

RAPPORT D'ACTIVITÉS 2017

ÉQUIPE SOS ENFANTS – AIDE ET PRÉVENTION

ASBL universitaire

Rue de la Liberté 56
4020 Liège

04/342.27.25

info@sos-enfants-liege.be
www.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
Site : www.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 2017, 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 (avant 2014) ; 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, des groupes, 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 :

- o une grande salle d'attente avec un coin jeu;
- o une grande pièce d'entretien pour recevoir les familles et/ou les professionnels;
- o une grande salle de réunion dotée de matériel de projection;
- o huit bureaux individuels dont cinq bureaux de psychologue où les enfants peuvent être reçus, et un pour le (la) coordinateur (trice);
- o un cabinet médical pour les examens pédiatriques;
- o un secrétariat;
- o une bibliothèque;
- o 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 2 PC ainsi que d'un serveur pour le stockage de nos données.

3. Personnel et composition de l'équipe au 31/12/2017

Assistantes sociales :

Laurence Dirix
Christelle Laquaye
Ann-Laure Mangialetto

Infirmière sociale :

Nadine Dessart

Psychologues :

Audrey Baiverlin (remplacement partiel d'Audrey Bynens)
Stéphanie Bednarek
Audrey Bynens, absente pour maladie depuis août 2017
Virginie Coolen (remplacement d'Aurore Jadin)
Justine Godechal
Estelle Hampert (remplacement partiel d'Audrey Bynens)
Aurore Jadin (en écartement prophylactique depuis mai 2017)
Stéphanie Merkelbach
Wertz Céline

Coordinatrice

Fabienne Delbouille

Pédopsychiatre

L'équipe de pédopsychiatrie du CHR de la Citadelle (Dr J-M. Gauthier, Dr G. Orban, Dr D. Lermينياux), en tournante jusqu'au 30/09/2017, puis le docteur Michaël Simon seul depuis le mois d'octobre 2017.

<u>Pédiatre</u>	Dr. Dominique Moës a démissionné fin septembre, remplacé depuis le 1/10/2017 par le Dr Danielle Brumioul-Rocour
<u>Juriste</u>	Christine Pevée
<u>Secrétaires</u>	Madeleine Dessart Amandine Rosu (1 mois TP en juillet 2017) 1 intérimaire (1 mois TP en décembre 2017)

Mouvements dans la composition de l'équipe en cours d'année 2017

Nous avons accueilli Céline Wertz en janvier 2017 pour remplacer Cécile Mathys. Elle travaille à ½ temps et consacre une journée à la recherche, et une journée au travail clinique. Elle accompagne la mise en place des nouveaux projets du point de vue méthodologique, encadre les étudiants et chercheurs.

Personnel et composition de l'équipe

Travailleuses sociales :

DESSART Nadine (infirmière sociale)
Engagée depuis le 01.10.1979
Salariée
7,5/10 (28h30/sem)

DIRIX Laurence
Engagée depuis le 01.11.1990
Salariée
8/10 (30h30/sem) ; avenant à partir du 1/03/2017 : 34h30 puis 38h à partir du 1/09/2017

LAQUAYE Christelle
Engagée depuis le 23.11.2010
Salariée
5/10 (19h/sem) subventionnés par le **Fonds Maribel Social**
1/10 subventionné par l'O.N.E.
2/10 (7h36/sem) subventionnés par la **Région wallonne (statut A.P.E.)** et
2/10 congé parental

MANGIALETTO Ann-Laure
Engagée depuis le 14.05.2007
Salariée
Contrat temps plein (38h/sem) subventionné par la **Région wallonne (statut A.P.E.)**
8/10 (30h30/sem) (crédit temps 1/5è tps)

Psychologues :

BAIVERLIN Audrey

Salariée

5/10 CDD du 10/10/2017 au 31/12/2017 pour faire face aux absences

BEDNAREK Stéphanie

Engagée depuis le 01.07.2010

Salariée

8/10 (30h30/sem) CDI

BYNENS Audrey

Engagée depuis le 04.11.2008

Salariée

8/10 (30h30 /sem) CDI puis 34h30 à partir du 1/03/2017

10/10 (38h/sem) à partir du 1/06/2017 en CDD

En maladie à partir du mois d'août 2017

Reprise à mi-temps médical le 12/12/2017

COOLEN Virginie

Salariée

5/10 contrat de remplacement d'Aurore Jadin

GODECHAL Justine

Engagée depuis le 21.05.2007

Salariée

6,5/10 tout au long de l'année 2017

HAMPERT Estelle

Salariée

(5/10) CDD à partir du 1/09/2017 jusqu'au 31/12/2017 pour faire face aux absences

JADIN Aurore

Engagée le 4/11/2014

Salariée

6/10 (23h/sem) ; en écartement prophylactique à partir du 15 mai 2017

MERKELBACH Stéphanie

Engagée depuis le 12.09.2005

Salariée

8/10 (30h30/sem) ; 7/10 à partir du 1/09/2017

A pris la fonction de référente clinique le 1/09/2017

WERTZ Céline

Engagée depuis le 23 janvier 2017

Salariée

(5/10) Consacre 1 journée à la recherche, à l'accompagnement de projets et 1 journée au travail clinique

Coordinatrice

DELBOUILLE Fabienne

Engagée le 01/03/2013

Salariée

10/10 (38h/semaine)

8/10 (30h30) dès le 1/04/2015 – crédit temps 1/5 temps

Docteur en médecine, Pédopsychiatre :

Depuis avril 2014, une convention lie l'équipe SOS Enfants au service de Pédopsychiatrie du CHR Citadelle : trois pédopsychiatres ont participé aux réunions d'équipe pluridisciplinaire à tour de rôle : les docteurs J-M. Gauthier, G. Orban et D. Lermaniaux. Ils peuvent recevoir également des enfants en consultation dans les locaux du service. Le docteur Gauthier a été absent à partir de mai 2017. Depuis le 1/10/2017, seul le Dr Michaël Simon est présent dans notre équipe.

Docteurs en médecine, Pédiatres :

MOËS Dominique (réfèrent clinique)
Engagé depuis le 15.12.2005
Indépendant
2/10 (7h36/sem)
A démissionné au 30/09/2017

Dr Danielle Brumioul-Rocour
Engagée le 1/10/2017
Indépendante
2/10
Remarque : le Dr. Rocour a le projet d'intégrer dans l'équipe un(e) assistant(e) en pédiatrie pour le(la) familiariser à la clinique de la maltraitance

Juriste :

PEVEE Christine
Engagée le 1/11/2016
Indépendante
1,5/10

Secrétaires :

DESSART Madeleine
Engagée depuis le 04.04.2000
Salariée
10/10 (38h/sem) depuis le 1/10/2015

CIRRI Mélodie
Engagée dans le cadre d'une agence d'intérim
10/10 en décembre 2017 en remplacement de Madeleine Dessart en maladie puis congé

ROSU Amandine
Salariée
10/10 contrat de remplacement en juillet 2017 de Madeleine Dessart, en congé

Au 31 décembre 2016, l'équipe SOS Enfants – Aide et Prévention est composée de 14 personnes sous contrat (dont 2 en inactivité), et 2 indépendants, soit **10,75 ETP en activité**.

