranger avec un(e) collègue pour que celui (celle)-ci entreprenne les démarches, elle prévient le référent clinique ;
- elle rédige, dans la mesure du possible, un courrier confirmant ses orientations, pour tous les signalements non pris en charge au service ;
- elle remplit les fonctions de titulaire dans les dossiers qui lui sont confiés et dont la gestion s'effectue en duo avec le/la psychologue ;
- le/la titulaire veille à la gestion administrative du dossier (constitution du dossier)
- le/la titulaire veille à la bonne gestion de la situation et en assure principalement l'aspect social ;
- il/elle organise et participe notamment aux entretiens de famille, aux réunions d'intervenants, aux contacts, aux discussions avec le/la co-titulaire, le référent clinique et l'équipe (en réunion hebdomadaire), à la collecte des documents, à la rédaction des courriers et des rapports ;
- réalise une anamnèse : réseau, logement, hygiène, prise en charge de la santé, situation financière, intégration scolaire et socio-professionnelle, prise en charge des besoins quotidiens, situation juridique de chacun, danger potentiel des conditions de vie ;
- aide la famille à résoudre les problèmes concrets qui se posent à elle (notamment dans le domaine social) ;
- avec le/la psychologue et/ou le/la pédopsychiatre, assure une guidance, une thérapie ou une co-thérapie.

#### **Le (ou la) psychologue :**

- participe aux missions du service, à savoir : l'analyse de la demande, l'évaluation, le diagnostic et le projet thérapeutique et, par ailleurs, assure la prévention, la sensibilisation et l'information ;
- assure, de même que l'assistante sociale, les permanences téléphoniques ;
- remplit les fonctions de co-titulaire dans les dossiers qui lui sont confiés et dont la gestion s'effectue en duo avec l'assistante sociale ;
- le/la co-titulaire participe à la gestion du dossier ;
- le/la co-titulaire veille à la bonne gestion de la situation et en assure principalement l'aspect psychologique ;
- il/elle participe aux entretiens de famille, aux réunions d'intervenants, aux contacts, aux discussions avec le/la titulaire, le référent clinique et l'équipe (en réunion hebdomadaire), à la collecte des documents, à la rédaction des courriers et des rapports ;
- réalise une anamnèse en collaboration avec l'assistante sociale, en s'attachant plus particulièrement aux aspects psychologiques ;

- réalise un diagnostic psychologique de l'enfant, de l'adulte et de la dynamique familiale sur base d'entretiens cliniques et/ou testings (psychoaffectifs, intellectuels, instrumentaux, ...), en s'attachant plus particulièrement à objectiver les maltraitances éventuellement subies et/ou les dysfonctionnements du milieu de vie qui ont un impact sur l'enfant et peuvent entraver son développement ;
- Assure la psychothérapie individuelle de l'enfant si la situation le nécessite, ainsi que les entretiens de fratrie et/ou de famille.
- Avec l'assistante sociale et/ou le/la pédopsychiatre, assure une guidance, une thérapie ou une co-thérapie de la famille.

Ces différentes interventions peuvent se faire également au domicile de la famille ou tout autre lieu de vie de l'enfant.

Le **pédopsychiatre**, la **juriste** et le **pédiatre** sont à la disposition des membres de l'équipe pour discuter de toutes les situations en cours et pour intervenir plus spécifiquement, en fonction de leur discipline, en faveur de l'enfant et de la famille. Ils assurent également les prises de contact avec le monde médical et judiciaire.

**Le pédiatre assure la responsabilité médicale de l'équipe et le rôle de référent clinique.**

Le diagnostic clinique est abordé en réunion d'équipe pluridisciplinaire ; les décisions y sont prises collégalement sous la responsabilité du référent clinique.

Il est disponible pour analyser une situation en urgence avec la personne de permanence s'il y a nécessité de veiller à une protection immédiate de l'enfant.

NB : les décisions cliniques sont prises collégalement.

Outre la responsabilité de référent clinique, le pédiatre réalise l'évaluation médicale de l'enfant en prenant contact avec les différents intervenants médicaux auprès de l'enfant (pédiatre, médecin de famille, service hospitalier, médecin ONE...) ;

Selon les nécessités, le pédiatre examine l'enfant dans le service et verse les conclusions de son examen médical dans le dossier multidisciplinaire.

