

Faculté de santé publique

Quelles sont les stratégies de prise en charge de la maltraitance infantile par les professionnels de la santé de l'ONE lors de consultations pour enfants ou consultations prénatales en région Bruxelloise ?

Etats des lieux et pistes d'amélioration

Mémoire réalisé par

M'Balia Oularé

Promoteur(s)

Pierre Collart

Année académique 2018-2019

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

**Quelles sont les stratégies de prise en charge de
la maltraitance infantile par les professionnels de
la santé de l'ONE lors de consultations pour
enfants ou consultations prénatales en région
Bruxelloise ?**

Etats des lieux et pistes d'amélioration

Mémoire réalisé par

M'Balia Oularé

Promoteur(s)

Collart Pierre

Année académique 2018-2019

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je remercie mon promoteur, le professeur Pierre Collart pour ses précieux conseils et remarques, sa disponibilité ainsi que le temps qu'il m'a consacrée. Merci à Mme I.Aujoulat et Mme C.Van Malderen pour avoir accepté d'être lectrices de ce mémoire.

Je remercie également tous les professionnels de la santé que j'ai pu contacter et qui ont participé à la réalisation de ce travail de fin d'études.

Enfin, je remercie ma famille et principalement mon mari pour m'avoir soutenue et encouragée durant toute la durée de mes études ainsi que dans la réalisation de ce mémoire.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

Lexique.....	
Introduction	1
A.Cadre théorique	5
I.Quelques définitions	5
I.1. Maltraitance	5
I.2. Différents types de maltraitance à l'encontre des enfants.....	5
II.Office de la Naissance et de l'Enfance et services spécialisés	7
II.1. Office de la Naissance et de l'Enfance	7
II.2. Services spécialisés.....	8
III.Facteurs favorisant la maltraitance.....	9
IV.Signes et conséquences des différents types de maltraitance infantile.....	11
V.Quelques chiffres sur le signalement de la maltraitance par les professionnels en Belgique.....	14
VI.Obstacles rencontrés par les professionnels	15
VII.Revue de la littérature sur la question de recherche.....	16
VII.1. Stratégies de prise en charge de la maltraitance infantile	16
a.Stratégies INSPIRE de l'OMS.....	16
b.Interventions appuyées sur des preuves dans les pays membres d'Europe de l'OMS	17
c.Autres stratégies	20
VII.2. Quelques recommandations pour les professionnels de la santé	21
a.Rôle des professionnels de la santé	21
b.Prévention et détection	22
c.Renforcement des compétences, accompagnement et soutien des professionnels	24
d.Interventions thérapeutiques à la suite de maltraitance physique, psychologique ou de négligence envers un enfant.....	25
B.Cadre pratique.....	26
I.Question de recherche	26
II.Caractéristique du chercheur	27
III.Matériels et méthodes.....	27
III.1. Collecte de données.....	27
a.Stratégie d'échantillonnage	27
b.Outils	29
c.Le déroulement de la collecte des données.....	30
III.2. Analyse de données recueillies.....	30

IV.Résultats de la recherche.....	32
V.Discussion.....	46
V.1. Analyse des résultats récoltés sur le terrain sur base de la littérature.....	46
V.2. Réflexivité sur la problématique.....	52
V.3. Limites et forces du travail	55
V.4. Pistes d’actions et/ou perspectives de recherche	56
VI.Conclusion.....	59
Bibliographie	61
Annexes.....	67
Annexe 1 – La maltraitance infantile en fonction de l’âge.....	67
Annexe 2 - Proportion de pays dotés de programmes de prévention de la maltraitance infantile.....	67
Annexe 3 - Pays ayant signalé la mise en œuvre de programmes de visites à domicile	68
Annexe 4 - Proportion de pays disposant de services de santé, sociaux et juridiques en matière de maltraitance envers les enfants.....	69
Annexe 5 – Echelle d’évaluation globale de la relation parent-enfant (PIRGAS).....	70
Annexe 6 - CAN guideline	71
Annexe 7 - Approche à différents niveaux proposés par le KCE.....	71
Annexe 8 - Algorithme décisionnel.....	71
Annexe 9 – Guide d’entretien	74
Annexe 10 – Arbres thématiques	76
Liste des annexes disponibles en ligne	82

Lexique

CAN: Consultation of an in-house expert on child abuse and neglect.

CD: Classification diagnostique des troubles de la santé mentale du nourrisson de la petite enfance, de zéro à trois ans (CD :0-3)

CPMS : Centres Psycho-Médicosociaux.

GPP : Good Practice Points, lorsque les auteurs de l'article souhaitent souligner un élément important pour la pratique clinique, élément pour lequel il n'existe pas ou probablement pas de preuve dans la littérature.

HAS : Haute Autorité de la Santé.

K&G : Kind & Gezin

KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

NICE : National Institute for Health and Care Excellence.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONE : Office de la Naissance et de l'Enfance.

PFN : Partenariat entre Infirmières et Familles

PIR-GAS : Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale.

SAJ : Service d'Aide à la Jeunesse.

SPJ : Service de Protection Judiciaire.

VK : Vlaamse Vertrouwenscentra voor Kindermishandeling (Centres de confiance flamands pour la maltraitance des enfants)

Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2018) : « *La maltraitance (y compris les punitions violentes) comprend des violences physiques, sexuelles et psychologiques/émotionnelles, ainsi que la négligence des nourrissons, des enfants et des adolescents de la part des parents, des personnes ayant la charge d'enfants et d'autres figures de l'autorité, le plus souvent au domicile mais aussi dans d'autres cadres comme les écoles et les orphelinats* ».

En 2006, L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) reconnaît la maltraitance infantile comme un problème de santé publique majeur pour l'enfant au même titre que les autres pathologies chroniques (Benarous, Consoli, Raffin, Cohen, 2014). Ce type de maltraitance représente, dans les pays à haut niveau de revenus, un « problème de santé publique majeur », 5 à 10 % des enfants étant concernés, toutes formes de maltraitements confondus (Renard, Blavier, Lachaussee, Monville, Nihoul, Gosset, 2016).

L'Organisation Mondiale de la Santé (2018) estime que : « *Dans le monde, jusqu'à 1 milliard d'enfants de 2 à 17 ans ont subi des violences physiques, sexuelles, émotionnelles ou des négligences au cours de l'année écoulée* ». 20 % des filles de 0 à 9 ans et 5 à 10 % des garçons de 0 à 9 ans ont été victimes d'abus sexuels pendant leur enfance ; 25 % des enfants de cette même tranche d'âge ont subi des sévices physiques et 36 % des violences psychologiques... (Plan d'action mondial de l'Organisation Mondiale de la Santé, 2017). Dans la région européenne de l'OMS, 55 millions d'enfants sont victimes de maltraitance et / ou de négligence (Sethi, Yon, Parekh, Anderson, Huber, Rakovac, & Meinck, 2018).

Aux Etats-Unis, les données de 52 États américains ont montré que 27,3% des victimes étaient âgées de moins de 3 ans et 19,7% des victimes étaient âgées de 3 à 5 ans (Hatzinikolaou, Karveli, Skoubourdi, Zarokosta, Antonucci, Visci, Calheiros, Magalhães, Essau, Allan, Pithia, Walji, Walji, Ezpeleta, Perez-Robles, Fanti, Katsimicha, Hadjicharambous, Nikolaïdis, & Reddy, 2016).

Du côté francophone de la Belgique, en 2017, les 14 équipes SOS-Enfants ont enregistré 6188 signalements dont 4015 concernaient les cas de maltraitements soupçonnés ou avérés, 1672 autres faisaient état d'un contexte à risque et pour 497 signalements, il s'agissait d'une autre problématique que de la maltraitance infantile (ONE, 2017). Les faits dénoncés relèvent de la

maltraitance physique (28 %), sexuelle (28 %), psychologique (19 %), de la négligence grave (11%) ou à des cas de conflits / violences conjugales (14 %) (ONE, 2017).

Être victime de maltraitance durant l'enfance est beaucoup plus néfaste qu'un traumatisme survenu à l'âge adulte, car, l'enfant est en période de plein développement (De Becker, 2016). La maltraitance peut donc avoir un impact grave sur le développement psychologique de l'enfant et l'affecter pour le reste de sa vie (Noirhomme-Renard, Lafalize, Gosset, 2018 ; Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2016). Dans des cas extrêmes, la maltraitance infantile entraîne la mort de la victime : au sein de l'Union européenne, au moins 850 enfants de moins de 15 ans décèdent chaque année à cause de mauvais traitements (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2016 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

Ce sont les enfants âgés de moins de 4 ans qui constituent le groupe d'âge le plus important. Cela est principalement dû au fait que les nourrissons et les enfants en bas âge constituent une population en grande partie invisible par les services de santé publique et les services sociaux, car les enfants de cet âge passent généralement la majorité de leur temps à la maison ou à la garderie (Hatzinikolaou et al., 2016 ; Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2016).

Tout ceci démontre le besoin urgent d'améliorer la prise en charge de la maltraitance infantile. C'est pourquoi, l'OMS préconise de passer d'une approche axée sur la protection à une approche axée sur la prévention car la prévention de la maltraitance envers les enfants est essentielle pour réduire les inégalités en matière de santé en Europe (Sethi et al., 2018). Nombreuses stratégies de prise en charge ont été mises en place un peu partout en Europe. Parmi, ces stratégies, certaines ont prouvé leur efficacité comme par exemple : les programmes tels que l'éducation des parents, les visites à domicile des professionnels de la santé, les services prénataux... (Sethi et al., 2018). Pour prévenir la violence à l'encontre des enfants, l'OMS a également élaboré et approuvé un outil technique fondé sur des données probantes appelé, *INSPIRE – Sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants* dans le but d'aider les pays et les communautés à mettre fin à la violence à l'encontre des enfants (Organisation Mondiale de la Santé, 2017).

Malgré toutes les stratégies de prévention de la maltraitance infantile, ce problème de santé publique passe souvent inaperçu. Et même lorsque des cas de maltraitance sont détectés, ils ne sont pas toujours signalés (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2016).

D'après le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (2016), le secteur de la santé est très peu impliqué dans le signalement des maltraitances infantiles (20% en Flandre et 9% chez les francophones). Parmi les signalements déposés auprès de SOS-Enfants en 2017, seulement 13% provenaient du secteur de la santé physique (hôpitaux, médecins généralistes...) et 4 % concernaient des Travailleurs Médicaux Sociaux (TMS) de l'ONE et des milieux d'accueil (ONE, 2017). Les professionnels de santé contribuent donc à une petite proportion seulement des signalements.

Aux premiers âges de la vie, l'enfant est soumis à de nombreux examens médicaux (pour vaccinations, suivi de la croissance, du développement psycho-moteur...), les professionnels de santé sont donc en première ligne pour détecter d'éventuelles violences et occupent une place centrale dans le dispositif de détection de la maltraitance infantile (Haute Autorité de la Santé, 2014).

Mais pourquoi je me suis intéressée à la maltraitance infantile ?

Tout d'abord, travaillant en pédiatrie, on est souvent confronté à des situations de maltraitance infantile ou de suspicion de maltraitance. Ces enfants victimes de maltraitance ou suspectés d'être maltraités, sont alors hospitalisés dans nos services (parfois pendant plusieurs mois) pour observation et suivi car on ne leur trouve plus d'autre structure d'accueil ou en attente de décision juridique.

Je cible plus particulièrement l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) car dans un premier temps, l'ONE est l'organisme de référence de la Fédération Wallonie Bruxelles pour toutes les questions relatives à l'enfance, aux politiques de l'enfance, à la protection de la mère et de l'enfant, à l'accompagnement médico-social de la (future) mère et de l'enfant, à l'accueil de l'enfant en dehors de son milieu familial et au soutien à la parentalité. Puis, en y ayant effectué un stage auparavant, j'ai remarqué que c'était un problème fréquemment rencontré lors des consultations.

Ma question de recherche sera donc : « *Quelles sont les stratégies de prise en charge de la maltraitance infantile par les professionnels de la santé de l'ONE lors de consultations pour enfants ou consultations prénatales en région Bruxelloise ?* »

Ce mémoire sera constitué de deux parties.

La première partie constituant le cadre théorique, consistera à définir dans le premier chapitre la maltraitance infantile ainsi que les différents types de maltraitance rencontrés. Le second chapitre fera une brève description de l'ONE et des services spécialisés en matière de maltraitance infantile ainsi leurs principales missions. Le troisième chapitre parlera des facteurs de risque de la violence à l'encontre des enfants. Ensuite, dans le quatrième chapitre, j'aborderai les signes et conséquences auxquels les professionnels devraient être attentifs afin de la détecter et de la prévenir. Le cinquième chapitre présentera les taux de signalements de la maltraitance infantile en Belgique. Ensuite, je parlerai des différents obstacles rencontrés par les professionnels dans leur prise en charge tels que cités dans la littérature. Enfin, le dernier chapitre du cadre théorique présentera une revue de la littérature probante sur la question de recherche.

La deuxième partie constituera le cadre pratique. Elle comprendra dans un premier temps une description de la méthodologie de recherche adoptée. Puis, présentera les résultats propres à la question de recherche par le biais d'entretiens qualitatifs réalisés auprès de différents professionnels de la santé. Ensuite, suivra le dernier point qui tentera de répondre à la question de recherche sur base des résultats des entretiens et de la littérature sur le sujet.

A. Cadre théorique

I. Quelques définitions

I.1. Maltraitance

Dans le code pénal belge, « *La maltraitance infantile est un concept qui, recouvre différents faits délictueux : viol, attentat à la pudeur, incitation à la débauche, coups et blessures, mutilations génitales féminines, torture, traitements inhumains, privation volontaire de nourriture et de soins et abandon de mineur. **Les mauvais traitements psychologiques et les négligences envers mineurs ne sont pas repris explicitement comme des faits punissables*** » (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, p 6, 2016). Une autre définition de la maltraitance tirée d'un article de (De Becker, p 118, 2016) dit que : « *Est maltraitant tout comportement qui ne tient pas compte de la satisfaction des besoins d'un enfant et constitue par le fait même une entrave importante à son épanouissement. Une attitude maltraitante peut être intentionnelle ou le résultat de la négligence, ou des défaillances sociales* ».

I.2. Différents types de maltraitance à l'encontre des enfants

(Maltraitance des enfants, 2012 ; Haute Autorité de la Santé, 2014 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2018) :

« Abus physique : actes commis par un tuteur qui entraînent des dommages corporels ou risquent d'en entraîner OU ENCORE, la violence physique désigne toute utilisation délibérée de force physique contre un enfant qui constitue une menace à la santé, au développement et/ou au respect de soi de ce dernier. La gamme des actes de violence physique s'étend de formes plus douces de violence (par ex., pousser et bousculer) à des formes plus sévères (par ex., étrangler et frapper)

Abus psychique ou émotionnel, ou cruauté mentale : ne pas veiller à offrir un environnement convenable et positif, et de commettre des actes qui nuisent à la santé et au développement affectifs de l'enfant. Parmi ces actes, le fait de limiter les mouvements d'un enfant, le dénigrement, le fait de ridiculiser, les menaces et l'intimidation, la discrimination, le rejet et d'autres formes non physiques de traitements hostiles.

Abus sexuel : (attouchement et viol) l'agression sexuelle d'enfants fait référence à tout acte sexuel commis contre un enfant par une personne qui en est responsable pour en retirer un plaisir sexuel. L'acte peut être seulement tenté ou être complété et il peut y avoir contact ou non lors de l'interaction.

Négligence grave ou carence de soins : Renvoie au fait qu'un parent ne veille pas au développement de l'enfant s'il est en position de le faire—dans un ou plusieurs des domaines suivants : santé, éducation, développement affectif, nutrition, foyer et conditions de vie sans danger. La négligence se distingue donc des situations de pauvreté en ceci qu'elle ne survient que dans les cas où la famille ou les tuteurs disposent de ressources raisonnables.

La violence conjugale : (aussi appelée violence domestique) est aussi considérée comme une forme de maltraitance parce que les enfants qui y sont exposés présentent des problèmes similaires à ceux qui sont directement victimes de violence physique. »

« Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement : Le syndrome du bébé secoué (SBS) est un sous-ensemble des traumatismes crâniens infligés ou traumatismes crâniens non accidentels (TCNA), dans lequel c'est le secouement, seul ou associé à un impact, qui provoque le traumatisme craniocérébral. Les secousses en cause sont toujours violentes, produites le plus souvent par une saisie manuelle du thorax du bébé sous les aisselles. Les décélérations brutales antéro-postérieures de la tête sont responsables d'un ballonnement du cerveau dans la boîte crânienne et de l'arrachement des veines ponts situées à la convexité. Il survient la plupart du temps chez un nourrisson de moins de 1 an et dans 2/3 des cas de moins de 6 mois. » (Haute Autorité de la Santé, 2017).

« Syndrome de Münchhausen par procuration : tableau complexe de maltraitance essentiellement de nature physique dans lequel le parent provoque un ou des symptômes chez l'enfant (pathologie induite) pouvant entraîner la mort. Le comportement du parent répond à une demande plus ou moins délirante d'attention des professionnels de la santé à son égard en utilisant l'enfant, le présentant sans cesse aux intervenants (« doctor's shopping »). La découverte peut être fortuite. On constate la disparition des symptômes lorsque l'enfant est séparé du parent alors que le parent nie toute intervention personnelle dans l'induction de ceux-ci. » (Dekker, Smets, Kaïret, & Peremans, 2014).

Violence domestique et abus

« L'expression "violence et maltraitance domestiques" désigne : tout incident ou tout type d'incidents de comportement contrôlant, coercitif ou menaçant, de violence ou d'abus entre 16 ans ou plus qui sont, ont été ou ont été des partenaires intimes ou des membres de la famille. Cela comprend : les abus psychologiques, physiques, sexuels, financiers et émotionnels. Cela inclut également la violence « à l'honneur » et le mariage forcé. Aux fins du présent document, ne comprend pas les mutilations génitales féminines, qui pourraient être référées à NICE en tant que sujet futur » (The National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

N.B : En annexe 1, se trouve un schéma soulignant le type de maltraitance infantile rencontré en fonction de l'âge.

II. Office de la Naissance et de l'Enfance et services spécialisés

II.1. Office de la Naissance et de l'Enfance

Organisme d'intérêt public doté de la personnalité juridique, l'ONE poursuit deux grandes missions de service public qui sont : **l'accompagnement de l'enfant** dans son milieu familial et son environnement social (mission se traduisant par l'organisation de consultations prénatales, de consultations pour enfants, d'un accompagnement à domicile, le suivi des équipes SOS Enfants conventionnées par l'Office, l'organisation d'ONE Adoption et les services de promotion de la santé à l'école) et **l'accueil de l'enfant** en dehors du milieu familial (l'ONE agréée, subventionnée, autorise ou gère des institutions et des services, leur fournit de l'aide et des conseils et les contrôle). D'autres missions transversales lui sont également attribuées telles que : le soutien à la parentalité, l'éducation à la santé, l'information des parents et des futurs parents, la formation et l'accompagnement des acteurs de terrain... (Office de la Naissance et de l'Enfance, 2015).

Les consultations pour enfants constituent un relais indispensable de médecine préventive et sociale en Fédération Wallonie-Bruxelles. Gratuites, elles ont pour but, de promouvoir, de suivre et de préserver la santé des enfants de **0 à 6 ans**, non de soigner les enfants malades. L'objectif d'un tel suivi préventif est de s'assurer que le développement global de l'enfant se déroule de manière harmonieuse (Office de la Naissance et de l'Enfance, 2015).

Intervenants de proximité, les travailleurs médico-sociaux (TMS) de l'ONE ont une formation soit d'infirmier(e) social(e) ou d'assistant(e) social(e). Ils assurent le suivi des enfants de 0 à 6

ans. Leur rôle est essentiellement préventif et ils assurent un soutien aux familles plus vulnérables. Ils peuvent se rendre au domicile des personnes avec leur accord. Ils peuvent évaluer le problème en prenant contact avec les intervenants qui connaissent déjà la famille. Les travailleurs médico-sociaux (TMS) de l'ONE proposent des **services d'accompagnement aux familles dès le début de la grossesse et, si les parents le souhaitent, jusqu'à la sixième année de leur enfant**. Lorsqu'ils se trouvent confrontés à des situations (à risque) de maltraitance, les TMS peuvent bénéficier de l'aide et de l'encadrement des référents maltraitance. Les référents maltraitance agissent, à cet égard, comme des "articulateurs" de réseaux, susceptibles de mettre en contact des intervenants sociaux, juridiques, ou médicaux ou de transmettre leurs inquiétudes à une équipe SOS Enfants (Office de la Naissance et de l'Enfance, 2015).

II.2. Services spécialisés

SOS Enfants : Depuis 2004, un décret régit 14 équipes "SOS Enfants" réparties sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Ces équipes pluridisciplinaires, agréées et subsidiées par l'Office, ont développé des modalités spécifiques de prise en charge et de traitement des différentes situations recouvrant la notion de maltraitance, en mettant prioritairement le focus sur l'enfant, le travail avec son entourage et le réseau d'aide local (Office de la Naissance et de l'Enfance, 2015).

Pour assurer la prise en charge des familles, les équipes SOS Enfants interviennent en général en trois temps : dans un premier temps à travers une analyse de la demande, elles apportent leur aide au signaleur en lui assurant une écoute et en lui permettant de se situer par rapport à ses inquiétudes à l'égard de l'enfant et de sa famille ; en second lieu, les équipes SOS Enfants procèdent à une évaluation et un diagnostic par le biais d'un contact direct avec l'enfant, ses parents ou ceux qui en ont la responsabilité et si nécessaire, des contacts sont pris avec les professionnels ou la famille élargie concernés par la situation ; une fois l'évaluation terminée, l'équipe SOS Enfants décide, en réunion pluridisciplinaire, d'une orientation quant à l'ensemble des dispositifs à mettre en œuvre pour assurer la protection de l'enfant et lui apporter une aide appropriée. Ce traitement relève parfois de la psychothérapie, mais, le plus souvent, d'un travail médico-psycho-social avec la famille dans les locaux de l'équipe ou au domicile des familles. L'équipe peut assurer une prise en charge partielle ou totale de la situation en coordonnant elle-même le travail. Mais l'équipe peut tout aussi bien en référer à d'autres services tels que les

autorités judiciaires, les CPMS (Centres Psycho-Médico-Sociaux), le SAJ (Service d'Aide à la Jeunesse), les hôpitaux, les équipes travaillant en milieu ouvert, les centres de santé mentale, ...qui correspondent parfois mieux aux types d'aide nécessaires dans la situation (Office de la Naissance et de l'Enfance, 2014 ; Office de la Naissance et de l'Enfance, 2017).

Service d'Aide à la Jeunesse (SAJ)-Service de Protection Judiciaire (SPJ) : Pour apporter une aide aux jeunes en difficulté ou en danger et à leur famille, *le Décret du 4 mars 1991* a créé dans chaque arrondissement judiciaire (treize en Communauté française) un **Service de l'aide à la jeunesse (SAJ)**, dirigé par un Conseiller de l'aide à la jeunesse et composé d'une section sociale, d'une section administrative et d'une section de prévention générale. Le SAJ intervient soit à la demande des intéressés, soit à la suite d'inquiétudes qui lui sont communiquées par des personnes ou des services extérieurs. Il existe des situations où malgré un danger réel constaté par le Conseiller de l'aide à la jeunesse, la famille du jeune concerné n'est pas disposée à adhérer aux propositions d'aide qui lui sont formulées. Dans ces cas où l'intervention du Tribunal de la jeunesse est généralement requise pour imposer une mesure d'aide, un **Service de protection judiciaire (SPJ)**, dirigé par un Directeur de l'aide à la jeunesse et composé d'une section sociale et d'une section administrative, a été créé lui aussi dans chaque arrondissement judiciaire. Le SPJ est chargé de mettre en œuvre les décisions du Tribunal et, le cas échéant, celles de la Chambre d'appel de la jeunesse. Le SPJ assure par ailleurs l'accompagnement des jeunes qui ont commis un fait qualifié d'infraction et pour lesquels le Tribunal de la jeunesse intervient au niveau de la protection (Fédération Wallonie Bruxelles, 2018).

III. Facteurs favorisant la maltraitance

Aucun facteur ne peut expliquer à lui seul quel est le risque accru d'être victime des différentes formes de violence ou de les commettre, ni pourquoi la prévalence est plus forte dans certains pays ou communautés. Ce sont plutôt des facteurs de risque multiples qui sont associés aussi bien du point de vue des victimes que des auteurs aux niveaux individuel, relationnel, communautaire et sociétal (Plan d'action mondial de l'Organisation Mondiale de la Santé, 2017).