Notre volonté a été de renforcer en priorité le temps de travail du personnel déjà en place et ce, dans le souci de mettre à la disposition des usagers une plus grande expertise lors de nos interventions en faveur des enfants et de leur famille.

Antennes

Nous n'avons pas d'antenne de notre équipe.

4. Territoire couvert par l'équipe

- a) Le territoire couvert est celui de l'ancien 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 km².
- b) Caractéristiques socio-économiques du territoire couvert :
la population globale de l'arrondissement judiciaire de Liège est de **622.725** habitants, dont **140.051** entre 0 et 18 ans.
- 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 a été assurée par le pédiatre de l'équipe, le docteur Dominique Moës jusqu'en septembre 2017, puis par le Dr. Rocour. Il a assuré également le rôle de référent clinique de l'équipe jusqu'à son départ. 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.
A l'annonce du départ du Dr Moës, nous avons réfléchi à répartir la responsabilité clinique au sein de l'équipe.
La responsabilité clinique est actuellement assurée par un membre de l'équipe sur mandat de cette dernière. Cette personne est élue par l'équipe, parmi une liste de personnes éligibles.

Le référent clinique représente une personne ressource pour l'équipe et dispose d'une expertise et d'un regard tiers.

Le référent clinique assume la responsabilité de la réflexion et du débat clinique. Il assume le respect de l'orientation philosophique, déontologique et éthique du service.

1. Il aide l'équipe à réfléchir à travers la clinique quotidienne à des formes de plus en plus variées et efficaces d'intervention.

Il est souhaitable que les fonctions de référent clinique et de coordinateur soient scindées. En cas de difficulté, de dysfonctionnement, le coordinateur doit être interpellé et gèrera les désaccords.

2. En pratique, le référent clinique lit les bilans, rapports et courriers à destination des SAJ-SPJ-Parquet afin d'assurer un regard tiers, une homogénéité et une cohérence dans l'ensemble du service.

3. Il soutient la personne de permanence pour évaluer le degré d'urgence des appels et est disponible pour analyser les situations si nécessaire (après l'organisation habituelle déjà mise en place).

Il participe à l'écolage et au soutien des nouveaux engagés.

Il relève les questions de fond et veille à ce que les réflexions arrivent à leur terme, et tranche si nécessaire.

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. 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. 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 par une travailleuse sociale. Une psychologue reste disponible 1 heure pendant chaque plage de permanence pour un soutien, une concertation.

Cette organisation permet d'assurer un suivi direct après le signalement ou d'investiguer plus avant la présentation en réunion d'équipe.

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.

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 responsable clinique. 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 :

La secrétaire :

- décroche systématiquement le téléphone;
- transmet les communications à leurs destinataires s'ils sont présents et joignables;
- 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.) ;
- 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 :

- répond à toutes les communications qui lui sont transférées par la secrétaire, ainsi qu'à tout nouveau signalement;
- 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;
- 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;
- 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);
- 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;

- 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 ;
- 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 ;
- 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.

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 :

- **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.
- 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;

- o **les situations anonymes.** 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 ;
- o dans certaines situations, il est évident, dès l'anamnèse téléphonique, que l'intervention du Service de l'Aide à la Jeunesse sera nécessaire. 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 retenu 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, et ont des moments d'échanges informels. 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, partager à propos de formations suivies, etc.

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

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...

Si l'équipe se voit obligée de postposer son intervention, elle en avertit les intéressés et/ou les demandeurs par courrier.

7. Modalités de prise en charge des familles

Chaque situation est gérée en duo.

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 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, 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 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 un relais aux assistantes sociales de permanence ;
- 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.

Depuis la mise en place du **nouveau programme statistique IMISOS**, travailleurs sociaux et psychologues assurent l'encodage de leurs dossiers.

La secrétaire veille à surveiller la bonne progression de chacun dans les étapes d'encodage des dossiers.

Le **pédopsychiatre**, le **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 a assuré la responsabilité médicale de l'équipe et le rôle de référent clinique jusque fin septembre 2017. Le rôle de référent clinique a ensuite été attribué à Stéphanie Merkelbach, psychologue.

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

Les pédopsychiatres sont présents en alternance lors de notre réunion d'équipe ; ils répondent aux questions spécifiques et aux demandes d'analyse formulées par l'équipe.

Ils participent au suivi thérapeutique dans le cadre de nos interventions et ils peuvent donner des consultations dans nos locaux au bénéfice des personnes qui fréquentent exclusivement notre service.

A partir du mois de juin, nous avons regretté l'absence du Dr. Jean-Marie Gauthier pour raison de maladie grave.

Depuis octobre 2017, c'est le Dr. Michaël Simon qui assure seul la présence pédopsychiatrique au sein de notre équipe.

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.

8. Les orientations principales en 2017

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**

En ce qui concerne la Commission Maltraitance, le choix de la priorité en 2016 s'était porté sur les hôpitaux liégeois qui accueillent des enfants victimes de maltraitance. Les rencontres avec leurs représentants ont abouti à la mise sur pied d'une journée d'échange.

A travers ce projet, l'objectif est d'améliorer la prise en charge des enfants de 0 à 6 ans par l'hôpital et conjointement par le réseau.

Parallèlement, un sous-groupe a rédigé une synthèse afin d'interpeller les instances sur la nécessité de construire un modèle plus performant.

En ce qui concerne le protocole de collaboration SAJ – Equipes SOS Enfants, des rencontres ont eu lieu, préparées par les deux équipes SOS Enfants, avec les représentants du Service de l'Aide à la Jeunesse.

Elles sont très importantes pour mieux articuler nos interventions et améliorer la collaboration.

- 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;

- **réattribuer le rôle de référent clinique**

Suite à l'annonce du départ de notre pédiatre, nous avons convenu que chaque membre de l'équipe devait prendre sa part de responsabilité clinique à tour de rôle. Nous avons procédé à des élections à la majorité simple, par vote secret, parmi une liste de personnes éligibles. Sont éligibles les membres de l'équipe qui disposent d'un contrat de 4/5 temps et d'une ancienneté de 5 ans.

- **Projet de soutien à la parentalité.**

L'équipe met à disposition des enfants en difficulté dans les conflits conjugaux un groupe de paroles depuis plusieurs années. Parallèlement, nous souhaitons créer des outils pour évaluer les compétences parentales. Les travailleuses sociales en collaboration avec Céline Wertz s'y sont attelées en 2017.

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 3 nouveaux collaborateurs au cours de l'année 2016 : 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 ;
- **deuxième édition du groupe d'enfants.**

Deux psychologues de notre équipe ont mis en place un deuxième groupe d'enfants, pris dans le divorce conflictuel de leurs parents.

Le groupe d'enfants âgés entre 6 et 11 ans, s'est organisé en 5 séances de 3 heures.

Le groupe est accompagné par des chercheurs de l'ULg et a été évalué.

Notre service souhaite offrir de manière régulière ce type de suivi aux enfants que nous prenons en charge. Nous pouvons également ouvrir ce groupe aux enfants diagnostiqués dans d'autres équipes SOS Enfants de la région.