**La coordinatrice**

Est responsable de l'organisation des prises en charge de chaque dossier et de leur suivi.

Elle n'est pas responsable des situations cliniques individuelles, et n'effectue pas de travail clinique.

## Prise en charge des familles : données statistiques

### A. LES SIGNALEMENTS

Signalements	2014	2013	2012	2011
Nouveaux	344	372	340	403
Resignalements	85	109	91	48
Retenus	125	104	128	145
Non retenus	328			
Total des signalements	453	483	433	451

#### L'origine des signalements

	2014		2013	2012	2011
Signaleurs professionnels	224	49.4%	225	197	227
Signaleurs privés	218	48%	245	226	215
Signaleurs anonymes	11	2.4%	13	10	9

Parmi les signaleurs non professionnels (48%), nous identifions :

	2014		2013		2012	2011	2010
Mère	115	25%	113	23,43%	55	48	58
Père	36	8%	38	7,87 %	21	21	15
Grands-parents	26	6%	35	7,24 %	11	8	12
voisinage	10	2%	7	1,45 %	5	5	2

La mère reste le principal signaleur privé et de manière générale puisque 25% des signalements sont faits par les mères.

Parmi les **signaleurs professionnels** qui sont légèrement majoritaires en 2014 (49.4%) nous identifions :

	2014	2013	2012	2011	2010
SAJ	14%	15,54 %	23%	13%	11%
SPJ	2%	1,45 %	5%	4%	
Réseau scolaire	14%	12,40%	23%	20%	14%
Réseau social	1%	4,55%	9%	11%	8%
ONE	2%	1,87 %	7%	7%	3%
Médecins	2%	1,45%	5%	11%	
Hôpital	3%	2,70 %			
Réseau aide psychologique	4%				

Le pourcentage de signalements par le SAJ est en diminution, mais, le SAJ nous adresse également des personnes qui font la démarche elles-mêmes sans nécessairement nous informer qu'elles sont adressées par le SAJ. Le réseau scolaire n'est plus le principal signaleur pour l'équipe ; une diminution est aussi à observer par rapport à 2013. En 2014, nous devons constater un grand nombre de signaleurs professionnels différents.

### Types de maltraitements signalés

	2014	2013	2012	2011
Maltraitance physique	19.48%	17,43 %	17%	23,73%
Maltraitance psychologique	13%	6,17 %	7 %	4,21 %
Inadéquation éducative	6.69%	11,53%	11%	5,1%
Maltraitance sexuelle	22.67%	21,72%	21%	20,6%
Négligence grave	5.23%	8,58%	6%	10,86%
Enfant à risque	28.7%	30,03 %	<b>32%</b>	29,71%
Autre maltraitance	3.49%	3,75 %	6%	5,32%

Trois types de maltraitements ont été signalés majoritairement à notre équipe : les situations à risque, 28.70%, les maltraitements sexuels, 22.67%, et physiques, 19.48%. Les chiffres confirment que les interventions sont centrées sur les milieux familiaux. On observe une augmentation de situations où l'enfant vit dans un contexte inquiétant.

### Les signalements non retenus

		2014	2013	2012	2011
Avis, conseils		30%	21 %	22 %	27%
Réorientations :	- géographique	10%	10 %	6%	9%
	- Saj	15.8%	22 %	9%	14%
	- Justice	15.8%	19 %	11%	14%
	- SSM	4.8%	3 %	5%	9%

Les signalements non retenus impliquent une analyse de la demande et de nombreuses démarches de réorientation, des rencontres avec des professionnels et/ou avec des membres de la famille. Les réorientations vers le SAJ et la Justice sont devenues nombreuses depuis plusieurs années et représentent 31.6%.

### Statut de la personne signalée

	2014	2013	2012
Mineur victime	94%	95 % 461	95,8 %
Mineur auteur	3%	1 % 7	0,9 %
Mineur auteur et victime	1%	1 % 3	0,9%
Adulte	1%	1 % 4	0,7 %

Les chiffres ne reflètent pas l'importance des « mineurs auteurs » et « auteurs et victimes », parce que le programme de relevé statistique actuel ne permet pas cet encodage. De plus, dans notre arrondissement judiciaire, d'autres services sont identifiés et spécialisés dans la prise en charge de mineurs auteurs.