La prise en compte des facteurs de risque permet d'identifier la maltraitance infantile et d'avoir une démarche pro-active en la matière (action et prévention). Cette identification consiste à constater les symptômes spécifiques, et en parallèle, à associer différents éléments relatifs aux circonstances, aux symptômes et aux facteurs de risque (Dekker, Smets, Kaïret, Peremans, 2014).

1. Facteurs liés à l'enfant

Jeunes enfants de moins de 4 ans ou adolescent ; les enfants non désirés ou qui ne répondent pas aux attentes de leurs parents ; des enfants avec des besoins spéciaux ou qui pleurent de façon persistante (Organisation Mondiale de la Santé, 2016). Les enfants atteints de handicap sont 4 à 5 fois plus à risque de maltraitance, ce risque est plus élevé en cas de troubles de comportements, de retard mental et de troubles de l'apprentissage ; la qualité des liens affectifs précoces : les facteurs nuisant au lien d'attachement entre l'enfant et ses figures d'attachement particulièrement sa mère tels que la prématurité par les hospitalisations néo-natales qu'elle induit et l'éventuelle blessure narcissique des parents ; l'existence d'une pathologie somatique pouvant générer des hospitalisations précoces ; les grossesses non désirées... (Haute Autorité de la Santé, 2014 ; Benarous et al., 2014).

2. Facteurs tenant au parent ou à la personne qui s'occupe de l'enfant

Jeunes parents ; parents ayant à s'occuper de nombreux enfants ; méconnaissance du développement de l'enfant ; compétences parentales insuffisantes ; attitudes favorables à des mesures disciplinaires sévères ; parents ayant des antécédents de maltraitance ; présence au foyer d'une personne s'occupant d'un enfant sans lien biologique avec lui ; absence de relations étroites parents-enfants (par exemple faibles liens familiaux, vie familiale chaotique) ; violence exercée par le partenaire intime dans le même foyer ; l'existence d'un trouble psychiatrique chez l'un des parents, même si la majorité des parents agresseurs n'ont pas de trouble caractérisé ; l'abus de toxique tel que l'alcool ou la drogue entraînant ainsi des risques de maltraitance infantile et de violence conjugale ; le revenu et le niveau d'éducation des parents (leur importance variant en fonction du type de maltraitance) (Benarous et al., 2014 ; Haute Autorité de la Santé, 2014 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2016).

3. Facteurs relationnels

Plusieurs facteurs issus des relations au sein des familles ou entre partenaires intimes, amis et pairs peuvent accroître le risque de maltraitance de l'enfant. En voici quelques-uns : des troubles physiques ou psychiques ou des problèmes liés au développement chez un membre de la famille ; l'éclatement de la cellule familiale ou des violences entre d'autres membres de la famille ;

l'isolement par rapport à la communauté ou l'absence d'un réseau de soutien ; une perte de soutien de la part de la famille élargie pour l'éducation de l'enfant » (OMS, 2016) .

4. Facteurs communautaires et sociétaux

Les aspects de l'environnement communautaire ou social associées à l'augmentation du risque de maltraitance des enfants sont, entre autres : les inégalités sexuelles ou sociales ; le manque de logements appropriés ou de services de soutien aux familles et aux institutions ; les taux de chômage élevés ou la pauvreté ; la facilité d'accès à l'alcool et aux drogues ; des politiques et programmes inappropriés pour prévenir la maltraitance des enfants, la pornographie infantile, la prostitution et le travail des enfants ; des normes sociales et culturelles qui encouragent ou glorifient la violence envers autrui, y compris l'usage des châtiments corporels, exigent un respect absolu des rôles sociaux dévolus à chaque sexe ou amoindrissent le statut de l'enfant dans les relations parents-enfants ; des politiques sociales, économiques, de santé et d'éducation menant à des niveaux de vie peu élevés, ou à des inégalités ou une précarité socio-économique (Organisation Mondiale de la Santé, 2016).

On considère bien souvent que la maltraitance des enfants est un phénomène rare touchant majoritairement des familles défavorisées. Or, les risques de la maltraitance existent dans toutes les classes sociales sans discernement (Haute Autorité de la Santé, 2014 ; De Becker, 2017). Raison pour laquelle, il est important de reconsidérer certaines idées reçues quant aux classes sociales et à l'origine ethnique lors de l'évaluation des facteurs de risque. Très souvent, les enfants issus de classes sociales défavorisées et présentant des blessures accidentelles vont être plus facilement adressés aux Services de Protection de la Jeunesse que ceux de classes sociales favorisées avec des blessures similaires. Ce qui peut entraîner un risque de sur-/sous- diagnostic (Dekker et al., 2014).

IV. Signes et conséquences des différents types de maltraitance infantile

L'exposition à la violence, en tant que victime ou témoin, en particulier pendant la petite enfance, a des conséquences très néfastes sur le développement de l'enfant, pouvant entraîner des problèmes sociaux, émotionnels et comportementaux. A long terme, les enfants victimes de violence, risquent d'adopter des comportements nocifs pour la santé tels que le tabagisme, l'abus d'alcool et de substances psychoactives et les rapports sexuels non protégés, pendant toute la vie.

Ultérieurement, le risque d'être l'auteur ou la victime de violences interpersonnelles ou de s'infliger des violences est davantage important chez ces enfants. La violence a aussi des conséquences économiques car elle affecte la productivité et entraîne des coûts humains et économiques substantiels pour les victimes, pour leur famille et pour la société en général (Maltraitance des enfants, 2012 ; Plan d'action mondial de l'Organisation Mondiale de la Santé, 2017). La maltraitance n'entraîne pas forcément de trouble visible, à court et à long terme. Certaines victimes développent par elles-mêmes, une capacité à « cicatriser » d'autres, c'est en s'appuyant sur les ressources du réseau socio-familial qu'elles y arrivent. Néanmoins, il est rare que l'enfant victime de maltraitance sorte indemne sur le plan psychologique (De Becker, 2016).

Les conséquences de la maltraitance infantile varient selon le type de maltraitance : (Maltraitance des enfants, 2012)

La violence physique : 80% des responsables de maltraitance sont des parents considérant leurs actes comme une méthode disciplinaire. Des lésions physiques chez un enfant, quel que soit leur nature, peut constituer un signe de maltraitance. Ces lésions peuvent être isolées ou associées à d'autres. Les conséquences les plus directes de la violence physique sont les blessures, les plus sérieuses impliquant des traumatismes crâniens et des dommages aux organes internes (tels que : des retards de croissance, des fractures...). Les plus communes sont les contusions cutanées visibles par exemple, des ecchymoses en forme de boucle ou stries cutanées (surtout chez un bébé qui ne marche pas encore). Malgré que la violence physique soit plus fréquente chez les enfants plus âgés, les décès engendrés par cette forme de violence sont beaucoup plus élevés chez les nourrissons et les enfants âgés de 3 ans et moins (Christian, 2012 ; Dekker et al., 2014 ; Labbé, 2013)

L'agression sexuelle d'enfants : les filles risquent deux fois plus que les garçons de subir ce type de violence, mais ceci pourrait être expliqué par la réticence des garçons à dénoncer l'abus. Bien que les symptômes cliniques ne soient pas apparents chez certains des victimes au moment où l'abus est dénoncé, les victimes d'agression sexuelle risquent de développer des problèmes de santé mentale, dont : le trouble de stress post-traumatique, la dépression, l'abus de substance et les symptômes dissociatifs (impression de déconnexion entre l'expérience consciente et l'environnement, le corps ou les émotions). Les rapports sexuels à risque, non-protégés, sont également communs chez ces victimes. À l'âge adulte, ces victimes sont plus poussées à

s'engager dans des relations violentes, et, dans le cas des femmes, sont 2 à 3 fois plus susceptibles d'être agressées sexuellement. Des facteurs de protection tels que le soutien du parent non abuseur et l'absence d'histoire d'agressions antérieures ont été identifiés comme pouvant aider les enfants à faire face à cette forme de violence (Collin-Vézina, Milne, 2012).

Négligence : les signes de maltraitance chez un enfant peuvent être : un retard de croissance (sans raison médicale), des blessures pouvant faire penser à un manque de surveillance, un enfant qui porte en permanence des vêtements inappropriés en regard des conditions climatiques, un enfant qui fait état d'un manque d'hygiène évident (odeur corporelle désagréable, malpropreté) ... Ces signes sont ou peuvent être associés à un cadre de vie inadéquat et une alimentation insuffisante ou un régime alimentaire inadapté (Dekker et al., 2014 ; The National Institute for Health and Care Excellence, 2017). Contrairement à la violence, la négligence est typiquement commise involontairement. Toutefois, les conséquences négatives de la négligence peuvent être aussi néfastes que celles de la violence, notamment lorsque la négligence est sévère, chronique et qu'elle survient tôt dans la vie. Les enfants victimes de négligence, risquent de développer des problèmes de santé physique et mentale. Chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire, le retrait social, les relations négatives avec les pairs, les difficultés académiques et la dépression sont plus communs chez les enfants négligés que chez les enfants victimes de violence. A l'âge adulte, ceux qui ont été négligés pendant leur enfance présentent un risque de s'engager dans des relations violentes similaire à celui des adultes qui ont été abusés physiquement pendant leur enfance (Dubowitz, Poole, 2012).

La violence psychologique ou émotionnelle : certains signes dans la relation parent-enfant peuvent nous faire suspecter une maltraitance infantile. Par exemple : une relation parent-enfant dommageable pour l'enfant ; une absence de relation affective ou de relation incluant la responsabilité du parent à l'égard de l'enfant (Dekker et al., 2014). Cette forme de maltraitance est difficile à reconnaître et à documenter vu que ses impacts sont moins visibles. Toutefois, les enfants victimes de violence psychologique peuvent connaître un stress chronique qui mène à des problèmes physiques et/ou émotifs comme des comportements à risque (par ex., l'abus d'alcool) et des troubles psychiatriques précoces et persistants (Wekerle, 2012).

Exposition à la violence conjugale : la violence domestique étant plus commune chez les couples ayant des enfants de moins de 5 ans, ce groupe d'âge est plus susceptible d'être exposé à

la violence conjugale (Maltraitance des enfants, 2012). Malheureusement, les enfants exposés à ce type de violence sont particulièrement vulnérables aux effets néfastes de la violence conjugale à cause de leurs capacités d'adaptation peu développées et de leur compréhension limitée des conflits. Même si elle ne mène pas à une inadaptation cliniquement significative, la violence conjugale peut entraîner des petites distorsions (comme par ex., des attitudes favorables à l'égard de la violence) qui prédisposent les enfants à connaître postérieurement des problèmes plus sévères (par ex., croire qu'ils sont responsables de la violence conjugale ou devenir eux-mêmes violents). Comparés aux enfants vivant dans des foyers non-violents, ceux qui sont exposés à cette forme de violence sont plus agressifs et anxieux et ils rencontrent plus de difficultés avec leurs pairs et à l'école (Maltraitance des enfants, 2012).

V. Quelques chiffres sur le signalement de la maltraitance par les professionnels en Belgique

D'après le KCE (2016), « En Belgique, entre la moitié et les trois-quarts des signalements ou demandes d'avis auprès des VK (Vertrouwenscentrum/Kindermishandeling) ou des équipes SOS Enfants émanent de professionnels qui sont en contact avec des enfants dans le cadre de leur activité. Ces professionnels sont actifs dans différents secteurs : soins de santé (médecins généralistes, pédiatres, psychologues, ONE, etc.), enseignement (enseignants, centres PMS, etc.) et le secteur de la justice (police, magistrats, etc.) ».

En Fédération Wallonie Bruxelles, la plupart des cas de maltraitance (environ 60% de la sphère protectionnelle et judiciaire) sont signalés à SOS Enfants par les travailleurs des Services d'Aide à la Jeunesse. Le secteur scolaire étant la deuxième grande catégorie de signaleurs professionnels (ONE, 2017). Le pourcentage de cas signalés par le secteur médical est plutôt faible. En 2017, 6188 signalements ont été déposés auprès de SOS-Enfants, dont 53% émanant de professionnels de la santé ; 13% de ces signalements provenaient du secteur de la santé physique (hôpitaux, médecins généralistes...) et 6% du secteur de la santé mentale ; 4 % seulement émanaient des Travailleurs Médicaux Sociaux (TMS) de l'ONE et des milieux d'accueil (ONE, 2017). Les crèches sont encore moins représentées : elles sont à l'origine de moins de 1,5 % des signalements aux VK, et ceci alors que les enfants de moins de 3 ans représentent précisément la population la plus vulnérable (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2016).

VI. Obstacles rencontrés par les professionnels

Différents facteurs ont été identifiés comme pouvant expliquer les difficultés que rencontrent les professionnels de la santé quant à la prise en charge des cas ou suspicions de maltraitance infantile. Ce sont :

-Une perception négative de l'efficacité du service social ; une réponse insatisfaisante de la part des services de protection de l'enfance ; un retour (feedback) insuffisant sur les dossiers ; une difficulté perçue de la communication avec le service social (Benarous et al., 2014 ; Konijnendijk, Boere-Boonekamp, Kaya, Haasnoot, Need, 2017 ; Lines, Hutton, Grant, 2017). Un feedback sur les dossiers entre service social et professionnels de santé permettrait de renforcer le travail en réseau ainsi que la confiance entre les services de protection de l'enfance afin de faciliter le signalement des situations de maltraitance (Benarous et al., 2014).

-La non-reconnaissance des cas de maltraitements qui est directement liée à un manque de connaissance et de formation des médecins, des infirmières ou d'autres professionnels de la santé sur ce sujet, entraînant des lacunes dans le repérage (méconnaissance des facteurs de risque, une faible connaissance des symptômes, du réseau existant, de la loi, des modalités de signalement...) mais aussi dans le signalement (Benarous et al., 2014 ; Konijnendijk et al., 2017 ; Lines et al., 2017). Une revue intégrative de la littérature publiée entre 2005-2015 (Lines et al., 2017) a mis en évidence que pour certaines infirmières, ce manque de connaissances pour réagir efficacement aux abus et négligence signifie qu'elles doivent compter sur d'autres professionnels de la santé pour les guider. Bien que la plupart des infirmières aient reçu une formation sur leur rôle en tant que mandataire de détection et de signalement de la maltraitance infantile, nombreuses d'entre elles étaient désireuses de développement professionnel continu dans les domaines de la protection de l'enfance (Lines et al., 2017).

-De nombreuses barrières psychologiques font aussi que certains professionnels hésitent à signaler. Ce sont : des craintes de répercussion sur le plan pénal, personnel, une perte de la patientèle, peur de nuire à la famille, une incertitude quant à la présence raisonnable d'une maltraitance infantile, peur de commettre, peur de perdre la relation de confiance la famille, le manque de temps ; et enfin le doute sur l'effet bénéfique de la déclaration sur les résultats cliniques du patient (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2016 ; Haute Autorité de la Santé, 2014 ; Konijnendijk et al., 2017).

VII. Revue de la littérature sur la question de recherche

Elaboration d'une question de recherche par le PICO (recherche qualitative) :

P : Professionnels de la santé

I : Prise en charge de la maltraitance infantile

Co : Office de la naissance et de l'enfance (ONE)

Question de recherche :

« Quelles sont les stratégies de prise en charge de la maltraitance infantile par les professionnels de la santé de l'ONE lors de consultations pour enfants ou consultations prénatales en région Bruxelloise ? »

Démarche pour la recherche documentaire :

Base de données : MEDLINE, TRIPDATABASE, EBPRATICENET

Sites internet : OMS, KCE, CAIRN, HAS, NICE.

Moteur de recherche : Google scholar

Mots clés introduits : maltraitance infantile-prise en charge-professionnels de la santé-ONE-Belgique.

VII.1. Stratégies de prise en charge de la maltraitance infantile

a. Stratégies INSPIRE de l'OMS

« INSPIRE est une trousse technique destinée à toutes les personnes chargées de prévenir la violence à l'encontre des enfants et des adolescents, qu'elles soient membres d'un gouvernement ou simples citoyens et qu'elles appartiennent à la société civile ou au secteur privé. Il s'agit d'un ensemble de stratégies les plus susceptibles de réduire la violence à l'encontre des enfants élaborés à partir des meilleures données factuelles à disposition » (Organisation Mondiale de la Santé, 2017).

INSPIRE a été mise en place par l'OMS et ses partenaires internationaux. Elle comprend sept stratégies qui, mises bout à bout, fournissent un cadre visant à mettre fin à la violence à l'encontre des enfants. Voici ci-dessous, un tableau récapitulatif de ces stratégies :

Aperçu de la trousse INSPIRE pour la prévention de la violence à l'encontre des enfants âgés de 0 à 18 ans et la lutte contre cette violence

Stratégie	Approches	Secteurs	Activités transversales
 Mise en œuvre et application des lois	• Lois interdisant les châtiments violents sur les enfants par les parents, les enseignants ou d'autres personnes en ayant la charge • Lois faisant des sévices sexuels et de l'exploitation des enfants des infractions • Lois évitant la consommation abusive d'alcool • Lois limitant l'accès des jeunes aux armes à feu et aux autres armes	Justice	Actions multisectorielles et coordination
 Normes et valeurs	• Évolution de l'application des normes sociales et relatives au genre restrictives et nocives • Programmes de mobilisation communautaire • Interventions des témoins	Santé, Éducation, Protection sociale	
 Sûreté des environnements	• Réduction de la violence en ciblant les « zones sensibles » • Interruption de la propagation de la violence • Amélioration de l'urbanisation	Intérieur, Développement	
 Appui aux parents et aux personnes ayant la charge des enfants	• Par des visites à domicile • Par la création de groupes dans les communautés • Par des programmes complets	Protection sociale, Santé	
 Revenus et renforcement économique	• Transferts de fonds • Épargne et emprunts collectifs combinés à une formation à l'égalité hommes femmes • Microfinancements combinés à une formation sur les normes de genre	Finances, Travail	Suivi et évaluation
 Services de lutte et d'appui	• Conseils et approches thérapeutiques • Reconnaissance des cas et interventions • Programmes de traitement à destination des délinquants juvéniles dans le système de justice pénale • Interventions en matière de placement des enfants impliquant les services de protection sociale	Santé, Justice, Protection sociale	
 Éducation et savoir faire pratiques	• Augmentation du taux de scolarisation dans les écoles maternelles, primaires et secondaires • Instauration d'un environnement scolaire sûr et favorable • Amélioration des connaissances des enfants concernant les sévices sexuels et la façon de s'en protéger • Formation aux compétences pratiques et sociales • Programmes de prévention de la violence exercée par le partenaire intime chez les adolescents.	Éducation	

(Organisation Mondiale de la Santé, 2017)

b. Interventions appuyées sur des preuves dans les pays membres d'Europe de l'OMS

Dans un rapport de l'OMS (Sethi et al., 2018) évaluant la situation de l'Europe concernant la prévention de la violence à l'encontre des enfants, l'OMS préconise de passer d'une approche axée sur la protection à une approche axée sur la prévention. Les preuves montrent que ceci est

réalisable et rentable, avec une approche basée sur les principes de santé publique. Cela implique des stratégies basées sur la population, multidisciplinaires et fondées sur des preuves.

Selon l'OMS (Sethi et al., 2018), en Europe, il existe de nombreuses preuves pour un large éventail de programmes pouvant clairement réduire les facteurs de risque connus de la maltraitance infantile, et depuis 2013, le nombre d'adoptions de ces programmes a nettement augmenté. Ci-après, quelques programmes ayant fait leurs preuves :

-Les programmes de visites à domicile par les professionnels de la santé sont les plus couramment mis en œuvre à grande échelle dans la Région de l'Europe notamment dans 57% des pays concernés dont la Belgique (**Annexe 2 et 3**) (Sethi et al., 2018). Le programme de partenariat entre infirmières et familles (PFN), visant une approche psychoéducative qui met l'accent sur les compétences parentales, le soutien social et la gestion du stress des mères à faible revenu est sans doute le mieux établi parmi les différents programmes de visites domiciles (Sethi et al., 2018). Il permet d'établir une relation de confiance entre professionnels de la santé et parents, de fournir un large éventail de services tels que la fourniture d'informations, l'instruction parentale en matière de garde d'enfants, la fourniture d'un soutien émotionnel, l'identification précoce des problèmes de développement et la facilitation des soins sociaux et médicaux pour la famille (Sethi et al., 2018). A la suite de trois essais contrôlés randomisés du programme montrant l'efficacité du PFN aux Etats-Unis en ce qui concerne la protection des enfants contre les dommages et les problèmes de développement, le PFN a été testé pour la première fois dans un essai comparatif européen aux Pays-Bas [(Mejdoubi, Van den Heijkant, Van Leerdam, Heymans, Crijnen, Hirasing, 2015) cité par Sethi et al., 2018]. Cette étude a montré que par rapport aux soins standard, les PFN réduisent efficacement le risque de situations de maltraitance infantile (Risque Relatif : 0,91 avec un p-valeur à 0,04) et conduisent à un environnement familial plus stimulant avec un développement positif de l'enfant après un suivi de deux ans [(Mejdoubi et al., 2015) cité par Sethi et al., 2018].

-A propos des programmes d'éducation parentale, des métaanalyses ont démontré leur efficacité [(Chen, Chan, 2016 ; Furlong, McGilloway, Bywater, Hutchings, Smith, Donnelly, 2013 ; Lundahl, Nimer, Parsons, 2006) cités par Sethi et al., 2018] dans la prévention de la maltraitance envers les enfants et de ses facteurs de risque en améliorant les connaissances des parents en matière de développement de l'enfant, en renforçant leurs compétences et en

renforçant leurs relations. Ces programmes pouvant être transportés vers de nouveaux pays sans grande adaptation. La grande majorité des pays (80%, n = 45) interrogés en 2017 ont mis en œuvre des programmes d'éducation parentale à grande échelle (31%, n = 15) ou plusieurs fois (49%, n = 24). Sur la base des 41 pays étudiés en 2013 et 2017, la Région Européenne a enregistré une augmentation de 12% du nombre de pays mettant en œuvre des programmes d'éducation parentale (Sethi et al., 2018).

-Concernant les **services prénataux**, ils ont non seulement un rôle important à jouer pour aider les parents à devenir plus sensibles à leur enfant, mais ils permettent également de détecter les actes de violence entre partenaires intimes et les familles à haut risque de maltraitance dans le but de prévenir des dommages continus et des résultats néfastes pour la santé de ces familles (Sethi et al., 2018). En 2013, 76% (n = 37) des pays de la Région disposent de services prénataux détectant la violence du partenaire intime (47% des pays à grande échelle et 29% une fois par semaine). La plupart des pays (73%, n = 36) détectent également des facteurs de risque de maltraitance dans les services prénataux (45% des pays à une échelle systématique et 29% une ou plusieurs fois isolées). On remarque aussi une solide augmentation entre 2013 et 2017 de la proportion de pays ayant largement mis en place des services de détection prénatale de la maltraitance infantile ou de la violence exercée par le partenaire intime (27% en 2013 à 51% en 2017) (**Annexe 4**) (Sethi et al., 2018).

-**La formation et du renforcement des capacités des professionnels** : la formation interdisciplinaire peut constituer une approche économique permettant de développer une compréhension commune de la prévention et de la sauvegarde entre partenaires et d'améliorer le travail en partenariat. De bons exemples impliquant ce type de formation utilisant des approches éducatives participatives existent dans toute la Région, notamment au Royaume-Uni. En Allemagne, une « *Hotline* » ou support téléphonique national de protection de l'enfance pour les professionnels de la santé : « Medizinische Kinderschutzhotline », a été créée en 2017 dans le but d'améliorer la communication et le partage des données entre les professionnels de la santé et les services à l'enfance. Elle est financée par le Ministère fédéral de la famille, des personnes âgées, des femmes et de la jeunesse et emploie des médecins et autres professionnels qualifiés toute la journée. Le personnel fournit des conseils sur l'interprétation des blessures ou des problèmes de comportement, la documentation des blessures, le cadre juridique concernant la violation de la

confidentialité du patient et des informations sur la manière de discuter des problèmes avec les parents, et met en relation les professionnels de la santé avec les services de soutien locaux. Les cas sont discutés anonymement et la responsabilité du cas suspect reste avec le professionnel de la santé qui passe l'appel. L'équipe a mis au point un cours d'apprentissage en ligne, financé par le Ministère fédéral de la santé, afin d'améliorer la formation des professionnels de la santé en matière de protection de l'enfance. Une boucle de rétroaction garantit que les cas difficiles sont régulièrement discutés par l'équipe du service d'assistance téléphonique et intégrés au cours, en plus d'articles destinés aux professionnels de la santé. Parmi les éléments clés du succès de la ligne d'aide, on peut citer une grande accessibilité, une large publicité sur la disponibilité et les détails du service, et son ciblage sur le large éventail de professionnels de la santé ayant des contacts réguliers avec des enfants afin de sensibiliser davantage à la protection de l'enfant (Sethi et al., 2018).

c. Autres stratégies

Echelle d'évaluation globale de la relation parent-enfant (PIRGAS) (Annexe 5)

Une étude pilote visant à déterminer si l'échelle PIR-GAS, un outil utilisé pour faciliter la classification des relations dans l'axe II de la CD : 0–3 (*Classification diagnostique des troubles de la santé mentale du nourrisson de la petite enfance, de zéro à trois ans*) s'applique aux populations de six pays européens (Chypre, Grèce, Italie, Portugal, Espagne et Royaume-Uni) et s'il peut contribuer à l'identification précoce des familles à risque a montré, que la fiabilité inter-évaluateur du PIR-GAS allait de modérée à excellente et que l'utilisation du PIR-GAS, pourrait contribuer à l'identification précoce des familles avec enfants en bas âge nécessitant une attention particulière, soit en raison de problèmes de violence, soit en raison d'autres caractéristiques relationnelles dysfonctionnelles, dans les six pays européens où elle a été testée. En favorisant l'identification précoce de ces problèmes, davantage de familles se verront rapidement proposer des services de prévention ou d'intervention précoce (Hatzinikolaou et al., 2016).