Au vu d'une augmentation des demandes de bilans pour des enfants vivant au sein d'un contexte de conflit parental important, nous avons été amenés à repenser une partie de nos interventions ainsi qu'à leur efficacité. En effet, les bilans individuels de jeunes enfants coincés au sein de loyauté impossible semblaient peu porteurs pour eux ; ils mettaient en évidence la nocivité du conflit, mais ouvraient peu de portes pour un accompagnement plus thérapeutique. Ainsi, il nous a semblé qu'un espace groupal leur permettant de se sentir moins seuls face à leur vécu pourrait permettre d'aborder, voire de trouver ensemble, des pistes pour dépasser certains thèmes problématiques, tels que la loyauté, la culpabilité, les souvenirs traumatiques, etc.

Le groupe réunissant des enfants entre 6 et 11 ans a été reconduit à nouveau en 2017 dans les locaux de notre service et a été animé par Audrey Bynens et Stéphanie Bednarek, toutes deux psychologues dans l'équipe. Les parents sont reçus, suivant un protocole de quelques questionnaires identiques pour chacun, par une de ces psychologues.

En 2017, ce groupe d'enfants a été « observé » par une étudiante en psychologie, encadrée par Céline Wertz. Cette étudiante poursuivra ce projet l'année académique suivante. Ce stage fera l'objet de son mémoire.

Notre équipe souhaite offrir de manière récurrente la possibilité aux enfants « bilantés » de participer à ces groupes. En fonction de l'évolution et de la maturité de ce projet, une ouverture à des services extérieurs est réfléchie.

Après chaque session du groupe d'enfants, le travail est évalué et des améliorations sont apportées.

En 2017, six enfants ont participé à notre projet de groupe d'enfants. Ainsi préalablement chaque parent a été invité à une rencontre en vue de préparer la participation de leurs enfants.

Cinq séances de 3h en groupe ont eu lieu. Les parents ont ensuite été invités à une séance visant un retour de ces rencontres. Cela a été proposé en groupe, un concernant les mamans et l'autre concernant les papas.

Nous avons pu faire différents constats suite à ce projet amenant à modifier la méthodologie de ce projet en 2018.

D'une part, au vu de notre public cible, mettre un point d'honneur à l'objectif de sécurisation des enfants au sein du groupe était nécessaire ; en effet, en l'absence de ce temps visant le travail de la confiance et de la sécurité, les enfants risquent de rester dans de l'agitation motrice et de ne pas être accessibles au travail d'élaboration des émotions et de leur vécu. Ainsi, au travers de la réflexion approfondie entre les professionnels mettant en place ce projet, avec l'étudiant réalisant son mémoire au sujet de ces groupes et la supervision de madame Loop de l'ULg, le setting a été modifié (aussi bien la durée des séances que l'espace au sein duquel elles ont lieu) ainsi que les objectifs ont été retravaillés. 6 séances de 2h sont prévues pour les enfants. Des rituels d'entrées et de sortie du groupe ont été réfléchis. Les objectifs principaux pour les enfants sont : de pouvoir se poser dans un lieu sécurisant et ainsi faire confiance aux autres (pairs et adultes), se reconnecter à soi (corps, esprit et émotions), se sentir libres d'exprimer une pensée propre, différente de ses parents et ainsi à terme pouvoir aborder le conflit de loyauté.

D'autre part, sans un investissement plus important des parents, les bénéfices ne pourront pas être aussi importants que souhaité ; c'est pourquoi, au travers de l'outil de la médiation et l'utilisation du jeu de sable, quatre rencontres sont proposées aux parents avec, dans l'idéal, trois rencontres lors desquelles le couple parental serait réuni.

Travail de recherche, arrivée de Céline Wertz

Cécile Mathys a été remplacée par Céline Wertz, assistante du Pr. Blavier, qui est chargée d'accompagner l'équipe dans la mise en place de nouveaux projets et de susciter et stimuler les recherches, en collaboration avec l'ULg.

Son rôle consiste aussi à construire la méthodologie, les outils, et l'évaluation ainsi qu'encadrer les chercheurs. Comment allier la recherche et la pratique de terrain ?

Participation au Colloque du CIFAS à Montréal (Audrey Bynens, Aurore Jadin et Céline Wertz) en juin 2017, et présentation de recherche sur les dynamiques familiales au moment de la révélation d'un abus intrafamilial.

Réécriture du projet clinique

Le travail commencé en 2016 s'est poursuivi tout au long de l'année 2017.

Ont été abordés :

- le rôle du médecin pédiatre au sein de l'équipe
- le rôle du référent clinique
- la signature des rapports et bilans et les responsabilités
- la composition d'une équipe en 2017
- les problématiques nouvelles retenues, à savoir :
 - les enfants confrontés aux séparations parentales conflictuelles ;
 - la mise en danger sur les réseaux sociaux ;
 - le soutien à la parentalité ;
 - les enfants exposés aux violences conjugales.

SUPERVISION

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.

En cas de difficulté dans le suivi de familles en duo, les membres peuvent recourir à des supervisions ponctuelles.

FORMATIONS 2017

Formations longue durée

FEMANP : nouveau cycle remis en place en 2016-2017 par l'ONE pour les nouveaux engagés, participation d'Aurore Jadin ;

Après la formation de la majorité des membres de l'équipe au CFTF, il nous semblait utile de diversifier les spécialisations pour faire face aux nouvelles problématiques rencontrées. C'est ainsi que des souhaits ont été émis de se former en psychomotricité relationnelle.

Représentation du service

- Sensibilisation auprès d'étudiants de Hautes Ecoles sur la détection et la prévention de la maltraitance :
 - futurs infirmiers : Ecole Provinciale et Helmo ;
 - futurs assistants sociaux de l'ESAS et de l'Ecole Provinciale ;
 - futurs éducateurs spécialisés ;
 - étudiants en Sciences de l'Education ULg ;
 - futurs instituteurs et régents
 - étudiants en bachelier psychomotricité
- Présentation de l'équipe et du décret aux étudiants en médecine ULg (ARPC);
- 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, maisons médicales, ...

Encadrement d'une stagiaire psychologue de l'ULg pour un stage de 375h durant l'année académique 2017-2018 et d'une stagiaire assistante sociale ainsi que d'une stagiaire psychomotricienne.

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 fin 2014 après une longue interruption sous la présidence de Joëlle Piquard. En 2017, le travail s'est axé sur la collaboration avec les hôpitaux ;
- **PFPL** : le Groupe de Travail Pédopsychiatrique de la Plateforme Psychiatrique Liégeoise : 1 réunion mensuelle ;
- **Réalism** : participation aux réunions de mise en place du Réseau Enfants Adolescents sur le territoire de la Province de Liège Santé Mentale et aux réunions d'agents de liaison ;
- **ISO SL** : 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 ;
- **Commission Famille-Précarité** du CPAS de Sprimont ;
- 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 ;
- Réunions équipes **SOS-SAJ-Parquet** dans le cadre du suivi du protocole de collaboration (Laurence Dirix, Justine Godechal, Fabienne Delbouille) ;
- 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 d'échange sur les prises en charge communes et les relais (Nadine Dessart, Stéphanie Merkelbach, Fabienne Delbouille) ;
- Participation au groupe mis en place par le **Fonds Houtman** pour l'application des recommandations consécutives à la recherche menée par Aurore Dachy.
Thème : « *Prise en charge des enfants victimes d'abus sexuels. Elaboration d'un protocole commun à l'ensemble des acteurs concernés* ». Recherche menée auprès des 5 binômes Equipe SOS Enfants et hôpitaux pédiatriques, en collaboration ; Equipe SOS Enfants ULg et Cellule M en ce qui nous concerne.
- Participation aux ARPC de médecine générale (ULg) ;
- Participation à des interventions à la faculté de psychologie (ULg, avec le Pr. Blavier et son équipe) ;
- Présentation des équipes SOS Enfants aux Maisons Médicales.