### L'âge des enfants signalés en 2014

	2014	2013	2012
0 à 3 ans	24 %	26 %	20 %
3 à 6 ans	17 %	20 %	22 %
6 à 9 ans	17%	16%	19 %
9 à 12 ans	16%	14 %	17 %
12 à 15 ans	12%	12 %	10 %
15 à 18 ans	8 %	7 %	6 %

41 % des enfants signalés sont âgés de 0 à 6 ans. Seuls 20 % d'adolescents nous sont adressés ; il faut souligner que la Province de Liège a mis en place un service spécialisé depuis 2 ans : Open Ado. En 2014, ce sont les petits de 0 à 3 ans qui sont les enfants majoritairement signalés à notre service (24 %).

### Origine géographique des signalements

	2014	2013	2012
Liège rive droite	72	63	61
Liège rive gauche	48	52	55
Seraing	32	59	43
Sprimont	3	5	18
Saint Nicolas	11	11	14
Ans	14	8	11
Flémalle	16	9	11
Herstal	14	10	11
Fléron	12	--	10
Beyne-Heusay	7	15	
Grâce-Hollogne	6	8	
Esneux	8		

### Les auteurs signalés

	2014
Inconnu	30%
Père	20.53%
Mère	15.9%
Couple parental	12.58%
Beau-père	6.4%
Fratric	3.53%
Famille élargie	3.53%

## B. LES DOSSIERS

Toutes les démarches, les réunions, les entretiens, les discussions de cas etc. effectués sont consignés et datés dans le dossier, y compris les démarches sans réponse. Dans ces compte rendus figurent un résumé des informations reçues, l'identification des personnes présentes et, en conclusion les décisions prises.

Chaque dossier comprend un volet social, psychologique, médical et juridique.

Les dossiers sont conservés sous la responsabilité du titulaire dans une armoire ou un bureau fermés à clef. Le travailleur social possède une clef, la secrétaire une autre. Les dossiers clôturés sont rangés dans des armoires d'archivage fermées à clef.

### Données statistiques

En 2014, nous avons pris en charge 215 dossiers, dont 85 nouveaux. Il nous restait encore 130 dossiers en cours.

### Longueur de la prise en charge

Au cours de l'année 2014, **49,77%** de nos dossiers avaient été ouverts depuis **moins d'un an**. Et 76,28 % avaient une année d'ancienneté maximum ; ces chiffres montrent le turn-over des situations qui nous sont adressées et le volume de travail qui en découle.

### Profil des enfants pris en charge

#### Sexe des enfants

	2014	2013	2012	2011	2010
Filles	60 %	56 %	51 %	55%	54%
Garçons	40 %	44 %	49%	45%	46%

#### Age des enfants pris en charge

	2014	2013	2012
0 à 3 ans	7 %	5 %	10 %
3 à 6 ans	18 %	17 %	17 %
6 à 9 ans	19 %	21 %	18 %
9 à 12 ans	16 %	19 %	20 %
12 à 15 ans	18 %	20 %	16 %
15 à 18 ans	13 %	13 %	14 %
18 ans et plus	4 %	7 %	6 %

25% d'enfants de 0 à 6 ans sont pris en charge par notre équipe alors que 41% nous sont signalés dans cette tranche d'âge.

35% d'enfants de 6 à 12 ans sont suivis par notre service, c'est la tranche d'âge majoritaire.

31% d'adolescents sont suivis par notre service.