Consultation d'un expert interne en matière de maltraitance et de négligence infantile (CAN)

Une étude néerlandaise examinant la présence et les forces des déterminants associés à la consultation d'un expert interne en matière de maltraitance et de négligence envers les enfants (CAN) par des professionnels de la santé préventive qui soupçonnent un cas de maltraitance, a

démontré que la CAN pouvait constituer une stratégie efficace pour améliorer la mise en œuvre par les professionnels des recommandations comme indiqué dans les lignes directives (**Annexe 6**) afin d'améliorer les soins prodigués aux familles vulnérables et à leurs enfants (Konijnendijk et al., 2017).

VII.2. Quelques recommandations pour les professionnels de la santé

Le KCE (2016) préconise une approche systémique large qui permet de mettre en lumière la problématique de manière globale et, donc, de limiter à la fois le nombre de victimes de maltraitance infantile à long terme (transmission intergénérationnelle) et le dommage subi par chacune de ces victimes. Pour cela, les éléments suivants sont nécessaires : un accent sur la prévention et le signalement précoce, un soutien efficace pour les professionnels confrontés en première ligne à la maltraitance infantile, des ressources adéquates pour les services spécialisés et une adéquation de l'aide spécifique aux victimes et auteurs (**Annexe 7**).

a. Rôle des professionnels de la santé

Dans ses recommandations publiées en 2009 et mises à jour en 2017 « *Quand suspecter une maltraitance infantile chez un enfant de moins de 18 ans* », le National Institute of Health and Clinical Excellence établit que pour tout professionnel de la santé rencontrant une caractéristique d'alerte de maltraitance potentielle envers un enfant qui l'amène à envisager, suspecter ou exclure la maltraitance d'enfants comme une explication possible, il est raisonnable de suivre les étapes ci-dessous :

1. Ecoute et observe

Identifier ou exclure la maltraitance envers les enfants implique de rassembler des informations provenant de nombreuses sources afin de prendre en compte le tableau complet de l'enfant ou de l'adolescent. Ces informations peuvent provenir de différentes sources et comprennent : toute histoire qui est donnée ; signalement de maltraitance ou de révélation de la part d'un enfant, d'un adolescent ou d'un tiers ; apparence de l'enfant ; comportement ou comportement de l'enfant ; symptôme ; signe physique ; résultat d'une enquête ; interaction entre le parent ou le soignant et l'enfant ou l'adolescent.

2. Demander une explication pour toute blessure ou présentation du parent ou du tuteur et de l'enfant ou de la jeune personne d'une manière ouverte et sans jugement.

3. Enregistrer : Notez dans le dossier clinique de l'enfant ou de l'adolescent ce qui est observé et entendu de qui et quand ; Notez pourquoi cela est préoccupant. À ce stade, le professionnel de la santé peut envisager, suspecter ou exclure la maltraitance envers les enfants du diagnostic différentiel.

4. Prendre en compte, soupçonner ou exclure les mauvais traitements : Lorsque vous entendez ou observez un signe d'alerte : recherchez d'autres caractéristiques d'alerte de la maltraitance dans les antécédents, la présentation ou l'interaction d'un parent ou d'un tuteur avec l'enfant ou l'adolescent, maintenant ou dans le passé. Ensuite, effectuez une ou plusieurs des pistes suivantes : Discutez de vos préoccupations avec un collègue plus expérimenté, un pédiatre communautaire, un collègue du service de santé mentale pour enfants et adolescents, ou un professionnel nommé ou désigné pour la protection des enfants ; Rassembler des informations collatérales auprès d'autres structures et disciplines de la santé, après avoir utilisé son jugement clinique pour expliquer s'il était nécessaire de rassembler ces informations pour une évaluation globale de l'enfant.

Si un signe d'alerte ou de prise en compte de la maltraitance envers un enfant incite un professionnel de la santé à suspecter la maltraitance d'un enfant, il doit référer l'enfant ou l'adolescent vers les services sociaux de l'enfant ou les institutions spécialisées. Cela peut déclencher une enquête de protection de l'enfance, des services d'assistance peuvent être proposés à la famille à la suite d'une évaluation ou des explications alternatives peuvent être identifiées.

Exclure les mauvais traitements lorsqu'une explication appropriée est trouvée pour les fonctionnalités d'alerte. Cette décision peut être prise à la suite d'une discussion du cas avec un collègue plus expérimenté ou après la collecte d'informations collatérales dans le cadre de la prise en compte de la maltraitance des enfants.

a. **Enregistrer :** Notez toutes les actions entreprises dans 4 et le résultat.

N.B : En annexe 8, se trouve un algorithme décisionnel décrivant le processus à suivre dans les situations de maltraitance infantile.

b. Prévention et détection

Les données de la littérature montrent que le soutien aux familles vulnérables durant des périodes cruciales comme que la grossesse, l'accouchement et le début de la parentalité permet de réduire

les facteurs de risque et de renforcer les ressources de ces familles (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2016 ; Sethi et al., 2018).

C'est ainsi que, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (2016) recommande d'investir à temps dans le soutien aux familles par :

-Un accompagnement périnatal visant à : **1.** identifier, durant la grossesse, les familles présentant des facteurs de risque ; **2.** intégrer le signalement des risques dans l'accompagnement prénatal, en prévoyant un protocole d'action obligatoire dans chaque maternité dans le but d'assurer une bonne continuité des soins entre les périodes prénatales, postnatales et les soins de santé des enfants et des jeunes [*Kind&Gezin (K&G) a par ailleurs un instrument scientifiquement validé, l'échelle POS (Screening van Ernstige Problematische Opvoedingssituaties met Risico op Kindermishandeling/ Échelle « Dépistage de problèmes parentaux graves présentant un risque de maltraitance d'enfants »*)]. Également, trois services périnatals [Aquarelle (CHU Saint-Pierre), Ecoline (Charleroi) et Seconde Peau (Liège)] proposent un accompagnement personnalisé, subsidié par l'ONE, pour les femmes enceintes ou nouvellement accouchées se trouvant en situation précaire. La mise en place d'initiatives similaires dans d'autres provinces est également envisagée.

- Un investissement dans l'accompagnement postnatal et un soutien des pères et mères dans leur (nouveau) rôle de parents : **1.** en renforçant les réseaux d'aide informelle aux parents (leur proposer des groupes d'éducation durant la grossesse et la période du postpartum) comme par exemple, les « *Mama café* », les *ateliers de massage pour bébés* et les *ateliers prénatals*. Mais souvent, ces activités ne touchent pas les parents qui en ont le plus besoin ; **2.** en organisant dès avant la naissance des soins postnatals à domicile, de manière à ce qu'une sage-femme passe à domicile dans les 24 heures qui suivent la sortie d'hôpital et qu'elle assure le suivi de la mère et de l'enfant durant les 10 premiers jours au moins. Un suivi à domicile doit être assuré avant que les mères vulnérables ne quittent la maternité ; **3.** en mettant en place des actions coordonnées destinées à soutenir les familles vulnérables et à éviter qu'elles ne soient exclues du trajet de soins périnatals.

-Il recommande aussi : **1.** d'investir dans le soutien éducatif coordonné pour tous, avec une attention particulière pour les familles vulnérables (*en Belgique, on compte déjà bon nombre d'initiatives visant à soutenir l'ensemble des parents, mais elles restent cependant facultatives et*

fragmentées, sans continuité entre elles et sans concertation entre les partenaires concernés. Par exemple, les consultations de l'ONE /K&G ne transmettent pas systématiquement l'ensemble des dossiers aux centres PMS/CLB lorsque l'enfant entre à l'école, ce qui oblige ces centres à repartir de zéro ; 2. de veiller à une concordance suffisante entre l'aide aux adultes et l'aide à la jeunesse. Les intervenants qui s'occupent de parents à problèmes doivent intégrer un « réflexe » au sujet des enfants : y a-t-il des enfants dans le ménage et quelle est leur situation ?

c. Renforcement des compétences, accompagnement et soutien des professionnels

Le KCE (2016) recommande :

D'intégrer les connaissances et aptitudes requises pour la prévention, la détection et le signalement de la maltraitance infantile dans les programmes de formation et dans les recyclages des médecins urgentistes, généralistes, gynécologues, pédiatres, ainsi que des infirmiers, des sages-femmes, et du personnel des structures d'accueil de jour. En améliorant leurs connaissances sur les facteurs de risque et les aptitudes communicationnelles en cas de maltraitance infantile. Des séances d'informations sur l'offre d'aide existante et les personnes à contacter seront aussi utiles pour ces professionnels susceptibles d'être confrontés aux situations de violences à l'encontre des enfants. Enfin, en fortifiant la fonction consultative de SOS Enfants/VK afin de soutenir les prestataires de soins dans la détection et le signalement de la maltraitance infantile.

Etant donné qu'en Belgique, il n'existe aucune obligation de signalement de cas de maltraitance par les professionnels de la santé, face à une suspicion de maltraitance, les prestataires de soins doivent évaluer par eux-mêmes, s'ils doivent la signaler, quand et à qui (police, justice, SOS Enfants/VK, concertation avec des collègues). Une solution concrète serait la mise en place de protocoles d'action obligatoires qui décriraient clairement les démarches à entreprendre chaque fois qu'une suspicion se fait jour. Certains protocoles existent déjà mais ils sont assez généraux ; les concevoir sur mesure pour les différents intervenants, aiderait ces acteurs à adopter la réaction la plus adéquate (*par exemple, le VK de Bruxelles a élaboré un plan pour les crèches : « aanpak van verontrusting en vroegdetectie van kindermishandeling » (approche des situations inquiétantes et détection précoce de la maltraitance infantile) qui constitue un fil conducteur pour la détection, l'évaluation, l'analyse et la prise en charge de problèmes présumés chez les*

jeunes enfants ; Kind & Gezin a également élaboré un document d'orientation pour les situations préoccupantes, basé sur le Code de signalement hollandais).

D'améliorer la communication, la coordination et la collaboration entre les différents services d'aide, la police, les services judiciaires et les professionnels des différents secteurs concernés (médecine générale, enseignement, soins de santé mentale, pédiatrie, obstétrique (y compris les sages-femmes), pédopsychiatrie, services d'urgences, accueil de la petite enfance...).

d. Interventions thérapeutiques à la suite de maltraitance physique, psychologique ou de négligence envers un enfant

Enfants de moins de 5 ans : Offrir une intervention basée sur l'attachement aux parents ou aux personnes qui ont négligé ou maltraité physiquement un enfant de moins de 5 ans ; Effectuer l'intervention basée sur l'attachement au domicile du parent ou du soignant, si possible, et prévoir au moins 10 séances ; Améliorer la façon dont ils gèrent leurs sentiments lorsqu'ils prennent soin de leur enfant ; Envisager une psychothérapie enfant-parent pour les parents ou tuteurs et leurs enfants de moins de 5 ans si le parent ou tuteur a maltraité ou négligé physiquement ou émotionnellement l'enfant, ou si l'enfant a été exposé à la violence domestique ; Offrir une intervention à domicile basée sur l'attachement aux familles d'accueil qui s'occupent d'enfants de moins de 5 ans maltraités ou négligés et en aider les familles d'accueil à : *améliorer la façon dont ils nourrissent leur enfant, y compris lorsque l'enfant est en détresse, améliorer leur compréhension du comportement de l'enfant, répondre positivement aux signaux et expressions des sentiments de l'enfant, se comporter de manière à ne pas effrayer l'enfant, améliorer la façon dont ils gèrent leurs sentiments lorsqu'ils prennent soin de leur enfant* (National Institute of Health and Clinical Excellence, 2017).

Enfants entre 5-6ans ou plus : Envisager une intervention parentale complète pour les parents et les enfants de moins de 12 ans si ce parent ou tuteur a abusé ou négligé l'enfant physiquement ou émotionnellement. Celui-ci doit être dispensé par un professionnel formé à l'intervention et comprend des visites à domicile hebdomadaires d'au moins 6 mois portant sur : *les interactions parent-enfant, structures de soins et routines parentales, le stress parental, la sécurité à la maison, tout autre problème ayant amené la famille à attirer l'attention des services*. Ensuite doit aider la famille à accéder à d'autres services susceptibles de lui être utiles ; Proposer une intervention de formation parentale en groupe, aux familles d'accueil des enfants qui ont été

maltraités ou négligés et qui manifestent ou pas des comportements problématiques puis inclure des stratégies pour gérer le comportement et la discipline de manière positive. Organisez des séances de groupe d'au moins 16 semaines avec des groupes de 8 à 10 personnes en charge d'accueil, y compris des vidéos, des jeux de rôle et des exercices de devoirs (National Institute of Health and Clinical Excellence, 2017).

B. Cadre pratique

I. Question de recherche

Face à cette problématique de la maltraitance infantile, je me pose les questions suivantes :
Comment les professionnels de l'ONE (médecins et TMS) se situent-ils face à la maltraitance ?
Quelle est la mission de l'ONE face à une situation de maltraitance ? A partir de quand ou jusque quand sont-ils impliqués dans ce type de prise en charge ? Autrement dit, quelle est leur position dans un itinéraire de prise charge ? Quelles sont les implications des différents acteurs dans un processus de prise en charge (leur légitimité) ? Travaillent-ils en collaboration avec d'autres structures ? Si oui, lesquelles ? Quel est le taux de signalement de la maltraitance par l'ONE ? Hésitent-ils à signaler les situations auxquelles ils seraient confrontés ? Et si c'est le cas, quelles sont les raisons pour qu'ils signalent si peu ? Signalent-ils peu car ils ne rencontrent pas tant de maltraitances que ça ou parce qu'ils n'arrivent pas à en détecter ou encore parce qu'ils ne savent pas quelle attitude choisir ?

Arriver à faire un état des lieux des pratiques des professionnels de l'ONE dans leur quotidien face à la maltraitance infantile, nous permettra d'essayer de comprendre et de trouver des pistes de solutions pour y faire face. D'où la question suivante :

Quelles sont les stratégies de prise en charge de la maltraitance infantile par les professionnels de la santé de l'ONE lors de consultation pour enfants ou consultations prénatales en région Bruxelloise ?

L'objectif de mon mémoire est donc de mettre en évidence les pratiques (plus probantes possibles) et les connaissances (les plus récentes possibles) à disposition des professionnels de la santé de l'ONE dans les situations de maltraitance infantile en passant par une analyse qualitative de leurs pratiques et en faisant le lien avec la littérature scientifique. Car, faisant partie des

structures de soins où les professionnels ont plus de contact avec les enfants et leurs parents, ils pourraient jouer un véritable rôle dans la prise en charge de la violence à l'encontre de l'enfant.

II. Caractéristique du chercheur

Étudiante en Master en Santé Publique à l'Université Catholique de Louvain, je réalise ce travail de recherche dans le cadre de mon mémoire de fin d'études. Je suis diplômée en soins infirmiers depuis Juin 2016. Par la suite j'ai fait une année de spécialisation en pédiatrie et néonatalogie. En Décembre 2016, dans le cadre de ma spécialisation, j'ai effectué un stage d'environ un mois au sein d'une consultation pour enfants à l'ONE.

Excepté mes divers travaux réalisés dans le cadre de ce Master ainsi que mon travail de fin d'étude réalisé au terme de mes études précédentes en soins infirmiers, je n'ai aucune expérience dans le domaine de la recherche.

En parallèle de mes études, je travaille comme intérimaire dans plusieurs hôpitaux de Bruxelles et uniquement dans les services de pédiatrie.

III. Matériels et méthodes

III.1. Collecte de données

a. Stratégie d'échantillonnage

Critères d'inclusion

- Professionnels de la santé : médecins, TMS ;
- Consultation pour enfants et/ ou consultations prénatales en région bruxelloise ;
- Travaillant à l'ONE depuis 1 an minimum à mi-temps ou à temps plein ;

Dans un premier temps, je voulais centrer mon échantillon sur les professionnels de santé travaillant au sein de consultations pour enfants. Mais la coordinatrice qui m'a mis en contact avec les professionnels de la santé a inclus une consultation prénatale. Sur le terrain, il s'est avéré que la consultation prénatale n'était pas à exclure de l'échantillon étant donné que la prise en charge de la maltraitance infantile peut déjà commencer à cette étape (comme indiqué dans la revue de littérature). C'est pourquoi, la population de l'étude s'est élargie et a inclus des consultations pour enfants et des consultations prénatales. La référente maltraitance a été incluse

aussi dans l'échantillon parce qu'elle joue un rôle important dans la prise en charge de la maltraitance infantile à l'ONE. Travaillant avec les deux types consultations, elle est donc incluse comme professionnel de la santé au sein des deux consultations.

Contexte et lieu

Les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des TMS et médecin donc au sein des différentes consultations à Bruxelles, soit dans le bureau de ces dernier(e)s, soit dans une pièce isolée. Celui avec la référente maltraitance a eu lieu au sein d'un siège administratif de l'ONE.

Les modalités de contact

Soumission d'une demande d'accompagnement (pour la réalisation des entretiens auprès des professionnels) à l'organisme scientifique de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) via la direction Recherche et Développement pour approbation de la réalisation des différents entretiens. Après une réponse positive de leur part, la coordinatrice d'un secteur de consultations a pris contact avec moi (appel téléphonique) pour connaître exactement l'objet et les modalités de ma recherche ainsi que mes attentes vis-à-vis des entretiens. Après cela, elle m'a envoyé par mail les contacts de 16 TMS et d'une référente maltraitance. J'ai immédiatement pris contact avec elles (par e-mail pour certaines et par téléphone pour d'autres) pour commencer les entretiens.

Echantillon

-Nombre de personnes incluses ou personnes contactées : sur 17 professionnels de santé contactés, 14 ont répondu favorablement dont 12 TMS, 1 médecin et une référente maltraitance. Les TMS et le médecin venaient au total de 6 différentes consultations. L'échantillon comporte donc 14 professionnels.

-Caractéristiques : Professionnels de la santé (Médecins, TMS) travaillant au sein de plusieurs antennes de consultations (pour enfants et prénatales) de l'ONE en région Bruxelloise. Au niveau des années d'ancienneté, une TMS avait 1 an minimum d'expérience au sein de l'ONE et les autres professionnels y travaillent depuis 5 à 35 ans. Quant aux différentes consultations, j'ai 6 consultations au total dont 1 consultation prénatale et 5 consultations pour enfants.

- Nombre de refus et motifs des refus : Les autres professionnels n'ont tout simplement pas répondu à mon mail et / ou appel téléphonique.

b. Outils

Les entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des professionnels de la santé sur base d'un guide d'entretien (**Annexe 9**) construit à partir de la littérature (partie théorique).

Cette méthode (entretiens semi-directifs) est plus appropriée pour ce mémoire car laissant plus de liberté au répondant, elle permet d'obtenir des réponses variées, complètes et contextualisées de la part des intervenants (Aujoulat, 2019).

Le guide d'entretien comporte des questions dirigées vers diverses thématiques générales sur le sujet guidant le professionnel interviewé à faire le récit de ses pratiques. C'est sur base de ces récits que j'ai pu mettre en évidence les pratiques de ces professionnels que j'ai comparé par la suite avec la littérature. Les principales thématiques basées sur la littérature et abordées dans le guide d'entretien sont : *leurs fonctions au sein de l'ONE afin de juger de leur légitimité, le milieu social et culturel des consultations, leurs connaissances sur la maltraitance infantile ainsi que les causes potentielles/ facteurs favorisant et les signes/ conséquences de la violence à l'encontre des enfants, connaissances des principales structures spécialisées dans les situations de maltraitance infantile, ce que dit la loi sur le signalement de situation maltraitance, les cas de maltraitance auxquels ils ont dû faire face, leur prise en charge dans une situation de maltraitance avérée ou en cas de suspicion, les actions mises en place par l'ONE pour prévenir la maltraitance infantile, les obstacles rencontrés dans leur prise en charge et enfin les pistes d'amélioration proposées par ces professionnels*. En partant de ces thématiques, j'ai donc construit douze questions.

Ces différentes thématiques ayant servi de base pour la création du guide d'entretien afin de structurer les réponses des participant(e)s, ont également servi en partie comme unités d'analyse prédéfinies pour faciliter l'analyse des données.

Le guide d'entretien a été lu et approuvé par mon promoteur (Mr Pierre Collart) avant d'être utilisé. Avant d'entamer mes entretiens qualitatifs semi-directifs, j'ai testé la compréhension des questions avec une personne volontaire neutre qui ne connaissait rien à propos du sujet de la maltraitance infantile. Les questions étaient compréhensibles et n'ont donc pas dû être modifiées. Néanmoins, lors des entretiens, certains TMS, ont parfois demandé des précisions au niveau de certaines questions. Mais cela n'a pas posé de problèmes car je clarifiais immédiatement. Il y'a

parfois dans certains interviews, des questions du guide d'entretien que je n'ai pas posé (afin d'éviter les répétitions) parce qu'elles avaient déjà été abordées par les interviewés.

c. Le déroulement de la collecte des données

Chaque entretien a débuté avec un mot d'introduction rappelant le contexte et les objectifs de l'étude. Ensuite, la collecte des données s'étant effectuée par un enregistrement audio, avant de commencer les entretiens, j'ai d'abord demandé l'accord à chacune des personnes interviewées pour enregistrer les entretiens en leur garantissant l'anonymat (**voir annexe 9**). En effet, leurs noms et les lieux des différentes consultations ont été modifiés lors de la retranscription par les lettres X et Y/Y'.

Au total j'ai réalisé 8 entretiens avec 14 professionnels de la santé. En fonction de leurs disponibilités, certains entretiens ont eu lieu avec plusieurs TMS à même temps (une fois avec 1 TMS et 1 médecin, une fois avec 3 TMS et trois fois avec 2 TMS où chacune essayait de donner son avis sur chaque question). D'ailleurs, les TMS ne travaillant généralement pas seules (soit avec le médecin en consultation ou dans des situations complexes comme la maltraitance infantile avec leurs collègues ou la coordinatrice ou encore la référente maltraitance), elles ont trouvé plus pertinent d'être interrogées ensemble. Les trois autres entretiens étaient individuels.

Les entretiens ont eu lieu entre le 21 Février et le 14 Mars 2019. Ils ont duré entre 25 et 55 minutes en fonction du nombre de personnes interrogé par entretien. La retranscription se faisait après chaque entretien.

2 enregistrements ont été perdus en raison de problèmes techniques indépendants de ma volonté (celui avec la référente maltraitance et celui avec le médecin et le TMS). J'ai dès lors noté les points importants et clés de ces entretiens dont je pouvais encore me souvenir.

III.2. Analyse de données recueillies

Pour l'analyse de mes données, j'ai utilisé la méthode d'Analyse descriptive, qui consiste à rendre compte systématiquement et objectivement de ce qui a été dit à propos de l'objet de la recherche à travers **des unités d'analyse** (Paillée et Mucchielli cité par Aujoulat, 2019). Les unités d'analyse, correspondent à des thèmes à valeur de description, et sont **prédéfinies** à partir des différents points de la revue de littérature sur la question de recherche. Il s'agit des thématiques (comme abordés dans le guide d'entretien) suivants :

- Milieu social et culturel de la consultation ;
- Connaissances sur la maltraitance infantile ;
- Causes potentielles/ facteurs favorisant de la maltraitance infantile ;
- Signes/ conséquences de la violence à l'encontre des enfants ;
- Connaissances des principales structures spécialisées ;
- Connaissances de la législation sur le signalement de situation maltraitance ;
- Situations de maltraitance rencontrées ;
- Rôle des professionnels dans la prise en charge ;
- Prévention de la maltraitance infantile ;
- Obstacles rencontrés par les professionnels ;
- Pistes d'amélioration proposés par les professionnels.