Organisation administrative

Pour faciliter la communication et l'organisation administrative du travail, un serveur informatique a été installé en 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.

Dans le cadre du nouveau programme d'encodage statistique Imisos, l'ensemble des employés est amené à encoder les données relatives à ses dossiers. Puisqu'il s'agit d'un programme de recueil de données statistiques uniquement, le service administratif doit veiller à organiser une base de données pour gérer les situations.

L'accueil des nouveaux collègues engagés a été poursuivi, une farde de référence est mise à disposition de chacun.

Réhabilitation et assainissement des locaux

Après les sinistres « dégâts des eaux » survenus en 2015, nous avons enfin vu la fin des procédures, en fin d'année 2017, et nous avons été autorisés à remettre en état nos locaux. Nous avons, dès lors, réintégré notre cuisine-réfectoire, et avons récupéré un bureau de psychologue.

Nous avons été contraints d'assainir des locaux non ventilés en installant une ventilation double flux.

CONFERENCES, CONGRES, JOURNEES D'ETUDE, COLLOQUES ET FORMATIONS

Recyclage en législation sociale, UCM, ½ j (Fabienne Delbouille)

Psychiatisation de l'adolescence, ISOSC ½ j (Fabienne Delbouille)

Colloque Fonds Houtman, (Fabienne Delbouille)

Colloque Parole d'enfants à Paris, 2j (Ann-Laure Mangialetto et Virginie Coolen)

Aider l'autre ou se réparer sans fin, 3j, (Laurence Dirix)

Dessine-moi un horizon à CCN, 1j (Nadine Dessart)

Au service de l'enfant en danger, 2j (Laurence Dirix et Nadine Dessart)

Colloque ULB, Laurence Dirix et Nadine Dessart

Diminuer les difficultés de comportement chez l'enfant, 2j (Laurence Dirix, Justine Godechal Christelle Laquaye, Stéphanie Bednarek et Stéphanie Merkelbach)

Familles plurielles, 1j (Nadine Dessart et Christelle Laquaye)

CCM et hôpitaux, 1j (Fabienne Delbouille et Christelle Laquaye)

Accompagner la parentalité par le jeu, 1j (Christelle Laquaye, Stéphanie Bednarek et Céline Wertz)

CiFAS à Montréal, 3j (Audrey Bynens, Céline Wertz et Aurore Jadin)

Les psychotraumatismes en thérapie familiale, 3j (Stéphanie Merkelbach, Justine Godechal et Céline Wertz)

Analyse des dessins d'enfants, 4x1/2j (Justine Godechal)

Fratrie, Parole d'enfants, 1j (Stéphanie Bednarek)

Spécialisation bureautique, 4j (Madeleine Dessart)

FEMANP, (Aurore Jadin)

PROJETS

Construction d'un nouveau dispositif d'évaluation des compétences parentales

Elaboration d'un protocole d'évaluation de la parentalité qui puisse être aussi complet et réfléchi que celui proposé dans le cadre des bilans d'enfants.

Cet outil devrait constituer une méthode d'objectivation des compétences parentales et viser à mieux identifier chez le parent :

- ses ressources ;
- ses dysfonctionnements ;
- ses possibilités d'évolution (valeur à la fois diagnostique et prospective).

Objectifs sous-jacents :

- rendre un avis plus complet et étayé quant aux capacités du parent à être un « bon » parent pour son enfant ;
- gagner en objectivité et en lisibilité vis-à-vis des mandants extérieurs ;
- mieux articuler les compétences de chacun(e) au niveau psycho-social notamment, et donc aussi mieux partager la responsabilité diagnostique ;
- fournir à l'équipe des balises protectrices face à la charge émotionnelle de telles interventions ;
- dans une vision prospective, orienter déjà vers des perspectives d'action, fixer des objectifs concrets à l'accompagnement parental.

Moyens mis en oeuvre :

- organisation de réunions mensuelles (assistants sociaux/psychologues) ;
- participation aux formations en lien à cette thématique ;
- réalisation de bilans des compétences parentales.

Troisième édition du groupe d'enfants

Nous souhaitons ouvrir chaque année un groupe d'enfants.

En 2018, ce groupe sera animé par Stéphanie Bednarek, psychologue, et Christelle Laquaye, assistante sociale formée en médiation familiale.

Le 3^{ème} groupe sera accompagné par l'étudiante en psychologie qui en fera le sujet de son mémoire.

PRISE EN CHARGE DES FAMILLES : DONNEES STATISTIQUES

Depuis le 1/01/2016, l'ONE a fourni aux équipes SOS Enfants un nouveau programme d'encodage des données appelé IMISOS. L'équipe s'est familiarisée à ce nouvel environnement et à l'encodage.

Les données sont recueillies en plusieurs étapes :

1. L'identification
2. Le signalement
3. L'analyse de la demande
4. Le diagnostic
5. L'intervention thérapeutique
6. Les autres types d'intervention
7. L'hospitalisation
8. La clôture

A. LES SIGNALEMENTS

Signalements	2017	2016	2015	2014
Nombre	582	520	516	453
Resignalements	64	52	100	85
Nombre d'enfants	554	-	-	-

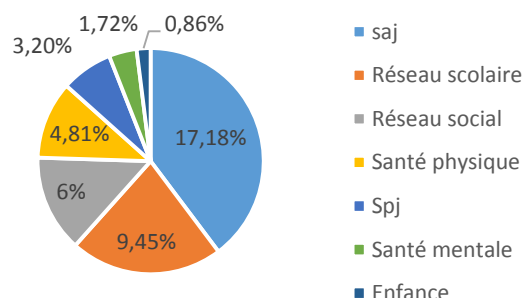
Remarque : un enfant peut avoir été signalé plusieurs fois sur une même année.

L'origine des signalements

	2017	2016	2015	2014
Signaleurs professionnels	45,9 %	48,46 %	46,7 %	49,4 %
Signaleurs familiaux	44,2 %	45,77 %	50 %	48,2 %
Voisinage	6,36 %	3,08 %	-	-
Signaleurs anonymes	2,75 %	1,92 %	3,3 %	2,4 %

Parmi les **signaleurs professionnels** (45,9 %) nous identifions :

	2017*	2016*
SAJ	17,18 %	20,57 %
SPJ	3,2 %	3,07 %
Réseau scolaire	9,45 %	8,46 %
Réseau social	6 %	5,57 %
Enfance	0,86 %	1,53 %
Santé physique	4,81 %	3,27 %
Santé mentale	1,72 %	5 %



*pourcentage calculé sur l'ensemble total des signalements

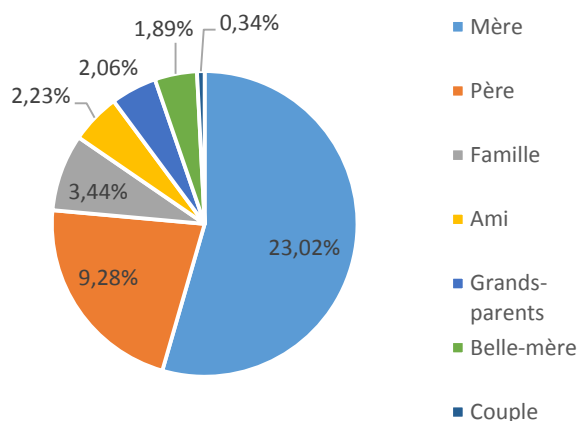
En 2017, un peu moins de la moitié des signalements professionnels viennent du secteur protectionnel et judiciaire.