Comme chaque année, nous constatons une faible proportion de tout-petits (7%) ; ils sont peut-être réorientés par le réseau vers des services spécialisés ; par ex Seconde Peau, Fil à Fil, services d'aide éducative, hôpital

### Facteurs de vulnérabilité relatifs à l'enfant

	2014	2013
Antécédent personnel de maltraitance	40 %	28 %
Autre facteur de vulnérabilité	16 %	23%
Grande prématurité	4 %	7 %
Handicap sévère	3 %	3 %
Hospitalisation répétée de l'enfant	3 %	2 %
Hyperkinésie de l'enfant	2 %	3 %
Troubles du comportement chez l'enfant	33 %	32 %

### Facteurs de vulnérabilité relatifs au couple

	2014	2013
Séparation du couple	36 %	35 %
Problèmes relationnels dans le couple	25 %	25 %
Violence dans le couple	19 %	19 %
Conflit de garde	16 %	15 %
Autre facteur de vulnérabilité	5 %	6 %

### Type de maltraitance principale diagnostiquée

	2014	2013	2012	2010
Maltraitance physique	19,26 %	17,09 %	7%	8.12%
Maltraitance psychologique	9,63%	6,68 %	11%	13.51%
Maltraitance sexuelle	27,35 %	24,95 %	23%	22.64%
Négligence grave	5 %	8,45 %	7%	10.14%
Inadéquation éducative	6,35 %	9,85 %	3%	9.46%
Enfant à risque	26,70 %	26,92 %	37%	26.34%
Autre	5,7 %	5,30 %	3%	0.68%

Pour plus de détails, voici ce que comprennent les différentes catégories de maltraitements présentées :

**Maltraitance physique** : coups, pincements, griffures, brûlures, autre maltraitance physique.

**Maltraitance sexuelle** : comportement indécent, exhibition, photos, attouchements, pénétrations sexuelles, jeux sexuels.

**Enfant à risque** : violence conjugale, alcoolisme, pathologie mentale, pathologie médicale, précarité économique, immaturité parentale, manque de sociabilité et pour au moins la moitié de ces enfants en situation de risque, **il y a conflits de couple**.

## Profil des auteurs

### Auteurs des maltraitances diagnostiquées

Principaux auteurs	2014	2013	2012	2011	2011
Couple parental	31 %	34 %	29%	27%	31%
Mère	15 %	19 %	22%	22.10%	21%
Père	15 %	16 %	16%	16.85%	16%
Famille élargie	4 %	4 %	7%	6.47%	6%
Concubins	8 %	6 %	2%	4.12%	5%
Fratrie	3 %	3 %	4%	3%	4%
Mineurs	3 %	2 %	4%	3%	2%

Les proches de l'enfant restent les principaux auteurs de maltraitances (61%) et parmi eux le couple parental

### Principaux milieux de vie des enfants suivis

	2014	2013	2012	2011	2010
Mère seule	29,3 %	30,71 %	26.49%	31.94%	29.53%
Parents biologiques	20,93 %	19,29 %	17.86%	22.58%	20.47%
Mère + cohabitant	20 %	16,07 %	16%	16.45%	19%
Père + cohabitante	5 %	3,57 %	3.57%		4.39%
Père seul	4,65 %	3,57 %	8%	3.87%	4%
Garde alternée	7,44 %	8,93 %	12.2%	8.39%	3,8%
Institution	2,79 %	2,86 %	2	0.97%	2.34%

Seuls 20,93 % des enfants de notre population vivent avec leurs parents biologiques et la grande majorité d'entre eux partagent la vie de leur mère seule (29,3 %).

Il faut souligner que pour 34,88 % des enfants suivis par notre équipe, des conflits de garde existent.

## 9. Les orientations principales en 2014

Conformément aux missions prévues par le décret de l'Aide aux enfants victimes de maltraitance, et afin de mener à bien le projet clinique, l'équipe a approfondi la réalisation des principaux objectifs :

- **collaborer avec le SAJ et le SPJ.** Bien que notre équipe, en concertation avec celle de SOS Familles et avec le soutien de Déborah Dewulf ait multiplié les démarches pour rencontrer le SAJ et le SPJ afin d'améliorer notre collaboration, nous avons été confrontés à des reports sine die.  
La surcharge et les difficultés rencontrées par l'Aide à la Jeunesse ne nous ont pas permis d'évaluer le protocole et de mettre en place des modalités de collaboration satisfaisantes pour l'ensemble des acteurs. Une première réunion de relance de la CCM s'est déroulée en octobre 2014. Une journée de travail a été organisée le 16 décembre avec pour objectif de réunir les TMS de l'ONE et les délégués du SAJ et du SPJ autour d'interrogations communes (notions de secret professionnel, de responsabilités, ...)