Un thème ou catégorie a émergé car il est revenu très souvent dans les propos de l'ensemble des participants. Ce thème n'était pas prédéfini au départ et ne faisait pas partie du guide d'entretien. Il s'agit : « *Des ressources mises à disposition des professionnels de la santé par l'ONE pour la prise en charge de la maltraitance infantile* ».

Pour faciliter l'analyse et garantir l'anonymat, j'ai attribué une lettre à chacune des consultations et un chiffre au nombre de professionnels interrogé par consultation.

Consultations	Professionnels de la santé
Consultation 1 (de nourrissons) : C1	1 TMS et 1 médecin lors d'un même entretien
Consultation 2 : C2	Référente maltraitante
Consultation 3 (de nourrissons) : C3	2 TMS lors d'un même entretien

Consultation 4 (de nourrissons) : C4	3 TMS lors d'un même entretien
Consultation 5 (de nourrissons) : C5	2 TMS lors d'un même entretien
Consultation 6 (prénatales) : C6	2 TMS lors d'un même entretien
Consultation 7 et 7' (de nourrissons) : C7 et C7'	2 TMS au sein d'une même consultation (dont 1 TMS par entretien)

Ensuite, après la retranscription des différents entretiens (**Annexe en version électronique**), j'ai procédé comme suit :

Premièrement, j'ai procédé par une analyse horizontale du contenu des entretiens en croisant les verbatims concernant les différentes thématiques et en y incluant quelques extraits des professionnels. Ensuite, à travers un arbre thématique, j'ai pu synthétiser les réponses de l'ensemble des participants pour chaque thème ou unité d'analyse en faisant émerger des sous catégories (**Annexe 10**) (Aujoulat, 2019).

Pour la présentation des résultats ci-après, j'ai procédé sous forme de texte en les classant en fonction des catégories prédéfinies et des catégories émergentes.

IV. Résultats de la recherche

Voici ci-dessous les résultats de la recherche sous forme de texte en fonction des thématiques. Il s'agit des réponses des professionnels interrogés aux diverses questions contenues dans le guide d'entretien.

1. Milieu social et culturel de la consultation

Mise à part une consultation (C1), où c'est la classe moyenne qui l'emportait, dans toutes les autres consultations, il n'y avait pas de milieu social et culturel prédominant. Au niveau socio-économique, c'était un mixte : tant des familles précarisées, des familles en séjour irrégulier que

des familles avec des revenus moyens à élevés. Au niveau culturel c'était aussi multiculturel, toutes nationalités et ethnies confondues ainsi que des primo-arrivants en Belgique.

2. Connaissances sur la maltraitance infantile

Lorsque je posais la question de savoir ce qu'évoquait le sujet de la maltraitance, différents points de vue ou avis étaient cités. Dans tous les cas, les différents types de maltraitance apparaissaient chez l'ensemble des participants tels que : la négligence, les violences conjugales et sexuelles, les maltraitements physique et psychologique...

Cependant, des particularités émergeaient :

Certains participants distinguaient bien cette notion de maltraitance de la négligence et insistaient sur le fait que le premier était volontaire et le second involontaire. Voici un extrait :

« En fait pour moi, maltraitance est au-dessus de la négligence. Donc la négligence c'est involontaire (par ex manque d'hygiène, ne pas bien nourrir l'enfant...). Et être maltraitant, c'est s'en rendre compte (frapper sur son enfant, violences conjugales, ...) » [C3 (TMS2) - Lignes 44-46].

Certaines TMS ont ajouté aussi que la négligence faisait partie de la maltraitance :

« Pour moi la négligence, c'est quelque chose qui va atteindre l'enfant sans que psychologiquement il ne s'en rende compte. La maltraitance c'est quand l'enfant subit le truc et s'en rend compte. Mais pour moi, la négligence fait partie de la maltraitance aussi » [C3 (TMS1) - Lignes 49-52].

Une TMS avec 32 ans d'ancienneté à l'ONE a rajouté qu'auparavant, et ce, pendant toute une période, on évitait d'utiliser le terme « Maltraitance » à l'ONE. On parlait plus de « Bientraitance » afin d'éviter ce mot.

3. Causes potentielles/ facteurs favorisant la maltraitance infantile

Les causes de maltraitance infantile variaient fortement d'une consultation à une autre même si des similitudes existaient parfois.

*« Des facteurs liés aux parents : **problèmes sociaux, difficultés familiales, parents psychotiques, précarité...** » [C3 - Lignes 69-70] ;*

« *Climat familial, l'isolement, des problématiques complexes pour les parents, les antécédents dans la famille, climat socio-économique défavorable par exemple* » [C4 - Lignes 62-69] ;

« *Socio-économiques (parents qui ne sont pas bien financièrement ou bien qui reviennent d'un pays où il y'a la guerre)* », « *Ce qu'ils ont vécu dans leur famille aussi s'ils ont vécu la maltraitance.* », « *Des parents alcooliques aussi* » [C5 - Lignes 69-70] ;

« *Il y' a aussi d'autres causes comme : la dépression post partum, l'attente dans le couple qui est important euhhh l'isolement des familles aussi où la gestion du quotidien est plus difficile...* », « *L'attachement de la maman avec son bébé...ce n'est pas innée non plus quand on accouche d'avoir un sentiment de maternité* », « *... il y'a des cas de négligence qui sont liés au fait que les parents n'ont pas faciles eux-mêmes à s'en sortir et n'ont pas le soutien nécessaire, l'aide nécessaire.* » [C6 - Lignes 35-41].

Mais les facteurs qui apparaissaient très souvent dans les entretiens étaient : l'isolement des familles, les difficultés des parents (que ce soit d'ordre familial, social ou socio-économique), les antécédents familiaux, la dépression post-partum et enfin le lien d'attachement avec l'enfant.

Trois participantes ont aussi souligné que la maltraitance existait dans tous les milieux sociaux. En voici un exemple : « *Je pense que personne n'est à l'abri, ce n'est pas une question d'origine sociale je pense que c'est plutôt les personnes abîmées ou fragilisées de base qui ont du mal à supporter les contraintes que représentent l'arrivée d'un enfant* » [C7' - Lignes 55-57].

Une TMS s'était exprimée sur le fait que les facteurs de risque de la maltraitance infantile avaient beaucoup changé par rapport à avant. Elle cite : « *Avant, quand j'ai commencé, c'était plus des précarités matérielles (par exemple des gens qui vivent dans des logements insalubres, qui habitaient sans eau, sans chauffage etc.). Maintenant j'ai l'impression que le niveau de vie de beaucoup de personnes a un peu augmenté mais je trouve qu'il y'a une plus grande précarité psychologique et mentale ainsi que l'isolement...* » [C7' - Lignes 214-219] ; « *Cette santé mentale se détériore parce que les conditions de vie des gens sont précaires et qu'on est dans une société assez stressante ici en occident* » [C7' - Lignes 211-213].

4. Signes/ conséquences de la violence à l'encontre des enfants

Les signes et conséquences les plus cités par l'ensemble des personnes interviewées étaient : impact sur le développement psychomoteur de l'enfant, troubles du comportement, absence de relation d'attachement, manque d'hygiène et difficultés scolaires.

D'autres signes ont été mentionnés une fois au moins. Ce sont : enfant introverti ou exubérant, conséquences sur la santé de la personne, conséquences sur la personnalité, blessures, décès, difficultés relationnels, impact sur la croissance, développement intellectuel.

5. Connaissances des principales structures spécialisées

A l'unanimité, tous les intervenants ont cité les structures suivantes : SOS – Enfants, SAJ/SPJ et la référente maltraitance.

D'autres structures n'apparaissant pas lors de certains entretiens étaient citées. Ce sont des services secondaires ou spécialisés vers lesquels on oriente les familles en fonction de la problématique rencontrée et des facteurs de risque. Ce sont des structures telles que : les hôpitaux, la médecine scolaire, le médecin de famille, les centres PMS/PSE, les pouponnières, les centres de santé mentale et les services d'accompagnement à domicile comme FAMIHOME :

« Il y'a des services d'accompagnement à domicile, comme FAMIHOME avec qui on peut travailler également ... » [C7 - Lignes 117-119] ;

« Il y'a des centres de santé mentale qui peuvent mis en place pour soutenir les parents, pour soutenir le développement affectif de l'enfant », « Il y'a les pouponnières (les lieux d'accueil pour enfants placés) qui peuvent apporter à l'enfant une certaine protection ou rupture avec leur milieu familial toxique... », « Je pense aussi à l'école avec les PSE , PMS qui peuvent parfois (l'ONE s'estompant avec l'âge de l'enfant donc on les voit très peu en grandissant donc euhhh un interlocuteur de l'enfance au sein de l'école va être les service de santé)apporter tout un accompagnement et un suivi... » [C7'- Lignes 96-105].

6. Connaissances de la législation sur le signalement de situation maltraitance

L'ensemble des participants étaient tous d'accord pour dire que les situations de maltraitance avérée devaient être signalées aux institutions concernées sinon il y'a non-assistance à la personne en danger. (Voir Annexe 10 en version électronique)

Je n'ai pas fait d'arbre thématique sur ce point étant donné que tous disaient la même chose.

Voici néanmoins quelques extraits :

« Il faut la signaler...Donc à un moment donné, il ne faut pas non plus tout le temps se retrancher derrière le secret professionnel mais il faut faire en sorte que l'enfant soit en sécurité avant tout... ça, c'est notre objectif » [C7- Lignes 128-131] ;

« On est tenu de signaler, s'il y'a maltraitance avérée, même la voisine ou le voisin, les passants dans la rue sont tenus de signaler. Sinon il y'a non-assistance à la personne en danger » [C3- Lignes 91-93].

7. Situations de maltraitance rencontrées

L'ensemble des participants ont tous témoigné qu'ils rencontraient plus des cas de suspicions de maltraitance que des situations de maltraitance avérées. Ces suspicions étaient plutôt liées à l'observation de certains facteurs de risque comme mentionnés précédemment.

Les professionnels ayant déjà rencontré des situations avérées de maltraitance infantile ont vécu ces expériences soit directement (par eux-mêmes) ou soit indirectement (par exemple lorsque les familles qu'ils suivent sont prises en charge par les hôpitaux sans que ce ne soit eux qui constatent les faits). En voici un extrait : *« Voilà..., moi j'ai connu 2-3 cas dans ma carrière vraiment par exemple un décès d'enfants j'ai connu voilà un enfant qui est décédé parce que son beau-père l'avait assené de coups euhh voilà donc ça j'ai été prévenu par l'hôpital qui a vu que l'enfant était suivi chez nous euhhh »* [C7- Lignes 38-41].

Les situations de maltraitance rencontrées par ces professionnels étaient en général des cas de négligence et de violences conjugales : *« Comme on l'a dit au début, c'est vraiment plus des cas de négligence ou de violences conjugales qu'on rencontre le plus souvent... Une maman chez qui on a observé avait une déficience au niveau des soins, de la prise en charge émotionnelle, elle n'était pas du coup adéquate... »* [C4 (TMS2) - Lignes 114-118] ; *« Moi j'avais travaillé une fois dans une situation où la jeune fille était mineure et subissait elle-même de la violence par son père. On a donc dû mettre des choses en place pour pouvoir la protéger elle et son futur bébé du danger venant de son père comme un SAJ, placer la maman avec l'enfant dans une maison maternelle. »* [C6 (TMS2) - Lignes 80-83].

Un cas de violence sexuelle et de violence physique était cité dans les entretiens. Et pour finir, deux TMS ont mentionné deux situations de maltraitance ayant conduit au décès de l'enfant.

Comme dans les extraits suivants : « *Je pense à un enfant en particulier où l'enfant a été hospitalisé en urgence et les parents ont été suspectés d'avoir essayé d'avoir étouffer leur bébé c'est une famille que j'accompagnais depuis un moment parce qu'elle était fragile...* » [C7'- Lignes 116-119] ; « *J'ai par exemple eu le cas d'une maman ado qui s'est rendu aux urgences croyant qu'elle avait des crises d'appendicite, mais au faite, elle était en train d'accoucher... cette maman vivait avec sa mère et sa grand-mère donc, les premiers mois tout s'est bien passé jusqu'au moment où elle s'est installée avec un nouveau compagnon et là, les choses ont dégénéré et voilà cet enfant est décédé sous les coups de son beau-père ...* » [C7- Lignes 69-73].

Dans l'une des consultations, le médecin a souligné que les situations de maltraitance physique sont pour la plupart cachée par les parents car ce sont des signes plus visibles. Alors ces familles-là ne seront pas forcément celles qui se présenteront aux consultations.

On constate aussi que les professionnels qui ont déjà été confronté aux situations de maltraitance sont plus ceux qui avaient plusieurs années d'ancienneté à l'ONE.

8. Rôle des professionnels dans la prise en charge

Tous les intervenants étaient d'accord sur le fait que l'ONE avait un rôle essentiel et prédominant dans la prévention de la maltraitance infantile. Les rôles des professionnels mentionnés à plusieurs reprises étaient : le dépistage, faire appel aux services compétents, l'accompagnement et le soutien des familles, la collaboration avec les familles, la transparence avec les familles, l'instauration d'une relation de confiance avec les familles, l'amélioration des compétences des parents, la préservation du bien-être de l'enfant.

Une TMS a aussi rajouté qu'il était important de retravailler le lien parent-enfant et d'augmenter la fréquence des consultations : « *Mon rôle est de retravailler le lien entre les parents et l'enfant ...Et moi, amener vraiment un travail très ciblé sur ce qui se passe dans la relation parents-enfant qu'on pourrait améliorer, qu'est ce qui coince, de quoi l'enfant a besoin pour se sentir mieux* » [C7'- Lignes 146-150] ; « *Être très attentive donc remettre les parents plus souvent en rdv de consultations pour qu'on continue à travailler certains paramètres qui sont des paramètres objectivables comme le poids, la taille, le développement psychomoteur et avoir l'avis du médecin qui complète mon avis pour objectiver vraiment la santé de l'enfant.* » [C7'- Lignes 156-159].

Le travail en réseau est aussi indispensable dans la prise en charge de la maltraitance infantile. Encore plus, en cas de doutes sur la présence ou non d'une situation de maltraitance. Les différents professionnels essayent de se réunir, de se concerter pour voir ensemble ce qu'il y'a lieu de faire (par exemple s'il faut aller jusqu'au parquet ou pas). Une TMS cite d'ailleurs : « *Quand on est face à une maltraitance avérée... C'est important de se réunir en réseau pour voir comment intervenir, quel est le rôle de chacun au niveau de la famille.* » [C5 (TMS2) - Lignes 89-93].

Lors des consultations, qui est d'ailleurs le seul moment où le médecin rencontre les familles, les médecins profitent pour observer les signes visibles de maltraitance. Il y'a d'ailleurs certains d'entre eux qui vérifient systématiquement le langage des enfants. Les TMS peuvent également compter sur les médecins lorsqu'elles observent des signes inquiétants.

Soulignons que dans les consultations prénatales, les professionnels rencontraient plus des situations à risque de maltraitance infantiles que des situations avérées de maltraitance donc leur rôle se limitait principalement sur la prévention. Comme le témoigne l'extrait suivant : « *Nous on travaille plus sur la prévention (par exemple on travaille sur une grille de choses qui nous alertent qui pourraient être de la maltraitance sur enfants > on fait de la prévention parentale par rapport à ça) ...* » [C6 (TMS2) - Lignes 20-22].

La prise en charge des situations de maltraitance infantile démarre dès la période prénatale, axée sur la prévention. Les professionnels de la consultation prénatale suivent les familles vulnérables ou à risque jusqu'à la naissance du bébé voire 1 mois de vie du bébé, pour après faire un relais efficace auprès des consultations pour enfants. Par exemple, les TMS des consultations prénatales discutent beaucoup avec les parents de l'accueil du nouveau-né, du milieu familial dans lequel il va se retrouver et mettent en évidence leurs compétences de parents...Elles les orientent aussi quand il y'a une demande (vers le psychologue par exemple). Et enfin, apporte un suivi renforcé aux parents dans des situations à risque telles que qu'une déficience mentale, une addiction, ou victimes de violences conjugales.

9. Prévention de la maltraitance infantile

L'ONE intervient dans la prévention de la maltraitance infantile par : les visites à domicile (permettant de repérer d'éventuels problèmes), les permanences pour les familles qui ont besoin

de plus de temps et d'attention, le suivi psychomoteur des enfants, le soutien à la parentalité, l'accompagnement des familles dans le besoin.

Dans les consultations prénatales, les professionnels envisagent un suivi renforcé des femmes enceintes vulnérables ou inquiétantes. Ce suivi s'arrête à la naissance du bébé jusqu'à 1 mois de vie. S'ils ont des suspicions de risque de maltraitance, ils vont également les signaler au tour périnatal de la maternité où les psychologues reprennent le flambeau (en toute transparence avec les familles).

L'ONE a également mis en place des ateliers ou des lieux de rencontre pour l'accompagnement des familles tels que : des ateliers massage, des ateliers de portage du bébé, des lieux de rencontre mère-enfants où les mamans peuvent aller se reposer ou se détendre avec leurs enfants et renforcer ce lien mère-enfant. Une TMS souligne : *« Il y' a une volonté de la part de l'ONE de tisser le lien autour des familles seules, de permettre à une maman un peu fragile de se poser un peu avec son bébé dans un massage, de permettre à un enfant moins investi d'évoluer au niveau psychomotricité grâce à ses ateliers là. Mais on n'impose jamais les choses aux familles, on les propose. »* [C7'- Lignes 184-188].

Enfin, l'ONE veille à instaurer ou à maintenir un climat de confiance avec les familles dans le but de pouvoir garder un certain contact avec elles et leur permettre de se sentir suffisamment en confiance en cas de difficultés. L'ONE essaie aussi de renforcer l'estime de soi des parents et d'identifier leurs ressources afin d'augmenter leur potentiel de parents.

Le rôle joué par la référente maltraitance est aussi cité comme outil de prévention mis en place par l'ONE : *« Cette équipe de référente maltraitance qui est bien utile puisque c'est elle qui peut nous aider dans la prévention »* [C7- Lignes 159-160].

10. Obstacles rencontrés par les professionnels

Plusieurs obstacles à différents niveaux dans la prise en charge de la maltraitance infantile ont été cités par les professionnels de l'ONE.

Au niveau institutionnel :

Certaines consultations ont identifié l'absence de feedback et d'intercommunication entre les professionnels de l'ONE et certaines structures spécialisées comme le SAJ, les pédiatres ou les

hôpitaux... : « *On n'a pas de lien avec les pédiatres, on n'a pas de banques de données avec tous les médecins ou les hôpitaux donc pas d'intercommunication entre professionnels de la santé* » [C3 (TMS2) - Lignes 180-181] ; « *Tout est cloisonné en Belgique, il n'y a pas de suivi entre les différentes structures (sociales, médicaux...).* » [C3 (TMS2) - Lignes 184-185] ; « *Problème de communication avec les différentes structures ; Absence de feedback...* » [C1- Lignes 54-55].

Le refus ou défaut de suivi des familles par les services compétents a également été identifié comme frein dans deux consultations différentes : « *Puis la collaboration avec le SAJ pas très optimal, nos perceptions sont un peu reçues sur le pas de la porte. Par exemple, il y'a des familles qui n'ont pas toujours envie ... à mon avis qui ne sont pas toujours dans la reconnaissance de ce qui se passe chez eux et donc quand le SAJ leur demande s'ils ont besoin d'aide, ils répondent 'non' et donc on ne va pas ouvrir le dossier puisque la famille n'a pas envie n'a pas envie.* » [C4 (TMS3) - Lignes 192-196].

Venait ensuite, le manque de places dans les institutions : « *Deuxième difficulté, c'est parfois quand on veut mettre des choses en place en prévention (par exemple trouver des Haltes garderie ou bien trouver une crèche), et bah les places sont rares. Ou bien par exemple dans des situations de violences conjugales où la maman veut rentrer dans une maison maternelle, bah il n'y a pas toujours de places. Donc je dirai que c'est parfois le manque de places disponibles dans les institutions qui seraient nécessaires pour aller jusqu'à des problématiques de maltraitance* » [C7- Lignes 184-188].

Au sein d'une même consultation, les 3 TMS ont aussi identifié comme obstacle, la multitude d'intervenants autour d'une famille. Pour elles, il serait utile d'attribuer une casquette à chaque intervenant pour garder une certaine stabilité dans la prise en charge.

Au niveau des familles :

Les obstacles rencontrés par les professionnels qui sont engendrés par les familles sont :

Le déménagement des familles (par exemple lorsqu'ils se retrouvent dans la loupe des services sociaux). Ce qui empêche de garder un certain contact avec eux étant donné que l'ONE n'est pas un service obligatoire.

La peur des familles aussi. Surtout dans les situations de violences conjugales : « *Dans les cas de violences conjugales (type psychologue, physique, financière) ... Elles ne veulent pas qu'on en*

parle et que le conjoint soit au courant...parfois elles ont peur qu'on en parle aux médecins aussi pour ne pas que lui fasse quelque chose de son côté... » [C6 - Lignes 124-127] ; « Et c'est encore pire quand elles sont illégales. Parfois, certaines mamans ont peur d'aller la police pour dénoncer le cas de maltraitance ou de violences conjugales. » [C6 – (TMS1) Lignes 169-170].

Plusieurs TMS identifient également le manque de collaboration des parents comme frein à la prise en charge de la maltraitance dû au fait que l'ONE n'est pas un service obligatoire et donc les parents peuvent refuser d'avoir un suivi plus approfondi ou refuser la mise en place de certaines choses. Dans ce cas, si les TMS sont vraiment inquiètes pour l'enfant, elles sont obligées de prévenir soit le SPJ soit le SAJ. Ce qui est parfois difficile, lourd à porter et engendre forcément un manque de confiance entre les professionnels et les parents ainsi que le déménagement des parents pour fuir les services sociaux : « ... le SAJ, une fois qu'il est mis en place, il n'y a pas de collaboration de la part des parents, ça risque de très vite partir vers le SPJ où les parents ont beaucoup moins leur mot à dire et les décisions peuvent être prises par le juge, donc les parents sentent bien que ça risque de leur échapper et donc ils peuvent un peu fermer les portes et donc donner moins de sincérité dans la relation , répondre ce qu'ils pensent qu'on a envie d'entendre pour nous rassurer, et donc on a un peu moins d'accès à la réalité de ce que vivent les familles. Ça, c'est un obstacle important. » [C7' - Lignes 200-206].

D'autres obstacles au niveau des familles peuvent être :

L'histoire culturelle des familles : « *Quand c'est inscrit dans l'histoire familiale, parfois les gens n'ont pas la perception de ceux dans quoi ils se trouvent et donc ça fait obstacle pour nous. Ils trouvent ça normal... ou parfois, ils le reconnaissent mais ça ne peut pas sortir de la famille, donc on ignore pas mal de choses.* » [C4 - Lignes 184-187].

Et une perception du monde différente entre professionnels et parents : « *Dans les obstacles, on a aussi nos perceptions du monde, on croit que les gens vivent comme nous vivons et ce n'est pas forcément vrai. Donc il faut parfois descendre de beaucoup de niveaux pour mieux accompagner ces personnes. Par exemple pour les gens qui sont dans une grande précarité, des personnes illettrées...* » [C4 – (TMS3) Lignes 201-204].

Au niveau des professionnels :

Les professionnels se sentent parfois limités dans leur rôle dans certaines situations. Par exemple, le simple fait que l'ONE soit avant tout un service préventif, leur rôle se limite souvent à l'encadrement, le soutien et l'accompagnement des familles. Puis, il transfère vers d'autres services plus compétents.

Une limite au niveau du système belge est aussi identifiée. Par exemple, dans les situations de violences conjugales, la consultation prénatale interrogée trouve que l'Etat belge ne met pas beaucoup de choses en place. Une autre TMS d'une consultation pour enfants cite que : *« De plus, le système belge est aussi limité par rapport à certaines choses. Avant qu'il se passe quelque chose au parquet ou qu'on enlève des enfants aux familles... Donc souvent, on est confronté à des situations où on s'inquiète un peu mais on ne fait pas de démarche parce que tant qu'on n'a pas de concret, on ne peut pas dire qu'il y'a maltraitance ou négligence mais on sait qu'il faut faire attention. »* [C3 (TMS2) - Lignes 137-155].

Un manque de temps dans le suivi et l'accompagnement des familles a aussi été mentionné par 3 consultations. Pour la consultation prénatale, ceci serait dû au fait que les mamans arrivent à 6 mois de grossesse et les professionnels n'ont donc que 3 mois pour pouvoir mettre en place des choses constructives, ce qui n'est pas évident.