Nous continuons à nous étonner du faible pourcentage de signalements provenant de la petite enfance (0,86 %) TMS-ONE et du milieu d'accueil. Les signalements nous semblent directement dirigés vers le Service de l'Aide à la Jeunesse par les professionnels. Le débat est en cours avec la référence maltraitance ONE ainsi qu'avec nos collègues des autres équipes SOS Enfants.

Le réseau scolaire comprend PMS et PSE ; à l'avenir nous pourrons les distinguer et obtiendrons la bonne répartition. Actuellement, les estimations sont réalisées comme suit : 90 % PMS et 10 % PSE.

Parmi les **signaleurs familiaux** (44,2 %), nous identifions :

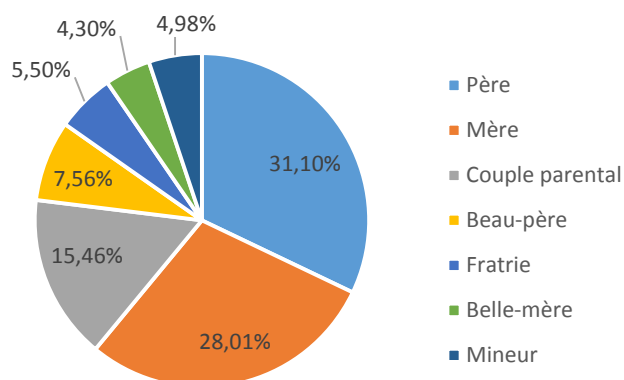
	2017	2016
Mère	23,02 %	24,04 %
Père	9,28 %	10 %
Grands-parents	2,06 %	5,96 %
Couple	0,34 %	1,35 %
Famille	3,44 %	1,54 %
Belle-mère	1,89 %	-
Ami	2,23 %	-



La moitié des signalements familiaux viennent de la mère des enfants.

Les **auteurs signalés** en 2017

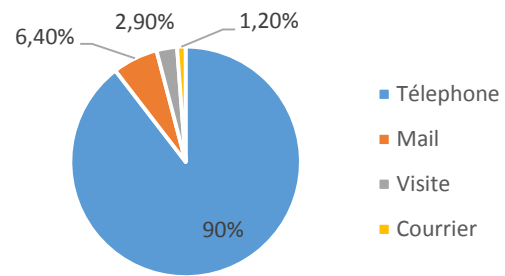
	2017	2016
Père	31,1 %	29,46 %
Mère	28,01 %	24,03 %
Couple parental	15,46 %	17,25 %
Beau-père	7,56 %	10,85 %
Mineur	4,3 %	3,88 %
Belle-mère	4,98 %	3,1 %
Fratie	5,5 %	-



Le père est majoritairement signalé comme auteur : 74,57 % des auteurs signalés en 2017 sont les parents.

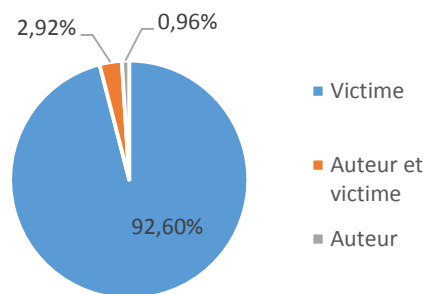
Pourcentage de signalements par mode

	2017	2016
Personne (visite)	2,9 %	3,65 %
Mail	6,4%	0,77 %
Courrier	1,2 %	1,15 %
Téléphone	90 %	94,42 %



Statut de la personne signalée

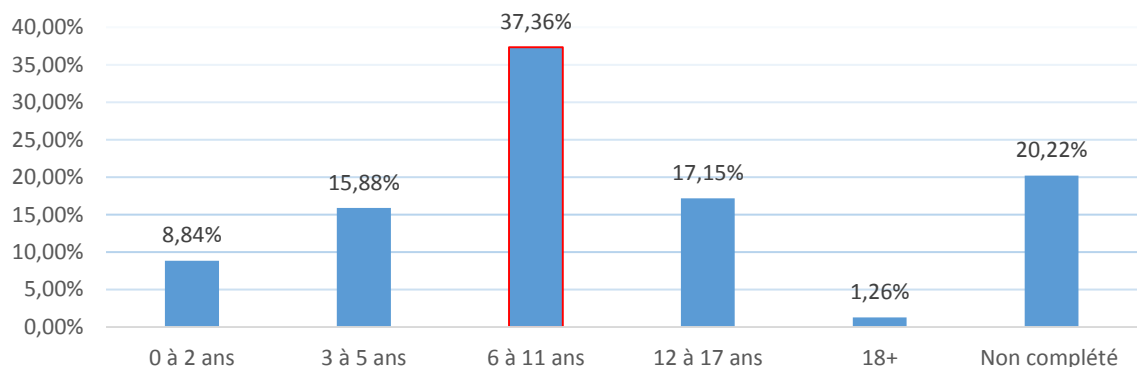
	2017	2016	2015	2014
Victime	92,6 %	92,31 %	95 %	94 %
Auteur	0,69 %	1,92 %	3 %	1 %
Auteur et victime	2,92 %	2,69 %	1 %	1 %



L'application Imisos en 2017 reste adaptée aux victimes et non aux auteurs. Un chantier va être lancé pour approfondir la question de la prise en charge des auteurs.

L'âge des enfants signalés

	2017	2016	2015	2014
0 à 2 ans	8,84 %	8,2 %	41 %	41 %
3 à 5 ans	15,88 %	16,2 %		
6 à 11 ans	37,36 %	40,4 %	36 %	33 %
12 à 17 ans	17,15 %	17,6 %	20 %	20 %
18+	1,26 %	0,61 %	-	-
Non complété	20,22 %	18 %	-	-



En 2017, la tranche d'âge la plus importante est celle des enfants en âge d'école primaire (37,36 %).