- participer à des activités de **prévention** concernant les maltraitances faites à des enfants mineurs d'âge, à divers programmes de prévention, en privilégiant ce que nous faisons depuis la création de l'équipe, à savoir la rencontre d'un maximum de professionnels ou de futurs professionnels qui sont ou seront chargés à l'avenir de rencontrer, prendre en charge ou s'occuper d'enfants;
- **relancer la collaboration avec les hôpitaux** de notre arrondissement : le CHR et la Cellule M, le CHU site des Bruyères. Un protocole de collaboration a été proposé. Le partenariat avec les hôpitaux est indispensable ; nous avons défini précisément nos modalités réciproques d'intervention et nos complémentarités. Un travail de sensibilisation à la maltraitance est en cours avec les nouvelles équipes hospitalières. Des rencontres trimestrielles entre la Cellule M (du CHR de la Citadelle ) et l'équipe SOS Enfants sont organisées pour affiner notre collaboration. La continuité des situations prises en charge en relais y est assurée ;
- **intégrer l'équipe de pédopsychiatrie du CHR à nos réunions d'équipe pluridisciplinaire.** Depuis avril 2014, trois pédopsychiatres du CHR participent en alternance à nos réunions d'équipe pluridisciplinaire ; ce sont les Dr. J-M Gauthier, G. Orban, et D Lermينياux. Leur éclairage nous est très précieux tant pour l'analyse des nouveaux signalements que pour les suivis des dossiers. Des consultations ont été programmées dans nos locaux lorsque cela s'est avéré nécessaire.

Nous avons continué à privilégier nos priorités :

- bien **actualiser les formations et sensibilisations** de l'ensemble de l'équipe, jeunes et plus expérimentés, à toute une série d'instruments nouveaux et d'approches originales afin d'affiner les diagnostics, les interventions thérapeutiques et les thérapies que nous offrons aux consultants.  
Nous avons accueilli une stagiaire psychologue et une stagiaire assistante sociale.  
Nous avons accueilli en remplacement 6 nouveaux collaborateurs au cours de l'année 2014 : une attention particulière a été portée à l'accueil de ces nouveaux engagés et à leur accompagnement, sous forme de « parrainage ». Une farde d'accueil a été organisée et mise à leur disposition avec des procédures de suivi ;
- **participer de manière active aux réseaux** de professionnels dans l'arrondissement judiciaire ;
- la réalisation des bilans psycho-médico-sociaux reste une part importante de notre activité à la demande des conseillers de l'Aide à la Jeunesse et directeurs des services de Protection judiciaire. Elle a été décrite dans les précédents rapports ;
- en ce qui concerne **l'organisation administrative du service**, l'année 2014 a vu l'informatisation de l'ensemble des membres du personnel. Chaque membre dispose d'un pc et d'une adresse mail professionnelle ; l'ensemble de notre matériel est relié à un serveur informatique. Depuis l'été 2014, un agenda électronique partagé est mis en place, les membres du personnel ont été formés à son utilisation et il remplace désormais l'agenda papier ;
- Le secrétariat s'est regroupé au sein d'un grand local pour plus de synergie et libérer des locaux pour le personnel psycho-social.

## Représentation du service

- Sensibilisation auprès d'étudiants de Hautes Ecoles sur la détection et la prévention de la maltraitance :
  - o futurs infirmiers : Ecole Provinciale et Helmo ;
  - o futurs assistants sociaux de l'ESAS et de l'Ecole Provinciale ;
  - o futurs éducateurs spécialisés ;
  - o étudiants en Sciences de l'Education ULg ;
  - o futurs instituteurs et régents
- Présentation de l'équipe et du décret aux étudiants en médecine ULg ;
- Présentation de l'équipe SOS Enfants auprès d'étudiants en puériculture ;
- Présentation de notre service, accueil de groupes et réponses aux travaux d'étudiants assistants sociaux, éducateurs, criminologues, psychologues, instituteurs, rhétoriciens, ...
- Rencontre avec l'équipe de pédiatrie de la Clinique des Bruyères, ULG

Encadrement d'une stagiaire psychologue de l'ULg pour un stage de 375h durant l'année académique 2014-2015 et d'une stagiaire assistante sociale.