Cependant, d'autres consultations estiment que l'ONE leur permet d'avoir du temps pour suivre les familles, ce qu'elles présentent plutôt comme un atout : *« Ce qu'on a la chance d'avoir à l'ONE c'est le temps, l'ONE ne nous met pas une contrainte trop stricte au niveau du temps, donc...elle ne nous donne pas non plus des obligations de rapport etc. En tout cas de mon expérience à moi (ce n'est pas la même expérience pour toutes mes collègues je le sais) »* [C7' - Lignes 220-223].

Enfin, un autre obstacle rencontré par les professionnels est l'incertitude au niveau de la détection de la maltraitance. Il faut être sûr d'être dans le bon, être sûr d'aider les gens et non pas les enfoncer : *« Pour nous la difficulté d'abord c'est qu'il y'a jamais de maltraitance avérée, donc on ne part que sur des critères du fait de notre expérience ou de par nos connaissances sur des situations. »* [C6 (TMS1) - Lignes 117-119] ; *« C'est ça qui est difficile dans notre métier c'est de sentir un peu, essayer de trouver la vérité à travers ce que les parents nous disent et à travers l'observation des enfants et du lien mère-enfant. »* [C7- Lignes 80-82]. Donc pour ces

professionnels, il apparaît parfois complexe de savoir si certains éléments constatés ou rapportés rentrent dans le cadre de la maltraitance.

11. Ressources pour les professionnels

Malgré tous les obstacles cités plus haut, les professionnels de l'ONE se sentent quand même bien soutenus et accompagnés.

La principale ressource citée par toutes les TMS est l'existence d'une référente maltraitance. Cette dernière constitue un véritable repère pour les TMS, voire même leur premier réflexe lorsqu'elles sont confrontées à des situations de maltraitance. Pour la référente maltraitance même, son rôle est : « *Accompagnement, écoute, guidance, conseil à la TMS. Pas de contact direct avec les enfants ou leur famille* » [C2- Lignes 26-27].

Les différents rôles de la référente maltraitance cités par les professionnels sont :

Guider les TMS en cas de suspicion ou de doute, l'accompagnement des TMS dans leurs réflexions, dans les démarches et dans la gestion des situations. La référente maltraitance leur donne aussi des conseils et leur fournit le soutien nécessaire. Lorsqu'il faut faire un signalement, c'est également la référente maltraitance qui les aidera à rédiger et déposer le signalement. C'est elle aussi qui les aidera parfois à prendre contact avec certaines structures compétentes comme le SAJ.

Une des TMS de consultation pour enfants souligne que la référente maltraitance les aide aussi dans la rédaction de leur rapport de visites à domicile : « *... par exemple nous avons un document maintenant qui s'appelle « chemin d'avance » quand on fait nos rapports de visite. Ce document peut être lu par les familles donc, en toute transparence...Donc elle nous a bien expliqué qu'il fallait mettre tout ce qui était factuel (c'est-à-dire par exemple : familles d'autant d'enfants...telles conditions économiques) d'une part et d'autre part, tout ce qui est ressenti, qu'on ne peut pas toujours objectiver ...* » [C7- Lignes 221-227].

Enfin, la référente maltraitance est là pour les rassurer et leur dire si leur prise en charge correspond ou non aux attentes de l'ONE : « *...elle va aussi être un petit peu le garant de l'ONE pour me dire que ce que je fais colle avec ce que l'ONE attend de moi* » [C7' - Lignes 233-234].

Il faut aussi souligner que cette fonction de référente maltraitance existe depuis 15 ans maintenant à l'ONE. D'ailleurs certains TMS y travaillant depuis une trentaine d'années témoignent que cette nouvelle ressource apportée par l'ONE leur a été très bénéfique parce qu'avant, elles se sentaient un peu seules face à certaine situation. Une d'entre elles cite : *« l'ONE a quand même beaucoup changé parce que moi quand j'ai commencé ma carrière, il n'y avait pas de référente maltraitance et donc on était fort isolé et fort seul face à certaine situation. On en parlait alors à notre responsable. »* [C3 (TMS1) - Lignes 220-223].

Les TMS peuvent aussi compter sur leurs collègues et la coordinatrice lorsqu'elles sont confrontés à des doutes ou qu'elles ont besoin d'un second avis. L'ONE a également mis en place des supervisions collectives où les TMS peuvent relater des situations de maltraitance avec lesquelles elles ne se sentent pas à l'aise ou qu'elles ont du mal à gérer, ce qui n'existait pas forcément auparavant.

Différentes formations, colloques et publications sur la maltraitance infantile sont aussi mises à leur disposition. Une TMS mentionne que : *« A l'ONE, on a une obligation de moyens mais pas de résultats. Ça veut dire qu'on doit s'assurer, en toute bonne foi, honnêtement, on doit être sûr qu'on a fait tout ce qu'on pouvait (soutien, formations, supervisions... sont là pour nous y aider) »* [C7' - Lignes 259-261].

Elle rajoute aussi qu'à l'ONE, ils utilisent des grilles d'évaluation comme la grille de Brazelton qui est une grille permettant de mettre en évidence les points de repère visibles et de se rendre compte de la souffrance de l'enfant. Elle souligne également : *« ... les grilles qu'on utilise ne sont pas vraiment liées à la maltraitance. Celles qu'on utilise évaluent plutôt le développement de l'enfant dans son environnement »* [C7' - Lignes 206-207].

Une augmentation de l'assistance apportée aux professionnels de la santé au fil des années a également été mentionné par certains participants. Il s'agit de supervisions collectives et du remboursement d'une partie des consultations auprès de psychologues. Une participante souligne : *« L'ONE veille aussi à la bientraitance des professionnels. Par exemple, maintenant, pour les TMS qui sont confrontés à des situations compliquées ou qui sont dans des quartiers avec beaucoup de maltraitance, de négligence... Ces TMS ont droit à ce que l'ONE rembourse une partie des consultations psychologiques de leur choix »* [C3 (TMS2) - Lignes 227-230].

Ces différents outils constituent donc un véritable soutien aux professionnels de la santé de l'ONE se trouvant confrontés à des problématiques difficiles à gérer telles que la maltraitance infantile.

12. Pistes d'amélioration proposées par les professionnels

Pour les professionnels interrogés, ce qui pourrait faciliter leur prise en charge au vu des obstacles identifiés serait :

- L'amélioration de l'intercommunication entre les différentes structures et les différents professionnels impliqués ;
- Avoir plus de contact avec le SAJ/SPJ dans le but d'obtenir un retour sur la prise en charge ;
- Une collaboration directe avec le SAJ. Par exemple, une TMS cite que : « *Dès que le SAJ a un cas, qu'il se demande si l'enfant a déjà un suivi ONE et si ce n'est pas le cas, demander que la famille ait un suivi ONE en tout cas. Mais là, on est obligé de passer par un juge qui dit : votre enfant n'a pas de suivi donc faudra aller voir un médecin ou l'ONE pour être sûr qu'il n'y ait rien derrière.* » [C3 (TMS2) - Lignes 211-214] ;
- La mise en place de structures d'accueil en journée pour les parents qui sont un peu dépassés afin de leur éviter l'épuisement (parents endettés ou avec des problèmes de santé ou psychiatriques...).
- Dans les situations de violences conjugales par exemple, prévoir un centre d'accueil pour les mamans. Les TMS de la consultation prénatale signalent que : « *L'Etat belge ne met pas beaucoup de choses en place surtout dans les violences conjugales* [C6 (TMS2) - Lignes 163-164] ... *pas beaucoup d'alternative par exemple, si c'est vraiment urgent et que la maman ne peut pas rentrer chez elle, directement > SAMU social* [C6 (TMS1) - Lignes 167-168] »
- Les consultations prénatales proposent aussi que les services de maternité prennent plus de temps avec les futures mamans ou les mamans afin de travailler certaines choses avec elles ;
- Avoir plus de temps avec les familles afin de mieux les suivre et les accompagner et proposer plus de visites à domicile ;
- Inciter les parents à venir en consultation sans pour autant les obliger ;

- Pouvoir garder le contact avec les familles en créant un certain climat de confiance ;
- Pour finir, la référente maltraitance ajoute que : « *Les TMS devraient être plus épaulées dans leur prise en charge car à elle toutes seules c'est parfois difficile dans certaines situations complexes. Peut-être qu'elles devraient être accompagnés en permanence par une personne spécialisée en psycho de l'enfance.* » [C2- Lignes 36-38].

V. Discussion

V.1. Analyse des résultats récoltés sur le terrain sur base de la littérature

Afin de répondre à la question de recherche qui est : « *Quelles sont les stratégies de prise en charge de la maltraitance infantile par les professionnels de la santé de l'ONE lors de consultations pour enfants ou consultations prénatales en région Bruxelloise ?* », il me semble pertinent d'analyser les différents éléments décrits dans la partie « Résultats » sur base de la revue de la littérature.

Connaissances sur la maltraitance infantile :

En ce qui concerne les connaissances des professionnels sur ce qu'est la maltraitance infantile, je constate que chacun à sa propre définition ou avis sur ce sujet. Mais, en réunissant les pièces du puzzle, l'ensemble des propos recueillis sur la question menait à une définition complète de la maltraitance infantile telle que définit dans la littérature : « *La maltraitance (y compris les punitions violentes) comprend des violences physiques, sexuelles et psychologiques/émotionnelles, ainsi que la négligence des nourrissons, des enfants et des adolescents de la part des parents, des personnes ayant la charge d'enfants et d'autres figures de l'autorité, le plus souvent au domicile mais aussi dans d'autres cadres comme les écoles et les orphelinats* » (Organisation mondiale de la santé, 2018). C'est-à-dire que les différents types de maltraitance revenaient plus ou moins à chaque entretien : négligence, violences conjugales, sexuelles, psychologiques, physiques. Pour certains professionnels de l'ONE, la notion de maltraitance était à distinguer de celle de négligence car l'une étant volontaire et l'autre involontaire. Ce qui rejoignait un peu cette autre définition de la maltraitance infantile : « *Est maltraitant tout comportement qui ne tient pas compte de la satisfaction des besoins d'un enfant et constitue par le fait même une entrave importante à son épanouissement. Une attitude*

maltraitante peut être intentionnelle ou le résultat de la négligence, ou des défaillances sociales » (De Becker, p 118, 2016).

Causes potentielles/ facteurs favorisant et conséquences de la maltraitance infantile :

Concernant les causes et les conséquences de la maltraitance infantile, la littérature souligne que la prise en compte des facteurs de risque permet d'identifier la maltraitance infantile et d'avoir une démarche pro-active en la matière (action et prévention). Cela consiste à constater les symptômes spécifiques, et en parallèle, à associer différents éléments relatifs aux circonstances, aux symptômes et aux facteurs de risque (Dekker et al., 2014). C'est la raison pour laquelle j'ai intégré dans mon guide d'entretien, des questions sur les causes et les conséquences de la maltraitance infantile afin de faire le point sur les connaissances des professionnels sur ces deux points.

Il ressort des résultats des différents entretiens que les professionnels de la santé de l'ONE sont bien au point avec les différentes causes et conséquences de la maltraitance infantile telles que citées dans la littérature. Ils ne les avaient bien évidemment pas cités de manière exhaustive mais l'essentiel y était car à mon avis, tout est lié au vécu et aux expériences de chacun. Le plus important est de pouvoir être attentif aux éléments inquiétants.

Enfin, à propos des facteurs de risque de la maltraitance, certaines TMS ont souligné que la maltraitance existait dans tous les milieux sociaux. Ce qui, selon la littérature, est un point important à prendre en compte lors de l'évaluation des facteurs de risque afin d'éviter le sur-/sous-diagnostic (Dekker et al., 2014). D'ailleurs, dans toutes les consultations de mon échantillon, il n'y avait pas de milieux sociaux prédominants. Il s'agissait de classes sociales mixtes (autant du point de vue culturel que socio-économique).

Rôle des professionnels dans la prise en charge :

A propos des stratégies de prise en charge de la maltraitance infantile, le KCE préconise une approche systématique (**Annexe 7**). C'est-à-dire, des approches basées sur la prévention d'une part, et d'autre part, sur l'amélioration de la détection et du signalement précoce par les professionnels. Tout ceci à condition d'avoir : une coordination et une communication efficace, un enregistrement des données, une gestion de la qualité (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2016).

-Cette prévention de la violence à l'encontre des enfants repose sur : la détection des risques pendant la période périnatale et le soutien à la parentalité en renforçant les réseaux d'aide aux parents (*par exemple des ateliers de massages pour bébés ou des ateliers prénatals...*) (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2016). Rappelons aussi que les programmes tels que l'éducation des parents, les visites à domicile des professionnels de la santé, les services prénatals...ont aussi montré leur efficacité dans la réduction des facteurs de risque connus de la maltraitance infantile (Sethi et al., 2018).

Les résultats des entretiens montrent que l'ONE intervient dans la prévention par : les visites à domicile (*permettant de repérer d'éventuels problèmes*), les permanences pour les familles qui ont besoin de plus de temps et d'attention, le suivi psychomoteur des enfants, le soutien à la parentalité (*par la mise en place d'ateliers massages et de portage par exemple*), l'accompagnement des familles dans le besoin, le suivi renforcé des femmes enceintes. L'ONE veille également à instaurer ou à maintenir un climat de confiance avec les familles (*dans le but de pouvoir garder un certain contact avec elles et leur permettre de se sentir suffisamment en confiance en cas de difficultés*) et essaie de renforcer l'estime de soi des parents et d'identifier leurs ressources (*afin d'augmenter leur potentiel de parents*). Il faut souligner aussi qu'à l'ONE, la prise en charge des débute dès la période prénatale (consultations prénatales) et est axée sur la prévention. Les professionnels de la consultation prénatale suivent les familles vulnérables ou à risque jusqu'à la naissance du bébé voire 1 mois de vie du bébé par exemple par le soutien à la parentalité (en mettant en évidence les faiblesses et forces des parents) et en orientant les parents nécessitant une prise en charge spécifique vers le psychologue par exemple. C'est le cas des parents avec une déficience mentale, une addiction, ou qui sont victimes de violences conjugales.

Ces résultats sont en parfait accord avec les propos issus de la littérature scientifique concernant les stratégies de prise en charge axée sur la prévention.

-En ce qui concerne l'amélioration de la détection et du signalement, elle est centrée sur :

- Une meilleure formation (*dans le but d'améliorer leurs connaissances sur les facteurs de risque et les aptitudes communicationnelles en cas de maltraitance infantile*) et l'information (*sur l'offre d'aide existante et les personnes à contacter*) des professionnels de 1^{ère} ligne (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2016).

Nous remarquons à travers les entretiens que l'ONE investit beaucoup dans la formation et l'information des professionnels par les différentes formations, colloques et publications mises à leur disposition. De plus, on peut constater que les professionnels interrogés étaient bien informés sur les différents sujets tels que les causes et conséquences de la maltraitance, les différents services spécialisés (*tels que : SOS – Enfants, SAJ/SPJ, la référente maltraitance ou d'autres structures secondaires comme les centres PMS/PSE, les pouponnières, les services d'accompagnement à domicile...*), la loi concernant les violences à l'encontre des enfants ainsi que leur rôle en tant que professionnel de la santé.

- Un renforcement de l'offre d'assistance et des services spécialisés (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2016).

A l'ONE, les TMS peuvent compter sur l'aide et la présence de la référente maltraitance (fonction existant depuis 15 ans) lorsqu'elles se retrouvent confrontés à des situations difficiles à gérer ou lorsqu'elles sont dans situations de doute. Cette dernière leur apporte soutien, accompagnement, assistance, suivi et assurance dans la prise en charge de la maltraitance infantile (que ce soit dans les cas de suspicions ou dans les situations avérées de maltraitance).

Rappelons qu'aux Pays-Bas, la consultation d'un expert interne en matière de maltraitance et de négligence envers les enfants (CAN) par des professionnels de la santé a fait ses preuves dans l'amélioration de la mise en œuvre par les professionnels des recommandations visant à une prise en charge optimale des familles vulnérables et leurs enfants, comme indiqué dans les lignes directives (Konijnendijk et al., 2017).

Néanmoins, la référente maltraitance estime que les TMS devraient être encore plus épaulées à ce niveau, par exemple en étant accompagnées en permanence par une personne spécialisée en psychologie de l'enfance. Ne travaillant jamais seules, les TMS peuvent aussi compter sur leurs collègues (TMS ou médecins) pour gérer des situations difficiles. Par les supervisions collectives de l'ONE, les TMS se sentent également soutenues et assistées.

Obstacles rencontrés par les professionnels :

Malgré toutes ces ressources, les professionnels de l'ONE rencontrent néanmoins quelques difficultés dans leur prise en charge. Des difficultés telles que : la solitude ressentie vis-à-vis de certaines structures spécialisées, le manque d'intercommunication entre les différentes structures,

le manque de temps parfois, des difficultés au niveau des parents, une zone grise ou incertitude parfois autour de la détection ou du signalement.

Ces résultats sont en concordance avec certains obstacles identifiés dans plusieurs études récentes sur la problématique. Ce sont par exemple : l'absence de feedback et d'intercommunication, une perception négative de l'efficacité du service social ; une réponse insatisfaisante de la part des services de protection de l'enfance, l'incertitude autour de la détection de la maltraitance directement liée à un manque de connaissances ou de formations des professionnels (Benarous et al., 2014 ; Konijnendijk et al., 2017 ; Lines et al., 2017), la peur des familles, le manque de collaboration des parents, le manque de confiance entre les professionnels et les parents, la peur de nuire aux familles, le manque de temps dans le suivi et l'accompagnement des familles (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2016 ; Haute Autorité de la Santé, 2014 ; Konijnendijk et al., 2017).

Cette similitude concernant les obstacles rencontrés par les participants et ceux cités dans la revue de la littérature montre que la prise en charge de la maltraitance infantile par les professionnels de la santé nécessite encore d'être améliorée.

Pistes d'amélioration proposés par les professionnels :

L'analyse des entretiens a mis en évidence des éléments pouvant faciliter la prise en charge par les professionnels de la santé de l'ONE : l'amélioration de l'intercommunication entre les différentes structures et les différents professionnels impliqués ; l'amélioration de la collaboration avec le SAJ/SPJ, la mise en place de structures d'accueil en journée pour les parents, envisager des centres d'accueil pour les victimes de violences conjugales par exemple, avoir plus de temps avec les familles afin de mieux les suivre et les accompagner et proposer plus de visites à domicile, garder un climat de confiance avec les familles afin d'éviter de les perdre de vue, renforcer encore plus l'accompagnement des TMS par la présence en permanence d'une personne spécialisée à leur côté.

La revue de la littérature donnait des pistes comparables pour l'amélioration de la prise en charge. Quelques éléments peuvent toutefois encore être rajoutés en se référant à la littérature. Éléments, qui, selon moi, sont tout simplement liés à l'organisation au sein d'un service à un autre, d'un pays à l'autre ou d'une communauté à l'autre. Ce sont par exemple :

-Un renforcement du feedback sur les dossiers entre service social et professionnels de santé qui permettrait de renforcer le travail en réseau ainsi que la confiance entre les services de protection de l'enfance afin de faciliter le signalement des situations de maltraitance (Benarous et al., 2014).

-La mise en place de protocoles d'action obligatoires adaptés à chaque intervenant et qui décriraient clairement les démarches à entreprendre chaque fois qu'on est face à une suspicion. (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2016).

- L'utilisation d'échelle ou d'outil d'évaluation permettant la détection des facteurs de risque ou d'éventuels problèmes dans les familles vulnérables avec enfants en bas âge (telle que l'échelle PIR-GAS ou Echelle d'évaluation globale de la relation parent-enfant) afin de proposer des services de prévention ou d'intervention précoce. Cet outil d'évaluation a été testé dans certaines pays d'Europe tels que la Chypre, la Grèce, l'Italie, le Portugal, l'Espagne et le Royaume-Uni et son utilisation a été évalué de modérée à excellente dans ces pays (Hatzinikolaou et al., 2016).

L'analyse des entretiens montre que l'ONE utilise des grilles d'évaluation telle que celle de Brazelton pour repérer la souffrance de l'enfant mais il n'existe pas encore de grilles spécifiques à la maltraitance infantile au sein de l'ONE.

- Une bonne coordination autour du soutien éducatif, avec une attention particulière pour les familles vulnérables (*Par exemple, que les consultations de l'ONE /K&G transmettent systématiquement l'ensemble des dossiers aux centres PMS/CLB lorsque l'enfant entre à l'école...*) dans le but d'assurer une bonne continuité et concertation entre les partenaires impliqués (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2016).

- Une bonne concordance entre l'aide aux adultes et l'aide à la jeunesse. C'est-à-dire que les intervenants qui s'occupent de parents à problèmes (*comme par exemple les services de santé mentale*) intègrent un « réflexe » au sujet des enfants : y a-t-il des enfants dans le ménage et quelle est leur situation ? (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2016).

- L'amélioration des connaissances et aptitudes dans les programmes de formation et dans les recyclages des prestataires de soins de santé (médecins urgentistes, généralistes, gynécologues, pédiatres, ainsi que des infirmiers, des sages-femmes, et du personnel des structures d'accueil de jour) concernant la prévention, la détection et le signalement de la maltraitance infantile. (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2016).

Même si l'ONE s'investit déjà beaucoup dans les formations de ses professionnels de la santé, une formation en amont de ces derniers relatif à la maltraitance infantile peut s'avérer utile (*par exemple, pendant leurs cursus de formation de base*).

- Le renforcement de la fonction consultative de SOS Enfants/VK afin de soutenir les prestataires de soins dans la détection et le signalement de la maltraitance infantile (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2016).

- La formation interdisciplinaire qui n'a pas été mentionné par les professionnels de l'ONE. En effet, l'OMS, recommande ce type de formation car pouvant constituer une approche économique en permettant de développer une compréhension commune de la prévention et de la sauvegarde entre partenaires et d'améliorer le travail en partenariat. Cette formation interdisciplinaire existe déjà dans certains pays comme le Royaume-Uni ou l'Allemagne (par la création d'une « Hotline » ou support téléphonique nationale de protection de l'enfance pour les professionnels de la santé) (Sethi et al., 2018).

V.2. Réflexivité sur la problématique

Au début de ma recherche, je partais avec de nombreux questionnements (cfr hypothèses de départ) car malgré tout ce que je savais déjà sur l'ONE par mon stage, je n'arrivais pas à me situer ou à faire le point sur certaines choses. J'avais donc besoin de faire un état des lieux concernant la prise en charge de la maltraitance infantile par les professionnels de l'ONE.

Après l'analyse des entretiens, on note que les professionnels interrogés apportent de nombreuses réponses quant à la prise en charge de la maltraitance infantile. Par les ressources dont ils disposent, ils sont pas mal sensibilisés et informés sur la problématique. Ce que je constate aussi c'est qu'il n'y a pas une réponse stéréotypée mais de multiples réponses possibles au cas par cas : prévention, dépistage, suivi, accompagnement, travail en réseau, etc. En revanche, lorsque les situations demeurent problématiques, certains professionnels ont du mal à « aller plus loin », c'est à dire recourir à l'information préoccupante ou au signalement.

Concernant la maltraitance infantile même, les professionnels de l'ONE ont tous des approches différentes du fait de leurs expériences, de leurs années d'ancienneté et des différentes situations rencontrées au sein des consultations. Certains rencontrent plus des situations de négligence et d'autres plus des situations de violences conjugales (*comme par exemple dans les consultations*

prénatales). Certaines situations comme les cas de violences sexuelles ou de violences physiques ont été cités même si ce sont des cas que les professionnels rencontrent très peu ou pas du tout. Ce qui pourrait peut-être s'expliquer par le fait que ces familles-là camoufleront plus les signes de ce type de maltraitance qui ne passent pas inaperçus donc on les verra moins en consultations.

On observe aussi que les professionnels de l'ONE interrogés ont les connaissances nécessaires sur les points suivants : les causes et conséquences de la maltraitance infantile, les différentes structures spécialisées, et la loi concernant le signalement.