Le sexe des enfants signalés

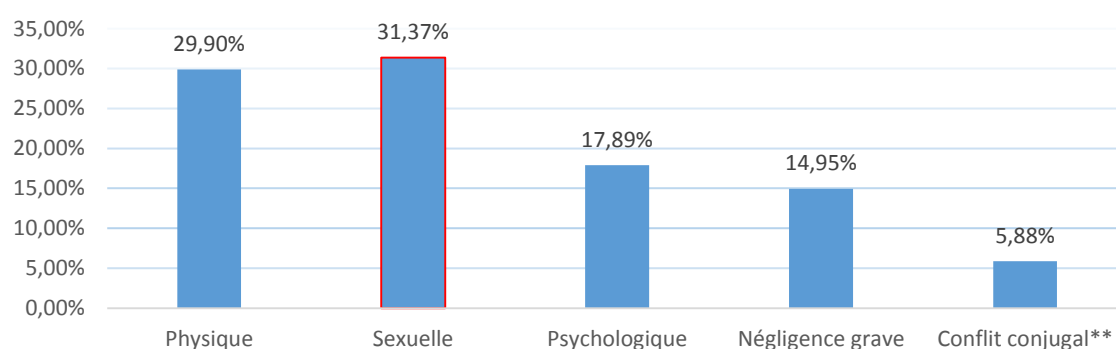
En 2017, 48,2 % de filles, 44,4 % de garçons et 7,4 % non complétés.

Types de maltraitances signalées

	2017*	2016
Maltraitance physique	29,9 %	35,04 %
Maltraitance sexuelle	31,37 %	29,41 %
Maltraitance psychologique	17,89 %	16,37 %
Négligence grave	14,95 %	12,53 %
Conflit conjugal**	5,88 %	6,14 %

**nouvelle maltraitance répertoriée

* des 54,12 %



NB : en 2017, les signalements pour maltraitance représentent 54,12 % de l'ensemble des signalements, le contexte inquiétant représente 39,18 % et les demandes d'avis 6,7 %.

Remarque : un enfant peut être signalé pour plusieurs maltraitances.

Nous comparerons les types de maltraitances signalées et les types de maltraitances diagnostiquées au point C.

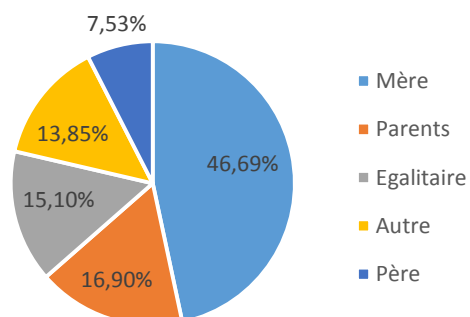
Origine géographique des signalements

	2017	2016	2015	2014
Liège rive droite	77	73	69	72
Liège rive gauche	98	71	85	48
Seraing	56	52	55	32
Herstal	35	25	24	14
Oupeye	17	24	-	-
Fléron	6	19	8	12
Visé	14	18	11	8
Ans	15	18	15	14
Esneux	7	11	-	-
Sprimont	12	10	10	3
Waremme	11	9	12	-
Chaufontaine	13	-	-	-
Flémalle	12	-	-	-
Grâce-Hollogne	16	-	-	-
Beyne-Heusay	19	-	-	-
Aywaille	11	-	-	-
Trooz	10	-	-	-

B. LES ANALYSES DES SIGNALEMENTS

Types de milieux de vie de l'enfant

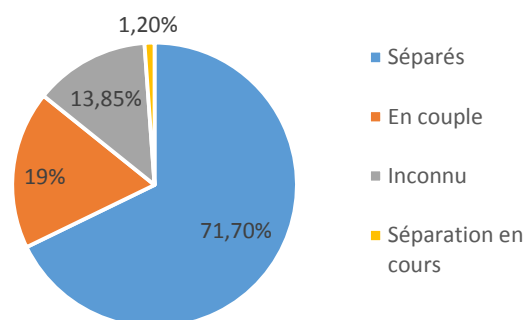
	2017	2016
Mère	46,69 %	49,7 %
Parents	16,9 %	17,4 %
Egalitaire	15,1 %	14,3 %
Père	7,53 %	6,99 %
Autre	13,85%	10 %



La moitié des enfants vivent chez leur mère.

Statut des parents

	2017
En couple	19 %
Séparés	71,7 %
Séparation en cours	1,2 %
Inconnu	13,85 %

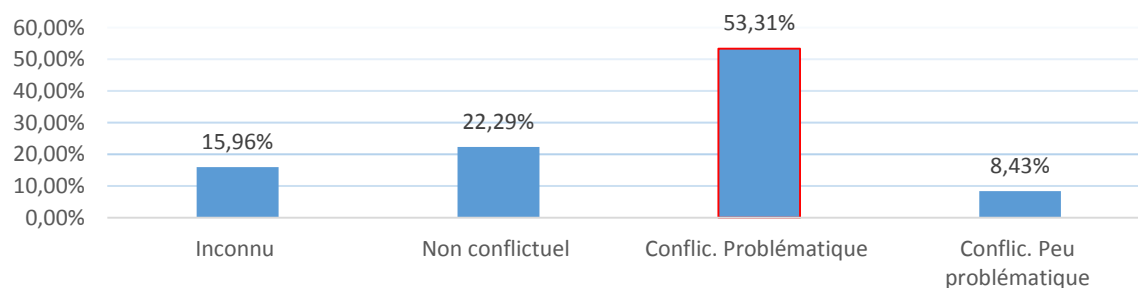


73 % des parents des enfants pris en charge sont séparés.

La situation de ces familles entraîne une multiplication des démarches ; remises de conclusions séparées, rencontres séparées au SAJ, chez le Conseiller de l'AJ.

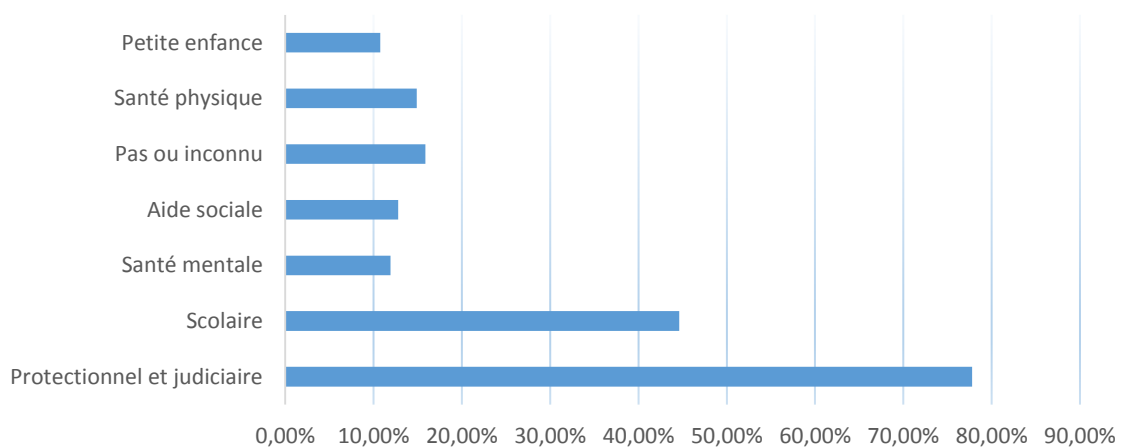
Climat relationnel dans lequel vit l'enfant

	2017	2016
Inconnu	15,96 %	12,95 %
Non conflictuel	22,29 %	18,65 %
Conflictuel problématique	53,31 %	57 %
Conflictuel peu problématique	8,43 %	11,4 %



Types d'intervenants présents lors de l'analyse

	2017	2016
Protectionnel et judiciaire	77,8 %	63 %
Scolaire	44,6 %	49 %
Santé mentale	11,9 %	13 %
Aide sociale	12,8 %	14.5 %
Pas ou inconnu	15,86 %	20 %
Santé physique	14,9 %	8.8 %
Petite enfance	10,77%	4 %



Remarque : plusieurs intervenants présents dans les familles.