## Participation active aux réseaux sociaux et de santé – Partenariats

- **C.C.E.M** : réunion des coordinateurs des équipes SOS Enfants, à l'initiative du service général d'accompagnement ONE ;
- **C.C.M** : la Commission de Coordination Enfance Maltraitée de l'arrondissement de Liège a repris ses travaux après une longue interruption le 2/10 sous la présidence de Joelle PIQUARD. Une journée d'études a été organisée le 16/12 à l'intention des TMS de l'ONE sur le thème de la responsabilité de l'intervenant face à un jeune enfant à risque de maltraitance ;
- **PFPL** : le Groupe de Travail Pédopsychiatrique de la Plateforme Psychiatrique Liégeoise : 1 réunion mensuelle. La base de données SPILLER a été complétée et est à disposition de tous les professionnels pour le secteur pédo-psychiatrique ;
- **Prévif** (à Seraing) : réunion mensuelle de concertation ;
- **ISoSL** : participation à des réunions de réseau regroupant des services qui viennent en aide aux enfants et familles en difficulté : intercommunale des soins spécialisés à Liège ;
- Le service **FIL A FIL** organise plusieurs fois par an des réunions de réseau réunissant les différents services qui viennent en aide aux familles en difficulté et qui présentent une pathologie psychiatrique. L'objectif est d'échanger autour de vignettes cliniques. Inauguration de leurs nouveaux locaux ;
- Participation aux séances d'intervision entre services confrontés à l'addiction parentale et ses conséquences sur la famille (ALFA).  
**Le centre ALFA** est un centre de santé mentale spécialisé dans les assuétudes. La section parentalité organise 1 fois par mois des séances d'intervision regroupant les différents services confrontés aux familles vulnérables qui présentent une problématique d'addiction. Lors de ces séances, des cas cliniques sont présentés en vue de dégager d'autres pistes d'intervention et de resserrer les liens dans le réseau ;
- Partenariat avec la « **Cellule M** » du **CHR** : une réunion trimestrielle ;

## **SUPERVISIONS**

Un travail de **supervision de l'ensemble de l'équipe** s'est déroulé tout au long de l'année 2014 ; il est mené par le Professeur Daniel FAULX au travers de dix rencontres. L'enjeu était de viser à améliorer l'efficacité des processus professionnels et la qualité de vie des travailleurs dans l'exercice de leur fonction.

La supervision a fonctionné au cours de cette année sur un système progressif ; le début a été consacré à faire émerger les différentes problématiques. Le processus de confiance interpersonnel indispensable à ce genre de démarche a dû être installé progressivement, et a nécessité des précautions. Les participants ont manifesté qu'il fallait rester prudent par rapport à une équipe qui avait exprimé de la souffrance au travail parfois forte, mais les membres ont, d'autre part, manifesté une volonté de transformer, voire de bousculer le fonctionnement du collectif. Une attention particulière a été portée à l'accueil des nouveaux engagés et une procédure structurée a été mise en place.

Au final, lors d'une réunion d'évaluation, une série d'éléments ont témoigné de l'évolution de l'équipe. La prise de fonction de la nouvelle coordinatrice a également eu un effet important sur la dynamique collective.

La supervision a soutenu le processus d'évolution de l'équipe.

En fin d'année, l'équipe a émis son souhait de poursuivre le processus. Les points sur lesquels il a été décidé de travailler étaient de continuer le travail sur les duos, sur les réunions d'équipe, et plus généralement, sur le climat et la reconnaissance au sein de l'équipe.

De plus, la possibilité est offerte aux psychologues et travailleurs sociaux de choisir une **supervision individuelle** s'ils ne sont pas inscrits dans une formation de longue durée. Le nombre d'heures est déterminé en fonction du temps de travail et du budget disponible.

## **Organisation administrative**

Pour faciliter la communication et l'organisation administrative du travail, un serveur informatique a été installé mi 2014, et une arborescence a été mise en place avec des accès personnalisés. Chaque membre du personnel dispose d'un pc et d'une adresse mail. Les agendas sont partagés et accessibles également de l'extérieur. Ceci constitue une aide précieuse et offre à chaque membre du personnel une plus grande autonomie.

**L'accueil des nouveaux collègues engagés** a été formalisé au cours de l'année 2014, une farde de référence est mise à disposition.