A propos du rôle de l'ONE dans l'itinéraire de prise en charge de la maltraitance infantile, on constate que l'ONE se situe plus dans la prévention étant donné qu'une fois la maltraitance avérée, les professionnels réfèrent immédiatement aux services compétents comme le SOS-Enfants, le SAJ ou le SPJ qui prennent le relais. Pour les TMS, leur rôle se situerait dans : le dépistage des situations à risque de maltraitance et des cas de maltraitance avérée par l'observation des différents signes chez l'enfant, l'observation de la relation parents-enfant, l'identification des points forts et faibles des familles, l'identification des ressources de ces familles, l'amélioration des compétences des parents (si nécessaire), l'accompagnement et le suivi des familles (précisément les plus vulnérables) par notamment la mise en place d'ateliers ou de lieux de rencontre parents-enfants et par la prise en charge de ces familles par des structures secondaires en fonction de leur problématique (par exemple : les services de santé mentale, les pouponnières, les services d'accompagnement à domicile...). Le médecin quant à lui, observe systématiquement lors des consultations, les différents signes visibles de la maltraitance ou des situations à risque. La référente maltraitance, qui, elle n'est pas directement en contact est un véritable pilier dans cette prise en charge. Son rôle se situe dans l'accompagnement, le soutien, l'écoute, la guidance, l'assistance à la TMS (par exemple aide dans le signalement des cas) et la gestion des situations. Dans les consultations prénatales, les professionnels font plus de la prévention étant donné qu'ils ne rencontrent que les femmes enceintes. Prévention qui était donc axée sur l'accompagnement et le suivi renforcé des femmes enceintes, le dépistage des situations à risque. Si nécessaire, relayer aux consultations pour enfants et aux services spécialisés.

Dans tous les cas, les professionnels travaillent en réseau (ils ne travaillent jamais seuls) et veillent à instaurer une véritable relation de confiance avec les familles et à rester dans la

transparence avec elles (qu'elles soient collaborant ou non). Ce qui prime avant tout c'est le bien-être de l'enfant.

A propos du taux de signalement de la maltraitance infantile par les professionnels de l'ONE, les seuls chiffres récents dont on dispose sont ceux du dernier rapport d'activités de l'ONE de 2017. Dans ce rapport, seulement 4% des signalements auprès de SOS-Enfants provenaient des TMS et des milieux d'accueil. Chiffre qui est très faible, sans compter que dans ce chiffre, la proportion de TMS déposant un signalement n'est pas clairement définie. Ce chiffre ne nous dit pas non plus si les médecins de l'ONE signalent aussi. Les statistiques nous permettent de nous faire une première idée du taux de signalement mais ne permettent pas d'approfondir sur le sujet. Alors ce pourcentage de signalement est-il le reflet d'une faible proportion de situations de maltraitance infantile à l'ONE (avérées ou cas de suspicions) ou d'un défaut de détection des cas ou encore d'une difficulté de gestion des situations ?

Les différents obstacles identifiés par les professionnels peuvent donc expliquer en partie ce faible taux de signalement des situations de maltraitance infantile. Mais, également, comme l'ont mentionné certaines TMS, elles faisaient plus face à des situations de risque ou à de la négligence « sociale » comme par exemple des parents en situation de précarité ou qui sont dans des situations difficiles ou encore des mères victimes de violences conjugales.

Pour pallier ces obstacles, les professionnels de la santé proposent : l'amélioration de l'intercommunication entre les différentes structures et les différents professionnels impliqués ; l'amélioration de la collaboration avec le SAJ/SPJ, la mise en place de structures d'accueil en journée pour les parents, envisager des centres d'accueil pour les victimes de violences conjugales par exemple, avoir plus de temps avec les familles afin de mieux les suivre et les accompagner et proposer plus de visites à domicile, garder un climat de confiance avec les familles afin d'éviter de les perdre de vue, renforcer encore plus l'accompagnement des TMS par la présence en permanence d'une personne spécialisée à leur côté.

La littérature suggère quant à elle :

Un renforcement du feedback sur les dossiers entre service social et professionnels de santé et une amélioration des connaissances et aptitudes des professionnels de la santé dans leurs programmes de formation concernant la prévention, la détection et le signalement de la

maltraitance infantile (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2016) ; la mise en place de protocoles d'action obligatoires adaptés à chaque intervenant (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2016) ; l'amélioration de la communication, la coordination et la collaboration entre les différents services et secteurs concernés par cette prise en charge (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2016), une formation interdisciplinaire des professionnels de la santé car, cette approche permettrait de développer une compréhension commune des professionnels sur la problématique et favoriserait le travail en partenariat (Sethi et al., 2018) ; l'utilisation d'échelle ou d'outil d'évaluation permettant la détection des facteurs de risque ou d'éventuels problèmes dans les familles vulnérables (Hatzinikolaou et al., 2016) ; le renforcement de la fonction consultative de SOS Enfants/VK, une bonne coordination autour du soutien éducatif et une bonne concordance entre l'aide aux adultes et l'aide à la jeunesse (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2016).

Il y'a néanmoins, certains obstacles sur lesquels l'ONE ne peut avoir la main mise à mon avis. Des difficultés surtout d'ordre institutionnel telles que : le refus de suivi ou d'ouverture de dossier pour certaines familles, le manque de place dans les institutions, la limite du système belge dans certaines situations...Mettre fin à ces obstacles, remonterait à un niveau autre que l'ONE. En ce qui concerne l'absence d'intercommunication ou de feedback entre les différentes structures spécialisées, l'ONE pourrait avoir un rôle (au moins de proposition voire d'initiative).

V.3. Limites et forces du travail

Concernant le déroulement des entretiens, j'ai tenté d'être dans la plus grande neutralité possible et d'être dans la récolte unique de données sans influencer les dires des professionnels.

Cependant, en fonction de leurs disponibilités, certains entretiens ont eu lieu avec plusieurs professionnels à même temps, ce qui peut influencer leurs propos mais peut aussi permettre d'avoir plusieurs avis et opinions sur un même thématique.

Au début de ma recherche, je voulais interroger toutes les personnes pouvant rencontrer l'enfant et sa famille lors de consultations à l'ONE donc, médecins, TMS et bénévoles. Mais malheureusement, j'ai fait avec ce qu'on m'offrait sur le terrain et j'ai dû m'adapter aux disponibilités des professionnels.

Quant aux fonctions des différents professionnels, je n'ai pu interroger qu'un seul médecin (en concomitance avec une TMS). N'ayant interviewé qu'un seul médecin, et le reste étant des TMS,

l'analyse était plus dirigée sur les pratiques des TMS. Ce qui, à mon avis, ne permet pas d'avoir une vue globale sur la pratique de l'ensemble des professionnels et ne permet pas d'ouverture à d'autres contextes de prise en charge. L'échantillon était donc assez homogène.

Sur les 6 consultations où les entretiens ont eu lieu, je n'ai pu avoir qu'une seule consultation prénatale (avec 2 TMS interviewées). Encore une fois, tout dépendait de ce que les professionnels me proposaient. Néanmoins, interroger une consultation prénatale a été très bénéfique car m'a permis d'avoir une vision de la prise en charge de la maltraitance infantile (axée sur la prévention) qui démarrait dès la période prénatale.

Toujours concernant les entretiens, j'ai perdu 2 enregistrements de professionnels suite à des problèmes techniques indépendants de ma volonté. J'ai dès lors noté les points importants et clés de ces entretiens dont je pouvais encore me souvenir.

La référente maltraitance n'est pas en contact direct avec les familles, mais j'ai trouvé qu'en tant que professionnels de la santé, son témoignage était nécessaire puisqu'il permettait de voir s'il y'avait concordance entre les attentes/satisfactions des TMS vis-à-vis de son rôle et l'aide qu'elle leur offrait.

Au niveau de la représentativité de l'échantillon, l'ensemble des professionnels remplissaient bien les critères d'inclusion. Quant à l'ancienneté des professionnels interrogés, j'avais des personnes avec différentes années d'ancienneté allant d'1 à 35 années. Ce qui me paraissait assez enrichissant car permettait entre autres d'avoir une vision de l'évolution de la prise en charge de la maltraitance infantile et d'avoir des expériences différentes sur la problématique.

V.4. Pistes d'actions et/ou perspectives de recherche

A la fin de la réalisation de mon mémoire, j'ai pu relever des pistes d'action et/ou perspectives de recherche.

A propos de la problématique même de la maltraitance infantile, il serait intéressant de faire une étude sur chacun des différents types de maltraitance rencontrés au sein des consultations ONE, et de mettre en évidence ceux qu'on rencontre le plus afin de pouvoir mettre en place des stratégies de prise en charge spécifiques à chacun type de maltraitance.

Je pense qu'il pourrait être intéressant de faire une étude comparative entre les pratiques des professionnels de la santé de l'ONE avec celles des professionnels de K&G (équivalent de l'ONE

en Flandre). Car, j'ai pu constater via la littérature, que K&G mettait certaines choses en place que l'ONE ne faisait pas forcément. Par exemple, K&G utilise un instrument scientifiquement validé qui est l'échelle POS (Screening van Ernstige Problematische Opvoedingssituaties met Risico op Kindermishandeling/ Échelle « Dépistage de problèmes parentaux graves présentant un risque de maltraitance d'enfants »). Ces deux structures de la petite enfance pourraient donc s'entraider mutuellement dans l'adaptation de leur prise en charge même si ce ne sera pas chose aisée, étant donné que les politiques de santé diffèrent d'une communauté à une autre.

Un autre sujet intéressant serait d'interroger les familles pour avoir leur point de vue quant à la prise en charge dont elles bénéficient au sein des différentes consultations de l'ONE concernant la maltraitance infantile. Il serait également intéressant de comparer la prise en charge de la maltraitance infantile par des professionnels de la santé travaillant dans des services plus curatifs comme les hôpitaux avec ceux de l'ONE (service plus axé sur la prévention). Ce qui permettrait de savoir s'il existe une grande différence dans les itinéraires de prise en charge, dans les différentes ressources dont disposent ces professionnels et dans les obstacles qu'ils rencontrent.

Concernant l'échantillon, j'ai fait le choix de centrer mes entretiens sur des professionnels de la santé. Mais, mes différences recherches et la réalité sur le terrain m'ont permis de mettre en lumière les différentes formations à disposition des professionnels de l'ONE sur le sujet de la maltraitance infantile. Formations, qui étaient un véritable atout pour eux mais, à même temps, malgré ces formations, les professionnels ont encore besoin de renforcer leurs compétences sur la gestion des situations de maltraitance. Je pense qu'il serait alors intéressant dans les études futures, d'interroger les formateurs et de mettre ces difficultés de gestion en parallèle avec le discours des formateurs. Ceci favoriserait l'évolution de la démarche d'accompagnement des professionnels et permettrait de mettre en évidence leurs besoins ou attentes vis-à-vis de ces formations.

L'ONE pourrait également faire régulièrement une étude statistique sur la problématique en organisant des enquêtes pour suivre les tendances en matière de maltraitance des enfants et déterminer le succès de toute initiative de prévention. Le rapport d'activité 2017 de l'ONE contient des taux de signalement de la maltraitance infantile auprès de SOS-Enfants mais ces chiffres ne sont pas spécifiques à l'ONE et on ne distingue pas clairement l'implication des professionnels de l'ONE dans ces signalements.

L'ONE (à travers son pôle recherche), pourrait aussi mener des enquêtes auprès des différents professionnels de la santé (médecins, TMS, bénévoles...) rencontrant les enfants et leurs familles dans le but d'identifier les lacunes de ces professionnels et de pouvoir adapter leur prise en charge.

A propos de la pratique des professionnels de la santé, je pense que la formation interdisciplinaire citée dans la littérature pourrait beaucoup aider dans la prise en charge des situations de maltraitance. Parce que même si les professionnels interrogés ont une bonne connaissance sur la maltraitance infantile, ils n'ont pas tous la même définition, vision ou approche de la problématique. Avoir un langage commun sur le sujet facilitera certainement l'identification et le signalement des situations.

La mise en place d'outils de dépistage ou de prise en charge adaptés à la maltraitance infantile pourrait aussi être bénéfique car aidera les professionnels à être plus structurés dans leur prise en charge et à ne pas se sentir dépassés par certaines situations. Attention que l'utilisation de cet outil doit se faire avec un certain jugement clinique du professionnel de la santé en s'adaptant à chaque situation et à chaque famille dans la prise en charge.

VI. Conclusion

La littérature montre que la maltraitance infantile est considérée comme un réel problème de santé publique pour l'enfant au même titre que les autres pathologies chroniques. C'est une affection grave, encore fort répandue et avec de nombreuses conséquences pour l'enfant. Elle doit donc être appréhendée comme telle, on ne peut rester indéfiniment dans l'inquiétude et le doute pour ces enfants.

D'où l'objet de mon travail qui traite de la question suivante : « *Quelles sont les stratégies de prise en charge de la maltraitance infantile par les professionnels de la santé de l'ONE lors de consultations pour enfants ou consultations prénatales en région Bruxelloise ? : Etats des lieux et pistes d'améliorations* ».

Ce travail n'a pas la prétention d'avoir réalisé une analyse complète des pratiques de ces professionnels au regard de la question de recherche, il a juste la prétention d'avoir apporté une petite contribution au savoir des professionnels de la santé de l'ONE dans le but de faire le point sur leurs pratiques dans la prise en charge de la maltraitance infantile et ainsi proposer des pistes d'amélioration via la littérature scientifique.

Dans cette étude, ont été interrogés 14 professionnels de la santé de l'ONE (dont 12 TMS, 1 médecin et une référente maltraitance) en région Bruxelloise au cours d'entretiens semi-directifs de 25 à 55 minutes.

L'analyse de ces entretiens montre que l'ONE s'investit beaucoup dans la prise en charge de la maltraitance infantile et que les professionnels de l'ONE se sentent tous concernés par cette problématique. Les stratégies de prise en charge identifiées sont axées sur : la prévention (par les visites à domicile, les permanences, le soutien à la parentalité, le suivi précoce des femmes enceintes...), le dépistage, le travail en réseau entre professionnels et de collaboration avec les familles, faire appel aux services compétents, l'accompagnement et le soutien des familles, l'amélioration des compétences des parents, la transparence avec les familles, l'instauration d'une relation de confiance avec les familles, le travail du lien parent-enfant ... Les professionnels de la santé se sentent également soutenus par les différentes ressources mises à leur disposition par l'ONE telles que les formations, les supervisions collectives, la présence de la référente maltraitance. Ils disposent donc de pas mal de connaissances sur le sujet, par exemple, ils

identifient facilement les différents types de maltraitance, les causes et conséquences ainsi que les différentes structures spécialisées dans la prise en charge.

Mais certains facteurs les entravent dans leur prise en charge, notamment : la solitude ressentie vis-à-vis de certaines structures spécialisées, le manque d'intercommunication entre les différentes structures, le refus ou défaut de suivi des familles par les services compétents, le manque de places dans les institutions, la limite du système belge dans certaines situations, le manque de temps parfois dans l'accompagnement et le suivi des familles, une zone grise ou incertitude parfois autour de la détection ou du signalement, la peur d'engager des procédures, une limite dans leur propre rôle dans la prise en charge de la maltraitance infantile, la multitude d'intervenants autour d'une famille et des difficultés au niveau des parents (*par exemple refus de collaboration des familles, peur des familles, histoire culturelle des familles...*).

Ces résultats sont en accord avec plusieurs études réalisées sur le sujet.

Dans ces entretiens, on se sera également attaché à mettre en lumière les stratégies facilitantes proposées par les professionnels de la santé et celles recommandées dans la littérature scientifique. Car, malgré toutes les stratégies mises en place par l'ONE, les résultats montrent que la prise en charge de la maltraitance infantile par les professionnels de la santé nécessite encore d'être améliorée.

On l'aura compris, les professionnels de l'ONE jouent un véritable rôle de prévention, d'information, d'éducation et de détection des situations à risque de maltraitance ou de maltraitance avérée. La problématique de la prise en charge de la maltraitance infantile est très complexe, puisque qu'elle nécessite de prendre en compte en même temps les parents et leurs enfants tout en s'adaptant à leur contexte. Mais, lorsque des signes évidentes transparaissent et que le doute s'installe, il faut agir, peu importe les moyens pour préserver le bien-être de l'enfant.

Pour finir, je dirai que mon travail n'est qu'une petite approche de la problématique, car les soins des santé étant en perpétuel changement, la question du rôle des professionnels dans la prise en charge de la maltraitance infantile nécessite encore d'être creusée et qui sait peut-être qu'à l'avenir de nouvelles perspectives verront le jour...

Bibliographie

- Aujoulat, I. (2018-2019). *Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique*. Syllabus. Université Catholique de Louvain, Woluwé Saint-Lambert.
- Axe II Classification des Troubles de la relation. (2009). *Médecine & Hygiène / Devenir* 5, 71-83. Doi : 10.3917/dev.hs95.0071.
- Benarous, X., Consoli, A., Raffin, M., & Cohen, D. (2014). Abus, maltraitance et négligence:(1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence*, 62(5), 299-312. Doi : 10.1016/j.neurenf.2014.04.0050222-9617.
- Benarous, X., Consoli, A., Raffin, M., & Cohen, D. (2014). Abus, maltraitance et négligence:(2) prévention et principes de prise en charge. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence*, 62(5), 313-325. Doi : 10.1016/j.neurenf.2014.04.0100222-9617.
- Chen, M., & Chan, KL. (2016). Effects of parenting programs on child maltreatment prevention: a meta-analysis. *Trauma Violence Abuse* 17(1), 88–104. Doi : 10.1177/1524838014566718.
- Christian, C. W. (2012). La violence physique à l'égard des enfants : un tour d'horizon. Maltraitance des enfants. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. En ligne : <http://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/dossiers-complets/fr/maltraitance-des-enfants.pdf>, consulté le 08 Octobre 2018.
- Collin-Vézina, D., & Milne, L. (2012). L'agression sexuelle d'enfants : un tour d'horizon. Maltraitance des enfants. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. En ligne : <http://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/dossiers-complets/fr/maltraitance-des-enfants.pdf>, consulté le 08 Octobre 2018.
- De Becker, E. (2016). Discussion des notions de victime et de traumatisme en lien aux situations de maltraitance d'enfants. *Psychothérapies*, 36(2), 111-122. Doi : 10.3917/psys.162.0111.
- Dekker, N., Smets, K., Kaïret, K., & Peremans, L. (2014). Recommandations de Bonne Pratique-Maltraitance infantile. *Société Scientifique de Médecine Générale*. En ligne : <https://www.ssmg.be/wp->

- [content/images/ssmg/files/PDF/RBP_maltraitance_infantile_2014.pdf](#), consulté le 08 Octobre 2018.
- Dubowitz, H., & Poole, G. (2012). La négligence à l'égard des enfants : un tour d'horizon - Maltraitance des enfants. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. En ligne : <http://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/dossiers-complets/fr/maltraitance-des-enfants.pdf>, consulté le 08 Octobre 2018.
 - Fédération Wallonie Bruxelles. (2018). SAJ-SPJ. En ligne : <http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=6485>, consulté le 20 Octobre 2018.
 - Furlong, M., McGiloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, SM., & Donnelly, M. (2013). Cochrane review : behavioural and cognitivebehavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years (review). *Evid Based Child Health* 8(2), 318–692. Doi : 10.1002/14651858.CD008225.pub2.
 - Hatzinikolaou, K., Karveli, V., Skoubourdi, A., Zarokosta, F., Antonucci, G., Visci, G. *et al.* (2016). Using the parent-infant relationship global assessment scale to identify caregiver-infant/toddler dyads with abusive relationship patterns in six european countries. *Infant Ment Health Journal* 37 (4), 335-55. Doi : 10.1002 / imhj.21577.
 - Haute Autorité de la Santé. (2014). Maltraitance des enfants y penser pour repérer, savoir réagir pour protéger – Questions/réponses. *Service Presse*. En ligne : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/questions-reponses_maltraitance_enfants.pdf, consulté le 03 Août 2018.
 - Haute Autorité de la Santé. (2014). Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. *Rapport d'élaboration*. En ligne : <https://www.has-sante.fr/portail/>, consulté le 03 Août 2018.
 - Haute Autorité de la Santé. (2017). Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement » – Recommandation de bonne pratique. En ligne : www.has-sante.fr, consulté le 03 Août 2018.
 - Hillis, S., Mercy, J., Amobi, A., & Kress, H. (2016). Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics*. 137(3) : e20154079. En ligne : www.aappublications.org/news, consulté le 9 Novembre 2018.

- Konijnendijk, AAJ., Boere-Boonekamp, MM., Kaya, AH., Haasnoot, ME., & Need, A. (2017). In-house consultation to support professionals' responses to child abuse and neglect: Determinants of professionals' use and the association with guideline adherence. *Child Abuse & Neglect*, 69, 242-251. Doi: 10.1016 / j.chiabu.2017.04.025.
- Labbé, J. (2013). La maltraitance envers les enfants et vous / Child abuse and you. *Paediatr Child Health*, 18 (8), 403-405. Doi : [10.1093/pch/18.8.403](https://doi.org/10.1093/pch/18.8.403).
- Lines, LE., Hutton, AE., & Grant, J. (2017). Integrative review : nurses' roles and experiences in keeping children safe. *Journal of Advance Nursing*, 73(2), 302-322. Doi: 10.1111/jan.13101.
- Lundahl, BW., Nimer, J., & Parsons, B. (2006). Preventing child abuse : a meta-analysis of parent training programs. *Res Soc Work Pract.* 16(3), 251–62. Doi : 10.1177/1049731505284391.
- Maltraitance des enfants : Synthèse. In : Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. MacMillan HL, éd. Thème. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. En ligne : <http://www.enfant-encyclopedie.com/maltraitance-des-enfants/synthese>. Actualisé : Février 2012, consulté le 8 novembre 2018.
- Mejdoubi, J., Van den Heijkant, S, Van Leerdam, F-JM., Heymans, M-W., Crijnen, A., Hirasing, R-A. (2015). The Effect of VoorZorg, the Dutch Nurse-Family Partnership, on Child Maltreatment and Development: A Randomized Controlled Trial. *PLOS-ONE*. Doi: 10.1371/journal.pone.0120182.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). Child abuse and neglect- *Clinical guideline [NG76]*. En ligne : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng76/chapter/Recommendations#therapeutic-interventions-for-children-young-people-and-families-after-child-abuse-and-neglect>, consulté le 10 Octobre 2018.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2009 et mis à jour en 2017). Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s-*Clinical guideline [CG89]*. En ligne : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg89/resources/child-maltreatment-when-to-suspect-maltreatment-in-under-18s-pdf-975697287109>, consulté le 10 Octobre 2018.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Domestic violence and abuse: multi-agency working- *Public health guideline [PH50]*. En ligne :

<https://www.nice.org.uk/guidance/ph50/resources/domestic-violence-and-abuse-multiagency-working-pdf-1996411687621>, consulté le 01 Octobre 2018.

- Noirhomme-Renard, F., Lafalize, A., Gosset, C. (2018). Les enfants négligés : le regard d’enseignants de classes maternelles et primaires. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 31(1), 40-45. Doi : 10.1016/j.jpp.2017.11.001.
- Office de la naissance et de l’enfance. (2017). L’ONE en chiffres : rapport d’activités 2017. *Service SOS Enfants de l’ONE*. En ligne : http://www.one.be/uploads/tx_ttproducts/datasheet/rapport_activite_2017_chiffres.pdf, consultée le 13 Mars 2019.
- Office de la naissance et de l’enfance. (2015). *L’ONE en chiffres 2015*. Bruxelles. En ligne : http://www.one.be/uploads/tx_ttproducts/datasheet/05_RA_2015_ONE_en_chiffres_01.pdf, consulté le 24 Octobre 2018
- Office de la naissance et de l’enfance. (2015). *L’organisation de l’ONE 2015*. Bruxelles. En ligne : http://www.one.be/uploads/tx_ttproducts/datasheet/02_RA_2015_Organisation_ONE.pdf, consulté le 24 Octobre 2018.
- Office de la naissance et de l’enfance. (2015). *Les consultations pour enfants de l’ONE*. Bruxelles. En ligne : <http://www.one.be/professionnels/suivi-medico-social/consultations-pour-enfants/>, consulté le 24 Octobre 2018.
- Office de la naissance et de l’enfance. (2014). *Les équipes SOS Enfants-A l’attention des professionnels*. Bruxelles. En ligne : http://www.one.be/fileadmin/user_upload/professionnels/SOS/DOCBR0055_-_SOS_Enfants_-_Brochure_Professionnels_2014.pdf, consulté le 24 Octobre 2018.
- Office de la naissance et de l’enfance. (2015). *Les Référents Maltraitance*. Bruxelles. En ligne : <http://www.one.be/index.php?id=3105>, consulté le 24 Octobre 2018.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *INSPIRE Sept stratégies pour mettre fin à la violence à l’encontre des enfants*. En ligne : https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/fr/, consulté le 03 Août 2018.