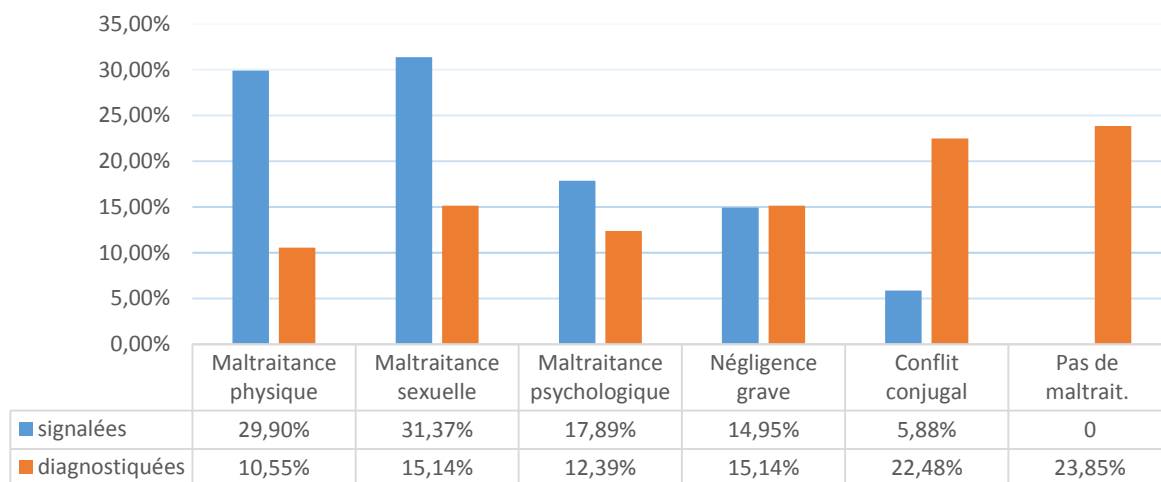
C. DIAGNOSTICS

Types de maltraitements signalés

	2017
Maltraitance physique	29,9 %
Maltraitance sexuelle	31,37 %
Maltraitance psychologique	17,89 %
Négligence grave	14,95 %
Conflit conjugal	5,88 %

Types de maltraitements diagnostiqués

	2017
Maltraitance physique	10,55 %
Maltraitance sexuelle	15,14 %
Maltraitance psychologique	12,39 %
Négligence	15,14 %
Conflictuel adulte	22,48 %
Pas de maltraitance	23,85 %



Si nous comparons avec les maltraitements signalés, les proportions diffèrent de manière très significative.

Hypothèse : 22,48 % de maltraitements liés à des conflits conjugaux sont diagnostiqués. Le parent en conflit signalerait-il une maltraitance physique en priorité ?

Types de maltraitements diagnostiqués

Cf. Tableau ci-dessus.

Lieu des maltraitements diagnostiqués

Dans 65 % des situations, au domicile habituel de l'enfant et pour 9 % dans un autre domicile connu.

Types d'atteintes observées

Physique : 9,45 %

Psychologique : 89,2 %

D. BILANS REALISES

En 2017 notre équipe a réalisé 58 bilans à la demande du SAJ et du SPJ.

Ils ont été comptabilisés manuellement, le programme IMISOS ne permettant pas ce relevé.

Cette charge de travail est assez importante, elle implique :

- une rencontre avec le délégué et les parents au sein du SAJ afin de présenter notre service et de négocier les modalités de prise en charge par notre équipe. Cet entretien est suivi d'un rendez-vous avec le Conseiller de l'Aide à la Jeunesse où est signé l'accord de proposition d'aide par les parents ;
- en ce qui concerne les demandes du SPJ, en regard au cadre d'aide contrainte, les négociations avec notre service se font directement par le directeur de Protection Judiciaire et ne nécessitent donc qu'un seul entretien ;
- notre équipe réalise ensuite l'anamnèse du ou des enfants concerné(s) par la demande de bilan psychologique avec l'aide des parents, mais aussi des différents professionnels gravitant autour de la famille. Ce qui nécessite 3 à 6 heures d'entretien selon les situations (séparation parentales ou non, interventions d'autres intervenants ou non) ;
- les bilans des enfants nécessitent, en général, 4 heures d'entretiens individuels associés à 2 heures d'analyse, voire 3, en fonction des tests utilisés par le psychologue. A cela, nous ajoutons également un temps de rédaction de rapport, écrit conjointement par l'assistante sociale et le ou les psychologue(s), selon le nombre d'enfants vus par notre équipe ;
- enfin, nous considérons que le moment de la remise de conclusions est très important, c'est pourquoi nous faisons une première (voire 2 si les parents sont séparés) rencontre au sein de notre service afin de prendre le temps qui est nécessaire à la compréhension des parents. A cela s'ajoutent, à nouveau, 2 rendez-vous dans le cadre du SAJ, un avec le délégué et les parents, et l'autre en présence du Conseiller ; par contre, un seul rendez-vous dans le cadre du SPJ en présence du Directeur.

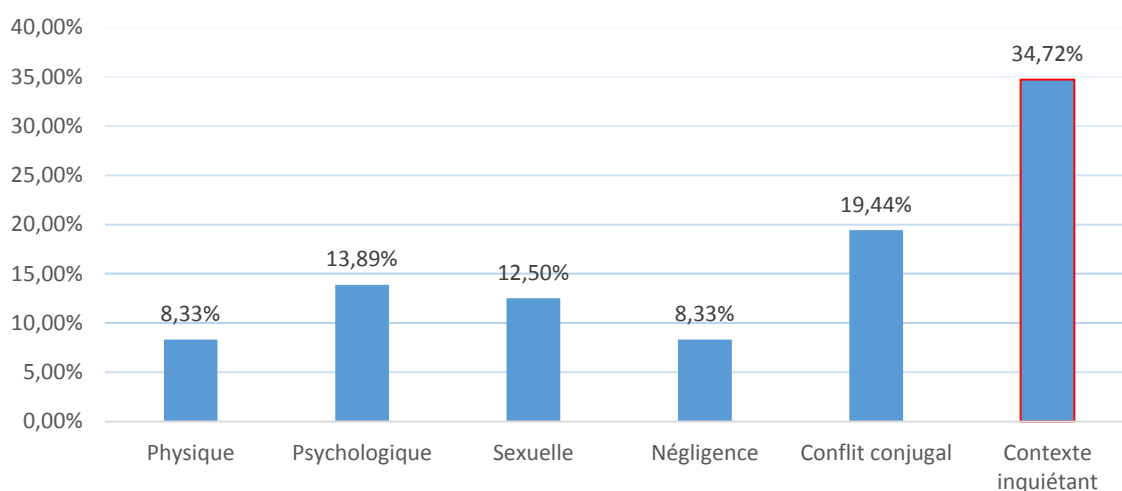
La réalisation de ces bilans nécessite donc en moyenne, 26 heures de travail.