## **Equipe de pédopsychiatrie du CHR**

Notre service a signé une convention de collaboration avec l'équipe de pédopsychiatrie du CHR de la Citadelle. Les docteurs Jean-Marie GAUTHIER, Damien LERMINIAUX et Gaëlle ORBAN participent à tour de rôle, depuis le mois d'avril 2014, notre réunion hebdomadaire d'équipe pluridisciplinaire. Ils répondent aux questions spécifiques et aux demandes d'analyse formulées par l'équipe. Ils participent au suivi thérapeutique dans le cadre des interventions et ils peuvent donner des consultations dans les locaux du service au bénéfice des personnes qui fréquentent exclusivement l'équipe SOS Enfants.

## PROJETS

### **Le programme « Ces années incroyables »**

La majorité des enfants pris en charge par notre service sont maintenus dans leurs familles. Il nous semble donc essentiel de soutenir les parents dans le développement de leurs habiletés éducatives. Ce constat est d'autant plus fort que les services mandatés (tels que les SAIE-Service d'Aide et d'Intervention Educative) pour travailler sur les pratiques éducatives parentales sont surchargés, et que, bien souvent, nos équipes assument des suivis thérapeutiques ciblant les parents et leurs capacités éducationnelles. Le programme « ces années incroyables », développé initialement aux USA par Carolyn Webster-Stratton, et adapté au Québec, notamment par l'équipe des centres jeunesse de Montréal, est un programme reconnu, qui a fait preuve d'une évaluation scientifique rigoureuse (voir Letarte, M.J., Normandeau, S., Allard, J. (2010). Effectiveness of parent training program « Incredible Years » in a child protection service. Child Abuse & Neglect, 34, 253-261). Ce programme utilise des fondements théoriques provenant des théories de l'attachement, de l'apprentissage social et de l'approche systémique et s'axe sur plusieurs objectifs :

1. développer une relation parent-enfant harmonieuse ;
2. l'apprentissage de stratégies éducatives efficaces et utilisées de façon cohérente ;
3. améliorer les processus de résolution de problèmes et la communication au sein de la famille.

Ces objectifs pourront permettre, à terme, et de façon directe, de développer une relation parent-enfant harmonieuse, et de façon indirecte, d'agir sur les situations de maltraitance et de négligence.

De façon succincte, le programme « ces années incroyables » utilise une approche collaborative, impliquant uniquement les parents, et comporte 16 séances à raison de 2h par semaine.

Une démarche évaluative de recherche, en collaboration avec Aurore BOULARD (formatrice agréée) et le service du Professeur JM GAUTHIER de l'ULG sera associée à la mise en œuvre de cette intervention.

Une publication dans une revue scientifique sera prévue afin de décrire les fondements du projet et l'expérience avec les mamans.

Une communication sera présentée au Colloque de la Fédération des équipes SOS Enfants qui fêtera ses 30 ans.

Après l'évaluation et le feed-back de l'équipe, et sur base de ses disponibilités, le groupe des mamans CAI pourrait être reconduit avec les parents fréquentant notre service, mais également d'autres familles adressées par des partenaires.

### **Supervision de groupe**

L'équipe a souhaité poursuivre le travail de supervision de groupe sous la direction du Professeur Daniel FAULX et ce tout au cours de l'année 2015. Les points sur lesquels il a été décidé de travailler sont de continuer le travail sur les duos, les réunions d'équipe et plus généralement sur le climat et la reconnaissance au sein de l'équipe.

### **Site internet**

Un site internet propre au service SOS Enfants Aide et Prévention sera réalisé en 2015 et ce en lien avec ceux de l'ONE et des autres équipes.

### **Supervision - Formation**

Dans le courant de l'année 2015, nous avons le projet de nous initier à la méthode d'évaluation selon F. ALFOLDI. Il s'agit d'une méthode d'évaluation en situation de maltraitance infantile. En effet, notre équipe est préoccupée par la rédaction des rapports à adresser à l'acteur judiciaire, et par mieux se faire comprendre par le mandant.

Nous collaborerons avec l'équipe de Dinant, qui s'est déjà appropriée la méthode et a veillé à l'adapter à notre contexte de travail.