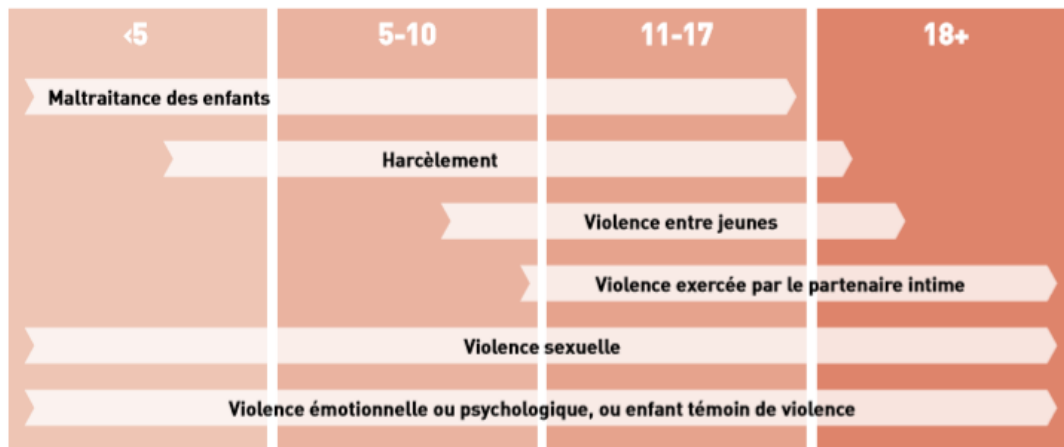
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *La violence à l'encontre des enfants*. En ligne : <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/violence-against-children/fr/>, consulté le 03 Août 2018.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *La maltraitance des enfants*. En ligne : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> , consulté le 03 Août 2018.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *Plan d'action mondial de l'OMS visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants*. En ligne : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/global-plan-of-action/fr/>, consulté le 03 Août 2018.
- Renard, F., Blavier, A., Lachaussée, S., Monville, C., Nihoul, C., & Gosset, C. (2016). Le médecin scolaire et la suspicion de maltraitance à enfant : Vers des recommandations de bonnes pratiques dans l'intérêt de l'enfant. *Revue médicale Liège* 71 (10), 428-434. En ligne : <https://orbi.uliege.be/handle/2268/203880>, consulté le 10 Novembre 2018.
- Sethi,D., Yon, Y., Parekh, N., Anderson, T., Huber, J., Rakovac, I. *et al.* (2018). European status report on preventing child maltreatment. *Organisation Mondiale de la Santé - Regional Office for Europe*. En ligne : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/381140/wh12-ecm-rep-eng.pdf?ua=1, consulté le 03 Février 2019.
- Vanthournout, B. (2017). La prise en soins de l'enfant victime ou suspecté victime de maltraitance. *Revue Médicale de Bruxelles*, 38, 214-217. En ligne : <https://www.amub.be/revue-medicale-bruxelles/download/1303>, consulté le 10 Novembre 2018.
- Vinck, I., Christiaens, W., Jonckheer, P., Veereman, G., Kohn, L., Dekker, N. *et al.* (2016). Comment améliorer la détection de la maltraitance infantile ? Health Services Research (HSR). Bruxelles : *Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE)* : Reports 269Bs.
- Wekerle, C. (2012). La violence psychologique - *Maltraitance des enfants*. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. En ligne : <http://www.enfant->

encyclopedie.com/sites/default/files/dossiers-complets/fr/maltraitance-des-enfants.pdf,
consulté le 08 Octobre 2018.

Annexes

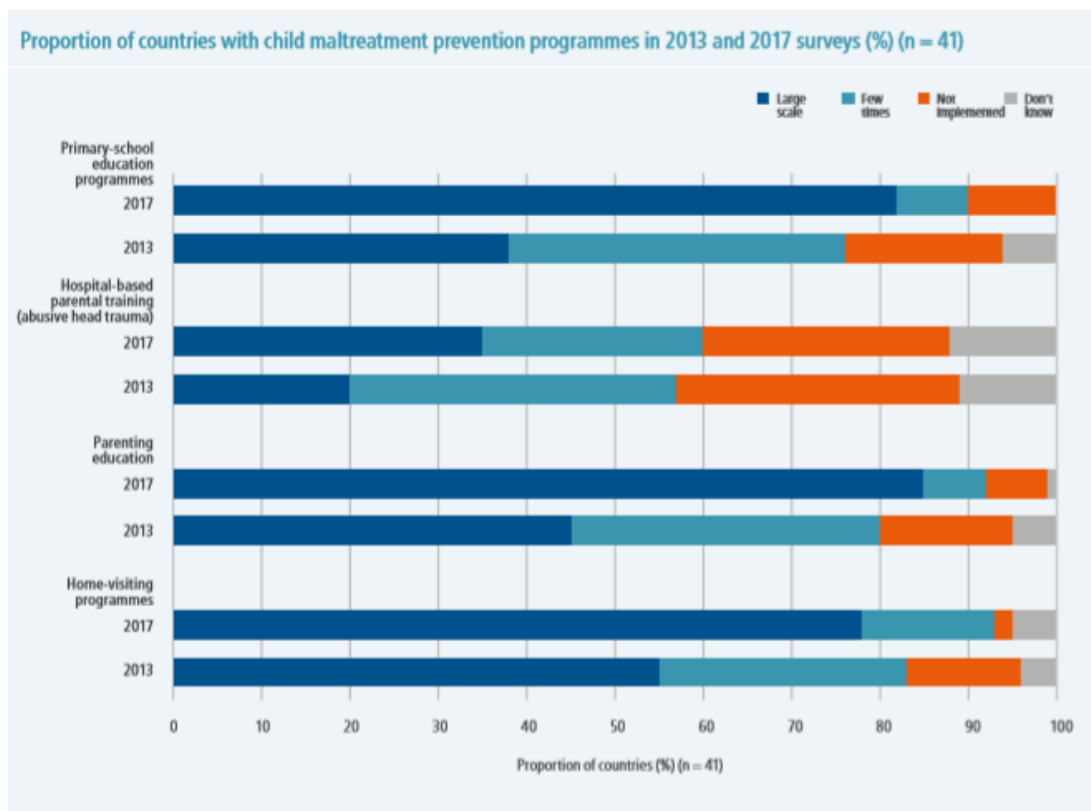
Annexe 1 – La maltraitance infantile en fonction de l'âge

La violence à l'encontre des enfants prend des formes différentes selon les âges

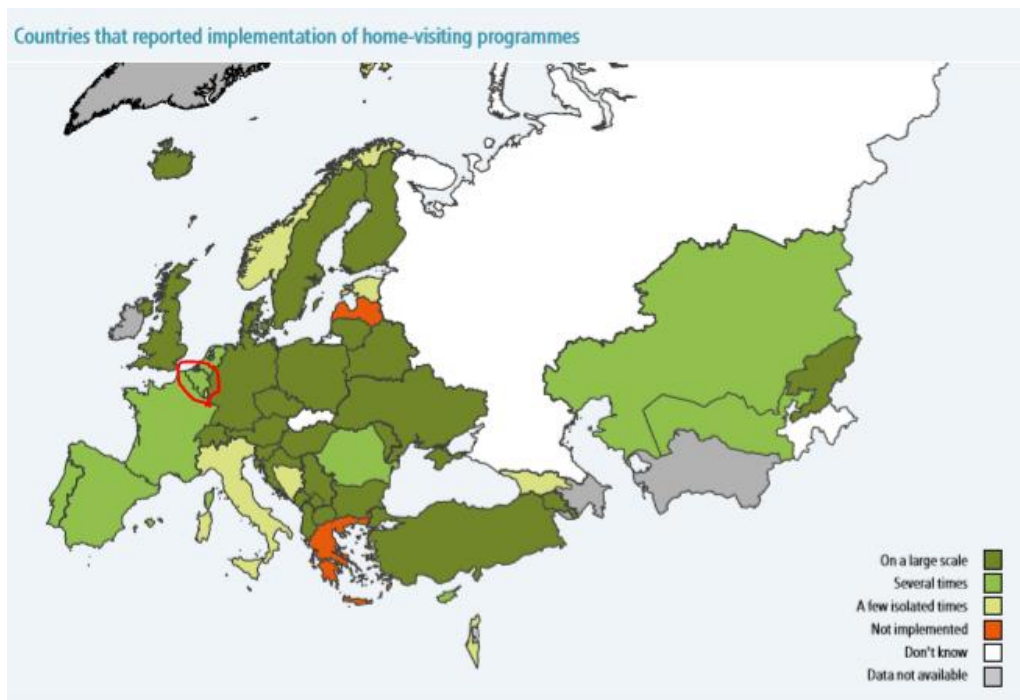


(Organisation Mondiale de la Santé, 2016)

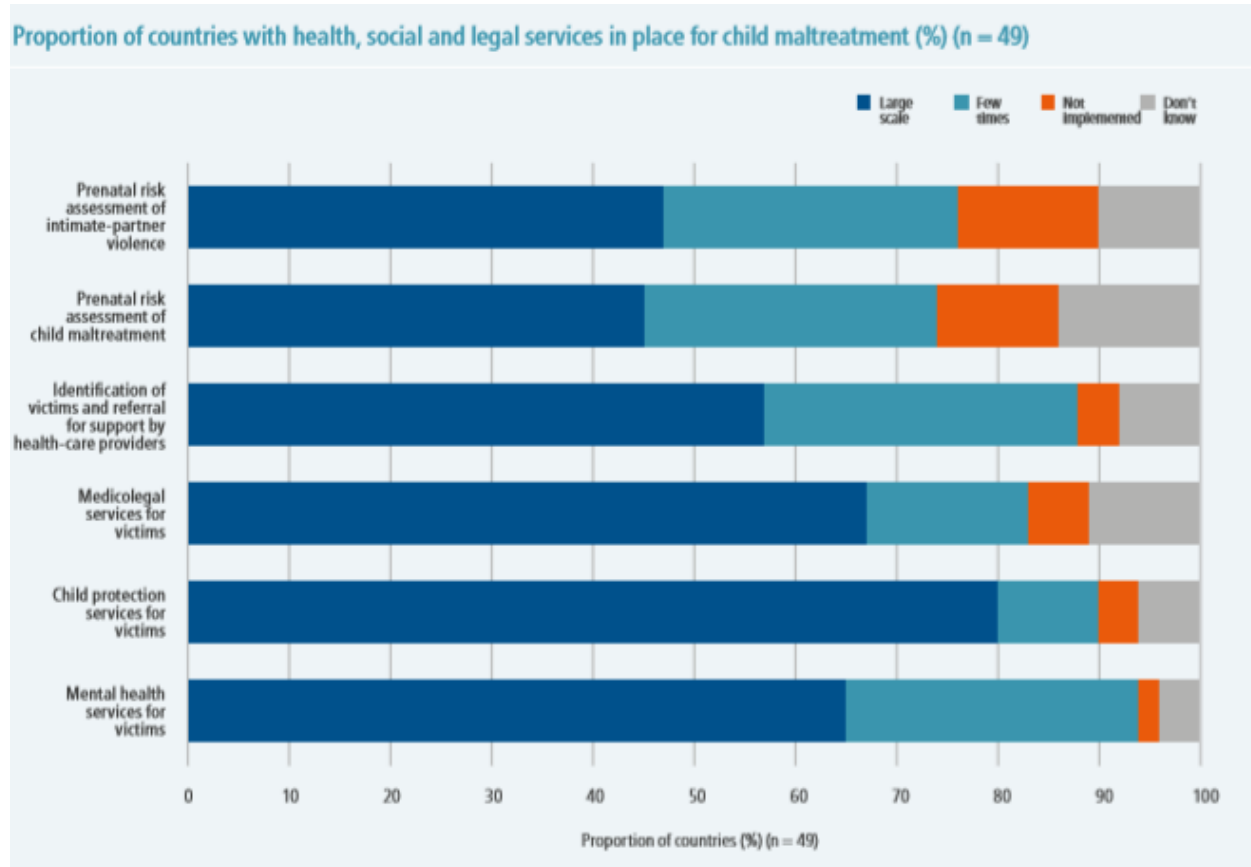
Annexe 2 - Proportion de pays dotés de programmes de prévention de la maltraitance infantile



Annexe 3 - Pays ayant signalé la mise en œuvre de programmes de visites à domicile



Annexe 4 - Proportion de pays disposant de services de santé, sociaux et juridiques en matière de maltraitance envers les enfants



Annexe 5 – Echelle d'évaluation globale de la relation parent-enfant (PIRGAS)

Traduction de l'échelle PIR-GAS

L'échelle comporte dix niveaux permettant de décrire le fonctionnement général d'une relation. La traduction de ces niveaux s'est opérée de la manière suivante :

- 91-100 Bien adaptée (*Well adapted*)
- 81-90 Adaptée (*Adapted*)
- 71-80 Légèrement perturbée (*Perturbed*)
- 61-70 Significativement perturbée (*Significantly Perturbed*)
- 51-60 Altérée (*Distressed*)
- 41-50 Très altérée (*Disturbed*)
- 31-40 Pathologique (*Disordered*)
- 21-30 Sévèrement pathologique (*Severely Disordered*)
- 11-20 Massivement atteinte (*Grossly Impaired*)
- 1-10 Maltraitance avérée (*Documented maltreatment*)

Le terme « adaptée », utilisé pour les niveaux 81 à 100 traduit le fait que la relation est harmonieuse, réciproque, et contribue au développement de l'enfant. Le terme « perturbée », utilisé pour les niveaux 61 à 80, exprime l'idée que la relation est affectée par des difficultés transitoires dont le périmètre est circonscrit et ne menace pas la dynamique relationnelle elle-même. Le terme « altérée » décrit les niveaux 41 à 60 et traduit une atteinte de la relation plus profonde, élargie et persistante. En deçà de ce niveau (inférieur à 41), le terme « pathologique » exprime le fait qu'un diagnostic de Trouble de la Relation sur l'Axe II devient légitime.

(Axe II Classification des Troubles de la relation., 2009).

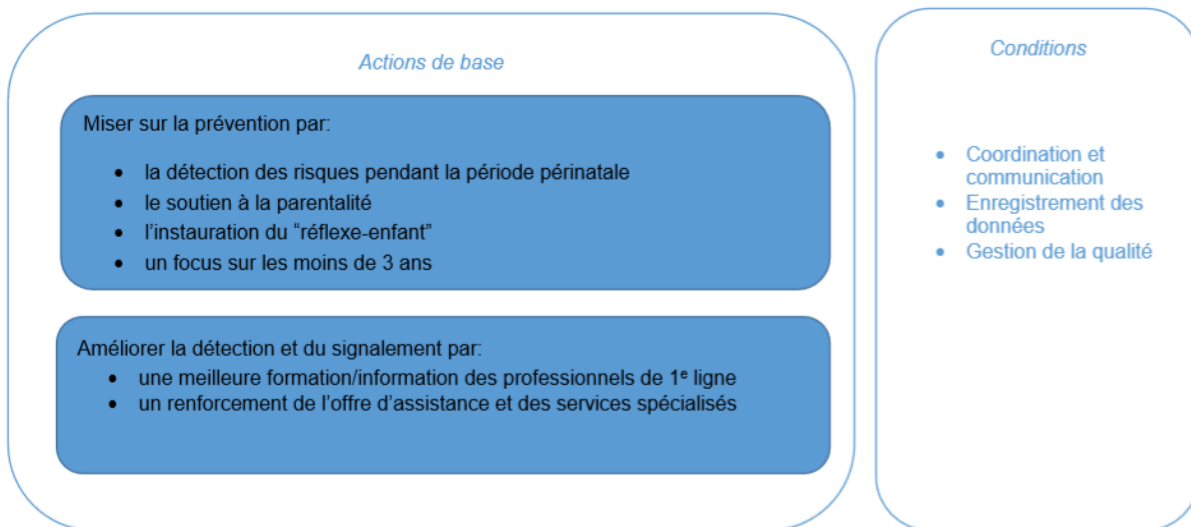
Annexe 6 - CAN guideline

Key activities described in the CAN guideline (Wagenaar-Fischer et al., 2010).

- Risk assessment based on protective and risk factors;
- Discussing suspicions with caregiver(s) and/or child;
- Consulting an in-house expert on child abuse and neglect;
- Consulting the regional child protection service: the Advice and Reporting Center;
- Requesting information from professionals outside the child health care organization who are also involved with the family;
- Acting: providing support, referring the family to other organizations for support or reporting suspicions to the Advice and Reporting Center;
- Monitoring the support that is provided to the family and taking action again if the support is inadequate.

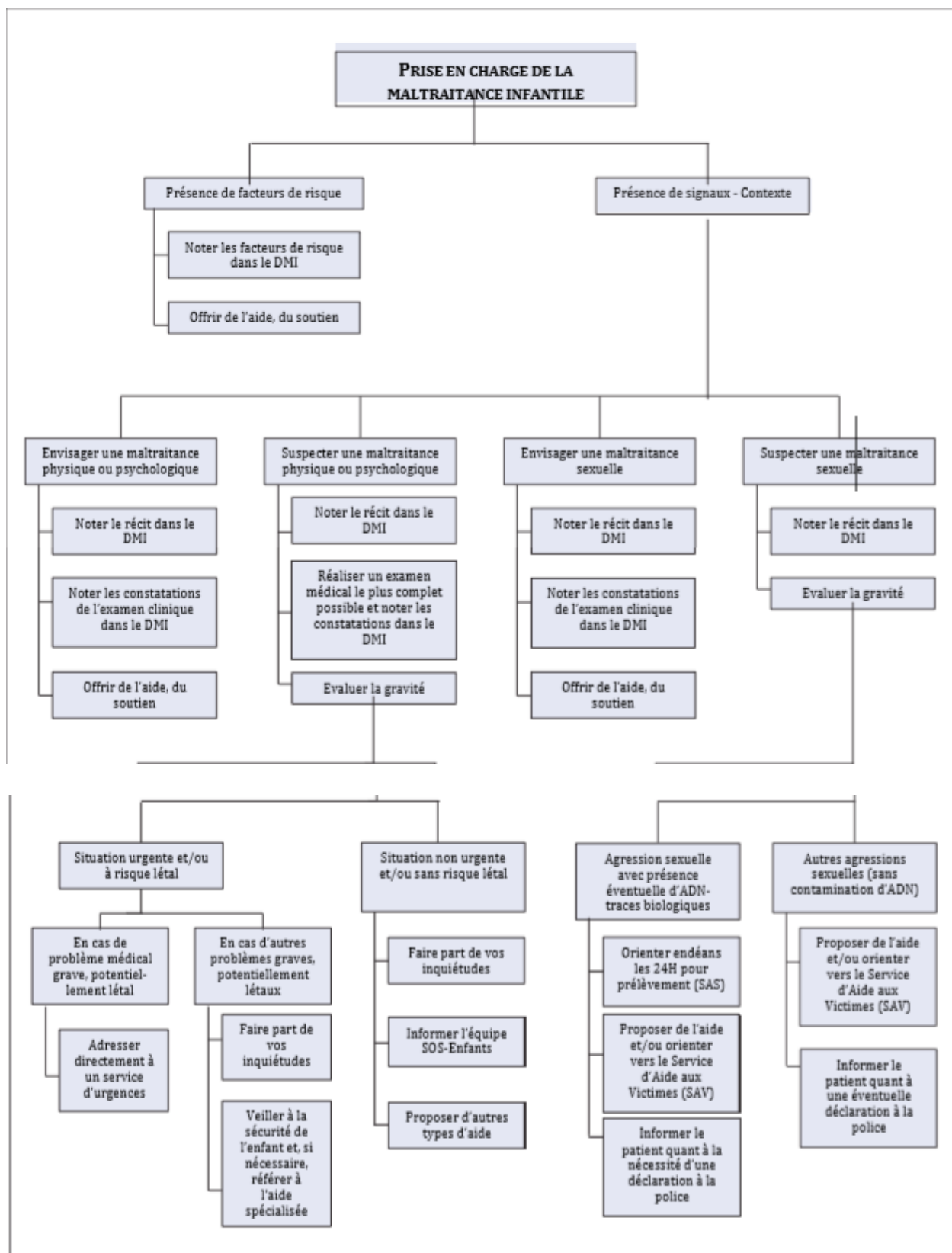
(Cité par Hatzinikolaou et al., 2016)

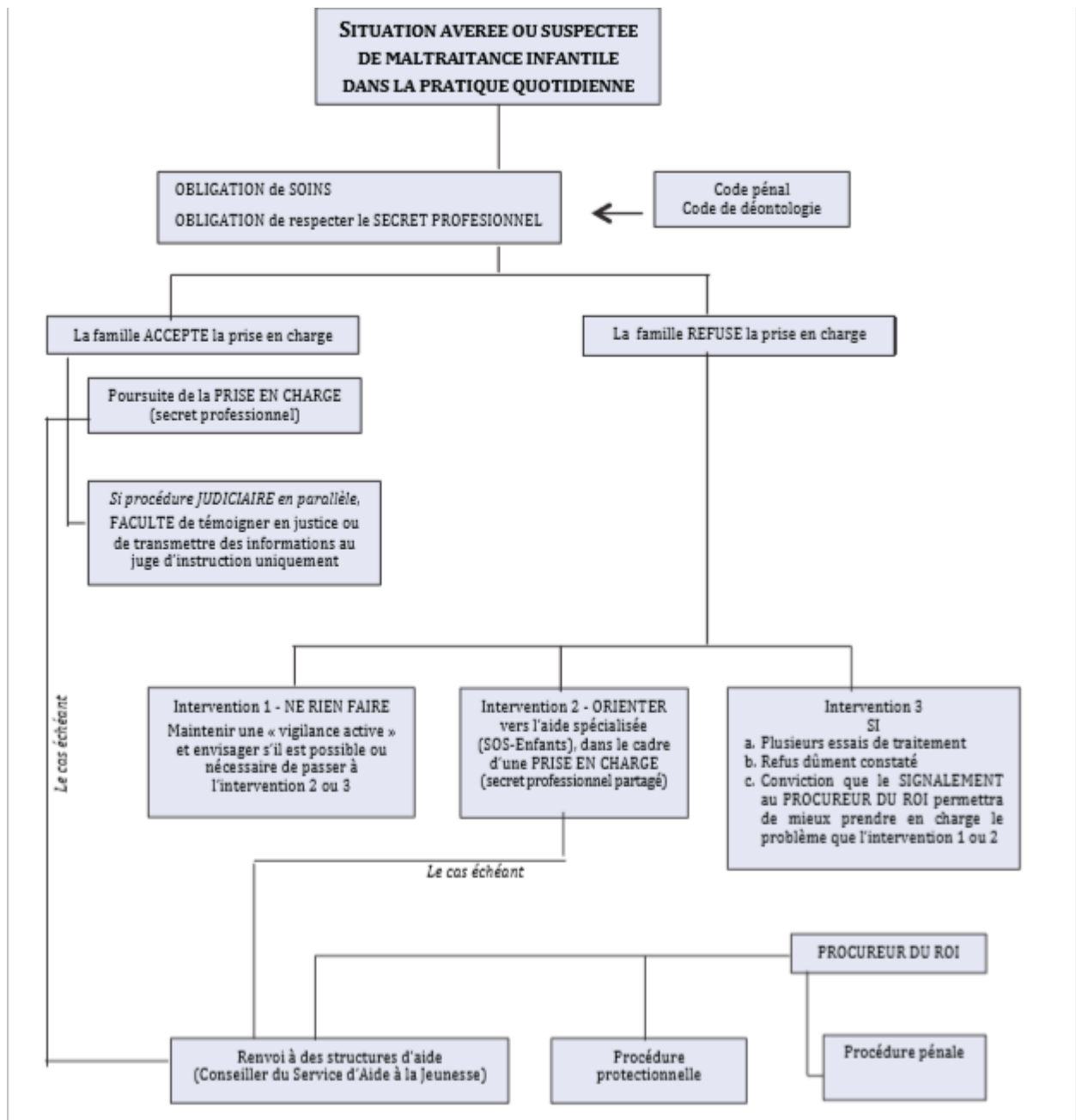
Annexe 7 - Approche à différents niveaux proposés par le KCE



(Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2016)

Annexe 8 - Algorithme décisionnel





(Dekker et al., 2014 en collaboration avec SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement – SSMG/CUMG-ULB)

Guide d’entretien

Introduction

Bonjour Mr/Mme X, je suis M’Balial Oularé, étudiante en master en science de la santé publique. Cette année, dans le cadre de mon mémoire qui traite de la prise en charge de la maltraitance infantile par les professionnels de la santé : « *Quelles sont les stratégies de prise en charge de la maltraitance infantile par les professionnels de la santé de l’ONE lors de consultations pour enfants ou consultations prénatales en région Bruxelloise ?* », je souhaite, via des entretiens semi-directifs (analyse qualitative), interroger des professionnels de la santé de l’ONE au sein d’une structure de consultation (Médecins, TMS). Par la suite de ces entretiens, je ferai une analyse des pratiques de ces professionnels, en terminant par une comparaison avec les recommandations de la littérature scientifique. Tout ceci avec un objectif principal qui est de mettre en évidence les pratiques (plus probantes possibles) et les connaissances (les plus récentes possibles) à disposition des professionnels de la santé de l’ONE dans les situations de maltraitance infantile.