E. INTERVENTIONS THERAPEUTIQUES

Les interventions thérapeutiques n'ont pas été encodées correctement par l'équipe en 2017 dans le programme IMISOS. D'après différents recoupements, nous pouvons en prendre 72 en considération. De plus, l'équipe a assuré 48 accompagnements à la parentalité.

Dans quel type de maltraitance les accompagnements à la parentalité ont-ils été réalisés ?

Type de maltraitance	2017
Physique	8,33 %
Psychologique	13,89 %
Sexuelle	12,5 %
Négligence	8,33 %
Conflit conjugal	19,44 %
Contexte inquiétant	34,72 %



Autres types d'intervention

De quoi s'agit-il ? – De coordination et d'intervision pour 10 situations en 2017.

F. CLOTURE DES INTERVENTIONS

Le nombre de réorientations par manque de disponibilités en 2017 : 1,19 % et ce malgré les absences prolongées de certains membres du personnel.

Nous avons tenté de temporiser les prises en charge en négociant avec le réseau.

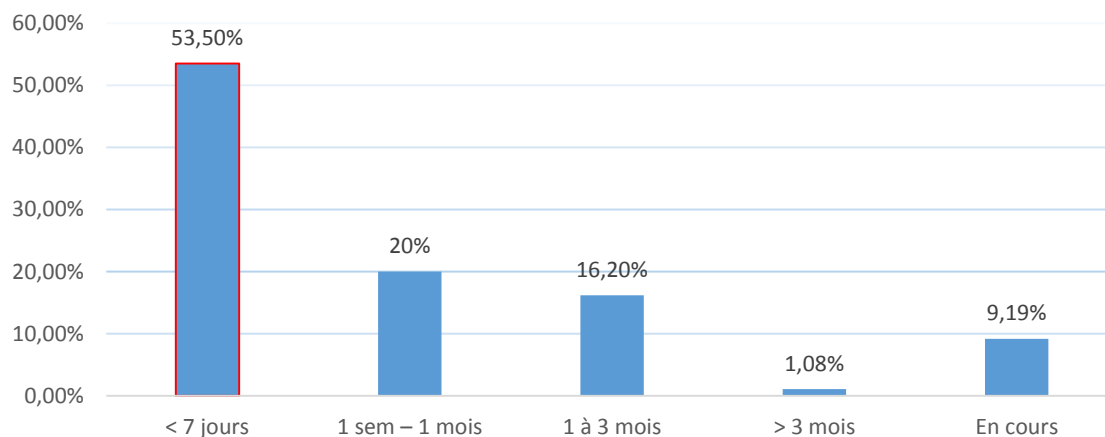
Après clôture de nos dossiers nous avons réorienté les situations vers :

- le secteur protectionnel et judiciaire : 49,66 %
- l'aide sociale ambulatoire : 13,56 %
- centre de santé mentale : 10,34 %
- secteur scolaire : 16,78 %
- santé physique : 3,22 %
- petite enfance : 2,71 %

G. DUREE DE LA PRISE EN CHARGE PAR ETAPES

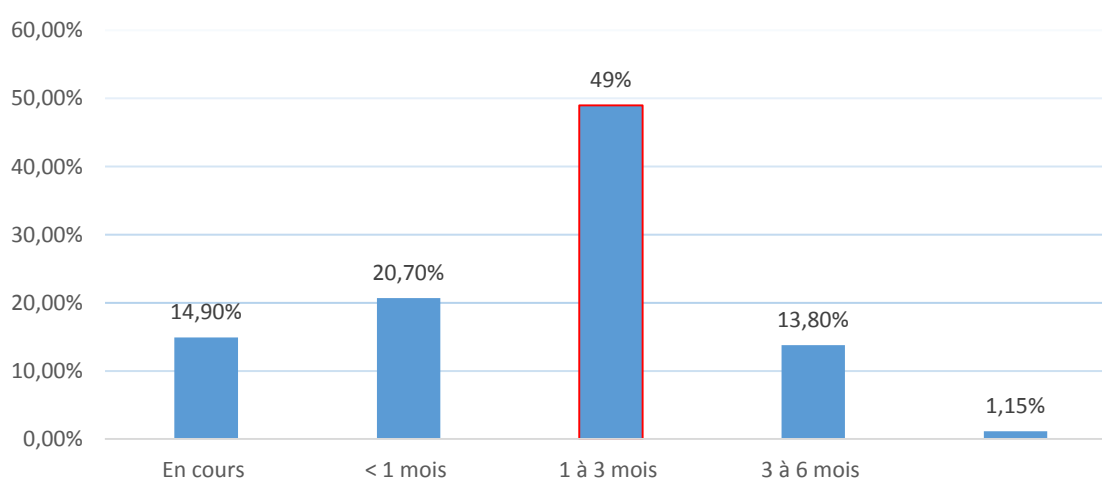
Analyse de la demande

< 7 jours	53,5 %
1 sem – 1 mois	20 %
1 à 3 mois	16,2 %
> 3 mois	1,08 %
En cours	9,19 %



Diagnostic

En cours	14,9 %
< 1 mois	20,7 %
1 à 3 mois	49 %
3 à 6 mois	13,8 %
> 6 mois	1,15 %

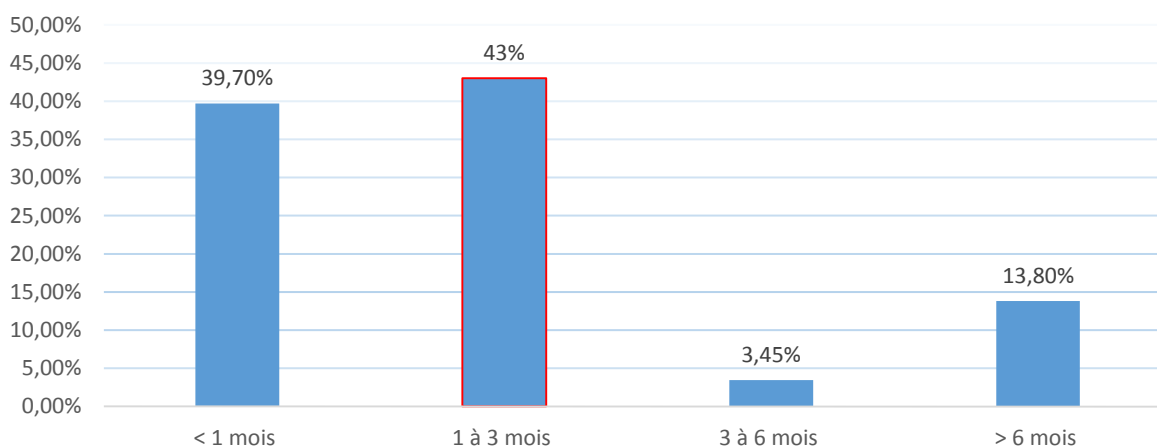


Suivi thérapeutique

Voir commentaire « E. Interventions thérapeutiques ».

Autres types d'interventions (rappel : les interventions et les coordinations. Pour nous, y compris les accompagnements à la parentalité).

< 1 mois	39,7 %
1 à 3 mois	43 %
3 à 6 mois	3,45%
> 6mois	13,8 %



Clôture des situations

< 1 an	91,9 %
1 à 2 ans	4,7 %
2 à 3 ans	1,99 %
< 3 ans	1,45 %