Étant dans cette situation, je vous ai contacté pour participer à cet entretien.

Êtes-vous d’accord que j’enregistre l’entretien ? Vous avez la possibilité de l’interrompre à tout moment.

Toutes les informations que vous me partagerez resteront confidentielles et votre identité ne sera pas spécifiée dans mon travail. Votre anonymat est donc garanti. Certains de mes professeurs auront accès à cet entretien ainsi que mon promoteur de mémoire.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

- **Pouvez-vous vous présenter et dire quelques mots à propos de votre parcours professionnel ainsi que votre fonction au sein de l’ONE ?**

- **Comment décririez-vous le milieu social et culturel de votre antenne de consultation ONE ?**
- **Que savez-vous sur la maltraitance infantile ?**
- **Selon vous, quels sont les causes potentielles/ facteurs favorisant de la maltraitance infantile ?**
- **Pouvez-vous me citer quelques signes et/ou conséquences de la violence à l'encontre des enfants ?**
- **Pouvez-vous me citer les principales structures spécialisées dans les situations de maltraitance infantile ?**
- **Que dit la loi sur le signalement ou la détection de situation maltraitance ?**
- **Dans le cadre de votre fonction, avez-vous déjà été confronté à une situation de suspicion de maltraitance ou de maltraitance avérée ?**

Si oui, pouvez-vous me raconter et m'expliquer quelle a été votre prise en charge pour ce cas précis ?

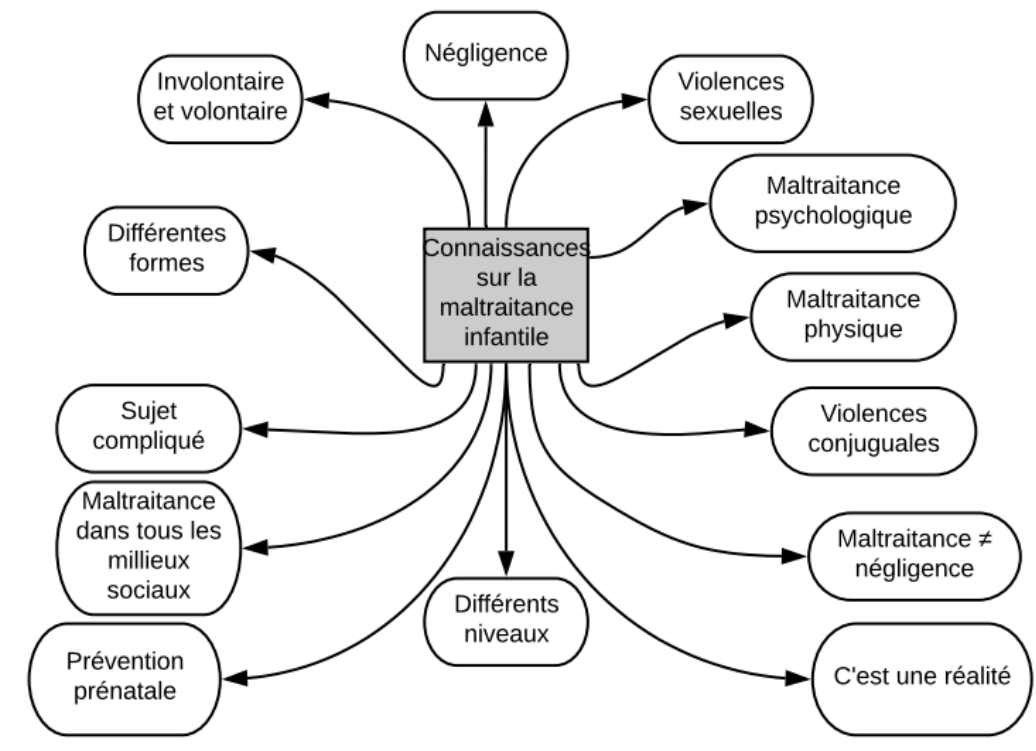
- **Selon vous, quel est votre rôle dans la prise en charge de la maltraitance infantile ? Qu'en est – il de celui de l'ONE en général ?**
- **Quelles sont les actions mises en place par l'ONE pour prévenir la maltraitance infantile ?**
- **Rencontrez-vous des obstacles quant à la prise en charge ? si oui lesquelles ?**
- **Qu'est-ce qui vous aiderait alors dans votre prise en charge ?**

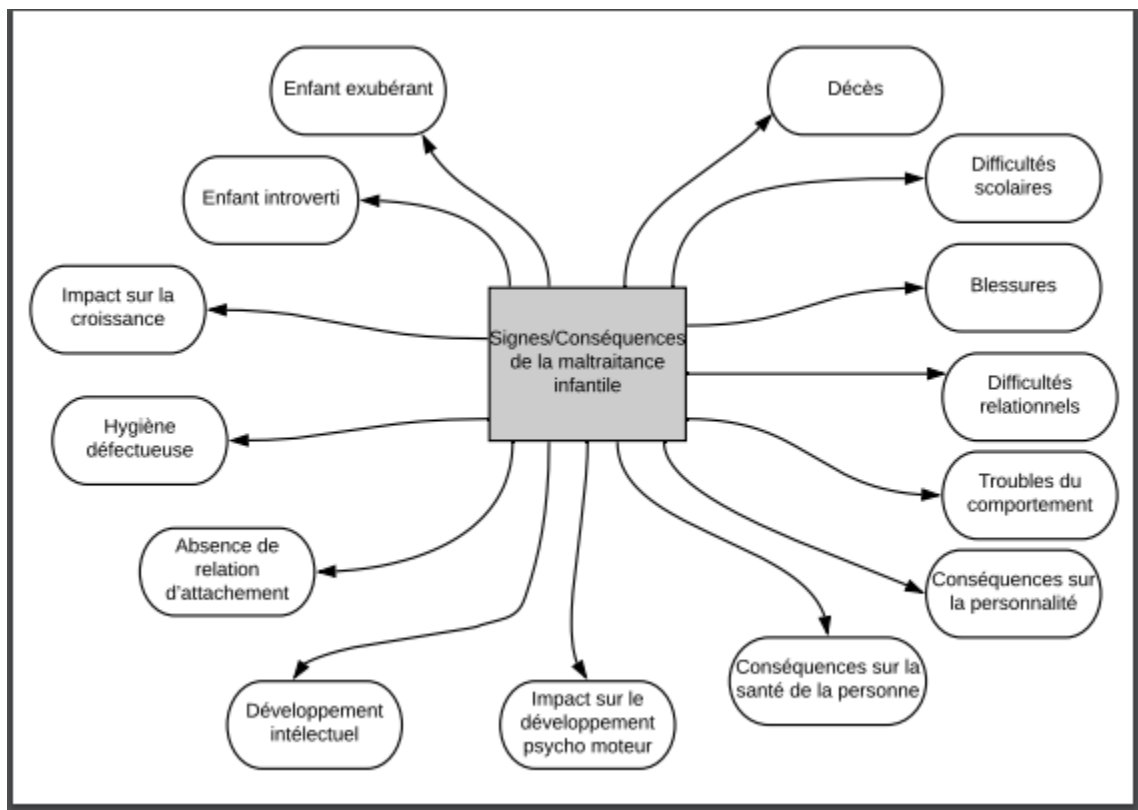
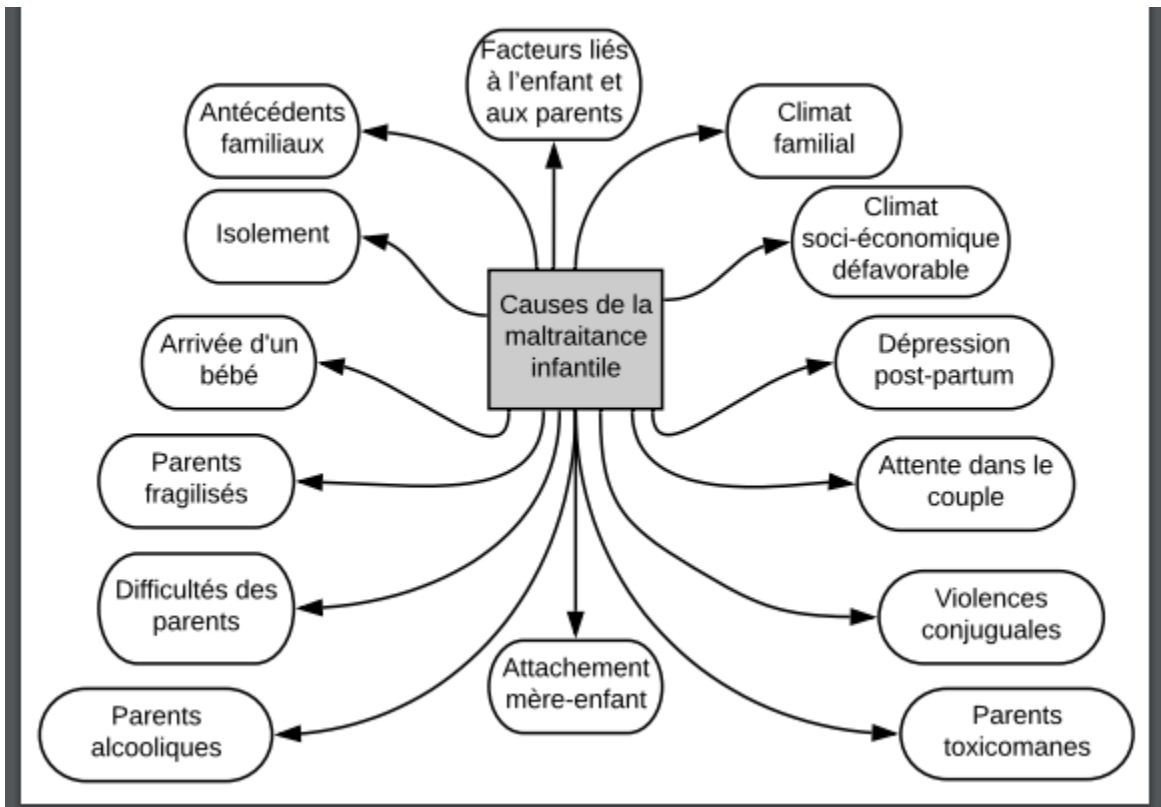
Conclusion

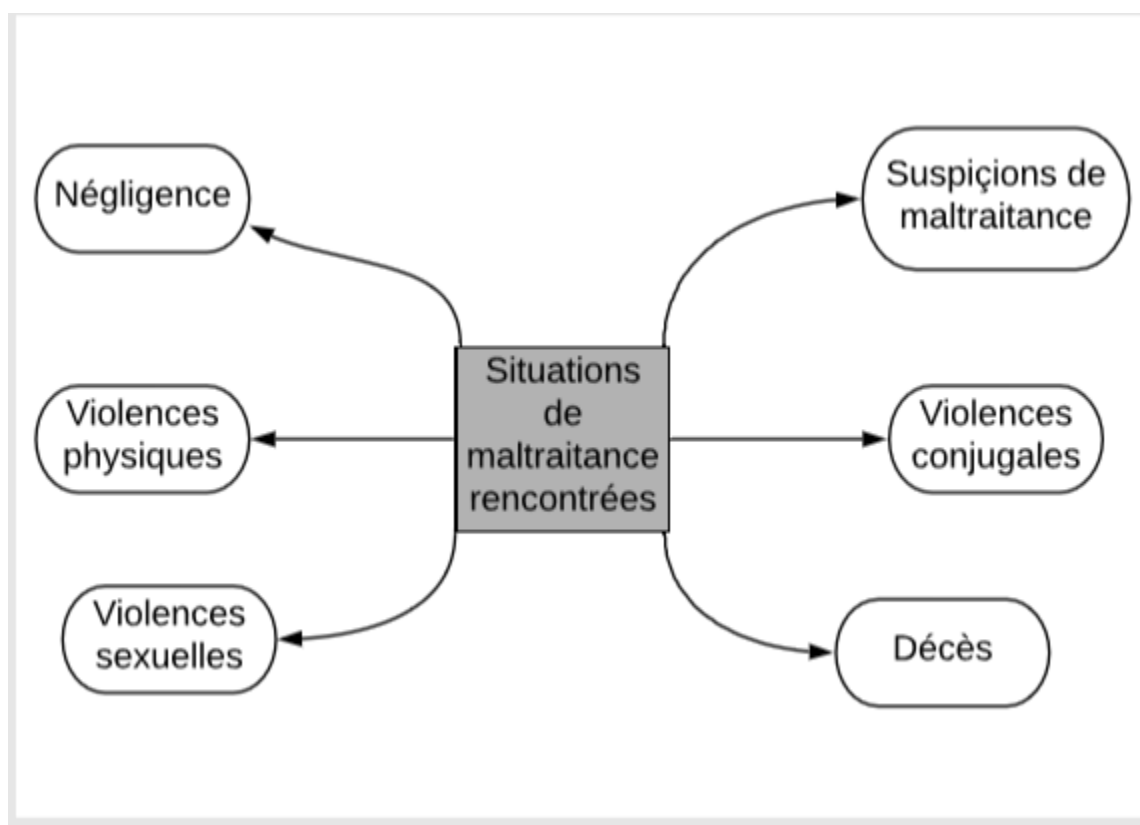
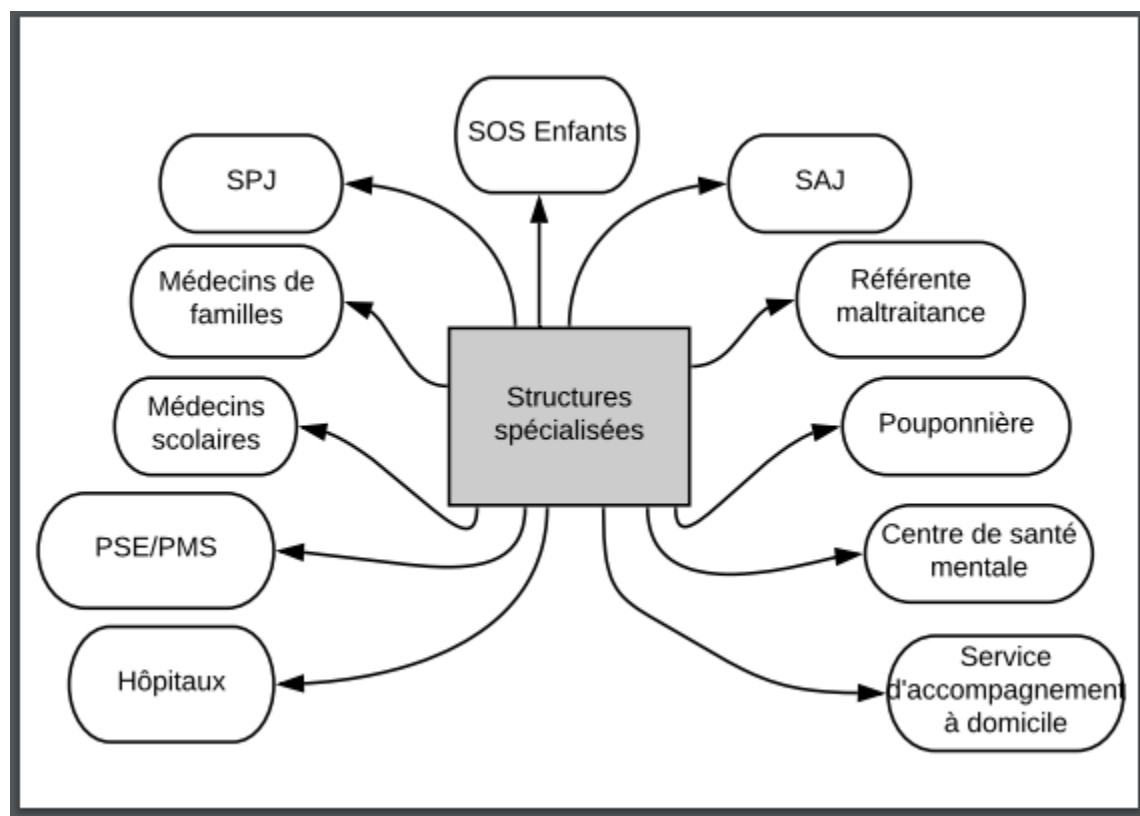
L'entretien est terminé, voulez-vous ajouter quelque chose, un commentaire, une précision ?

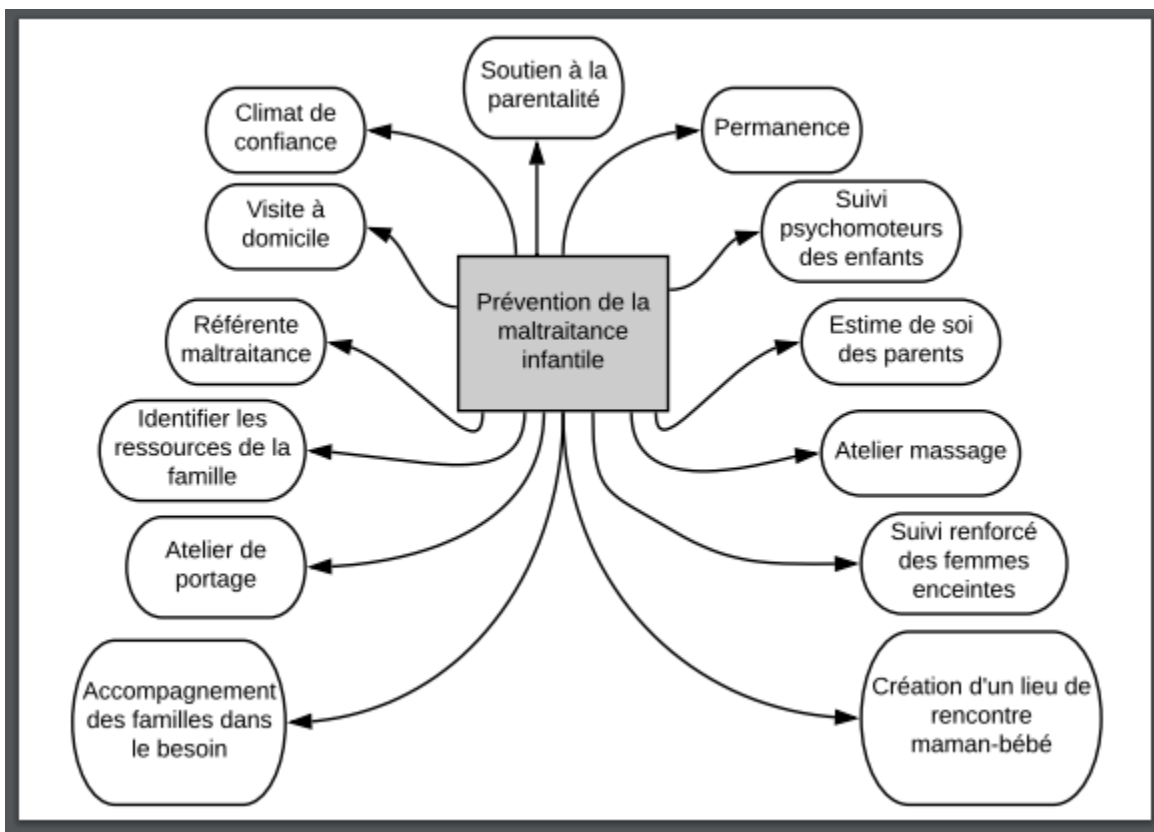
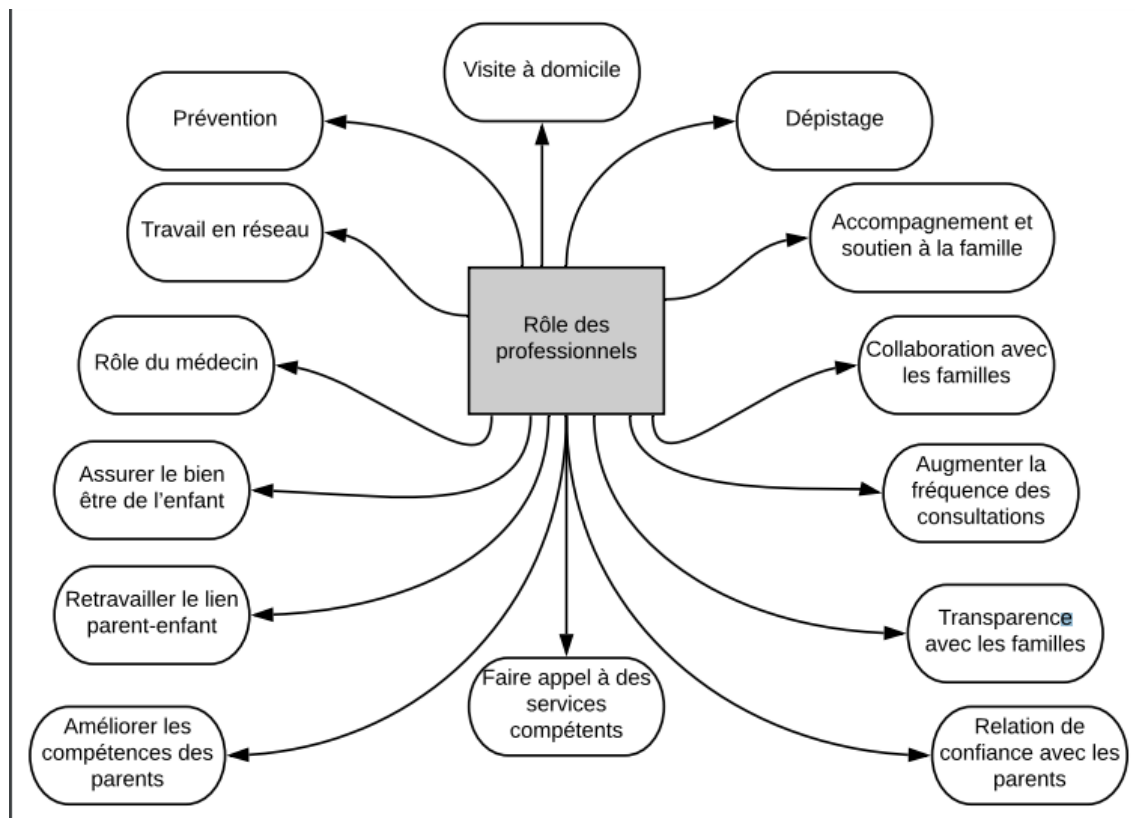
Merci pour votre participation. Je pourrai revenir vers vous, si vous le souhaitez, afin de vous faire part du suivi de notre travail.

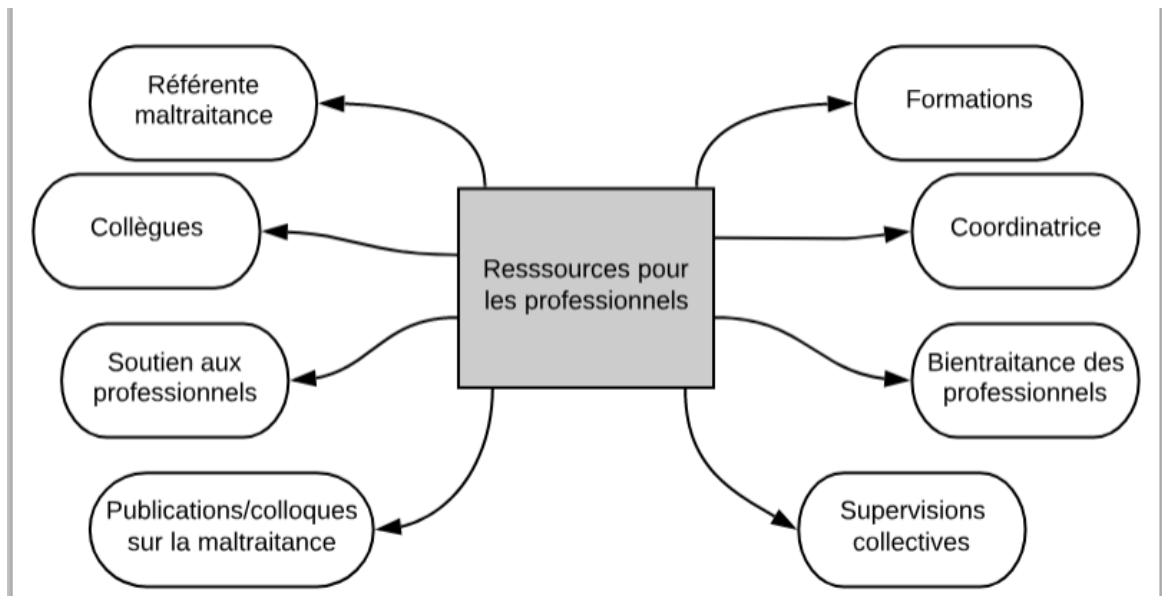
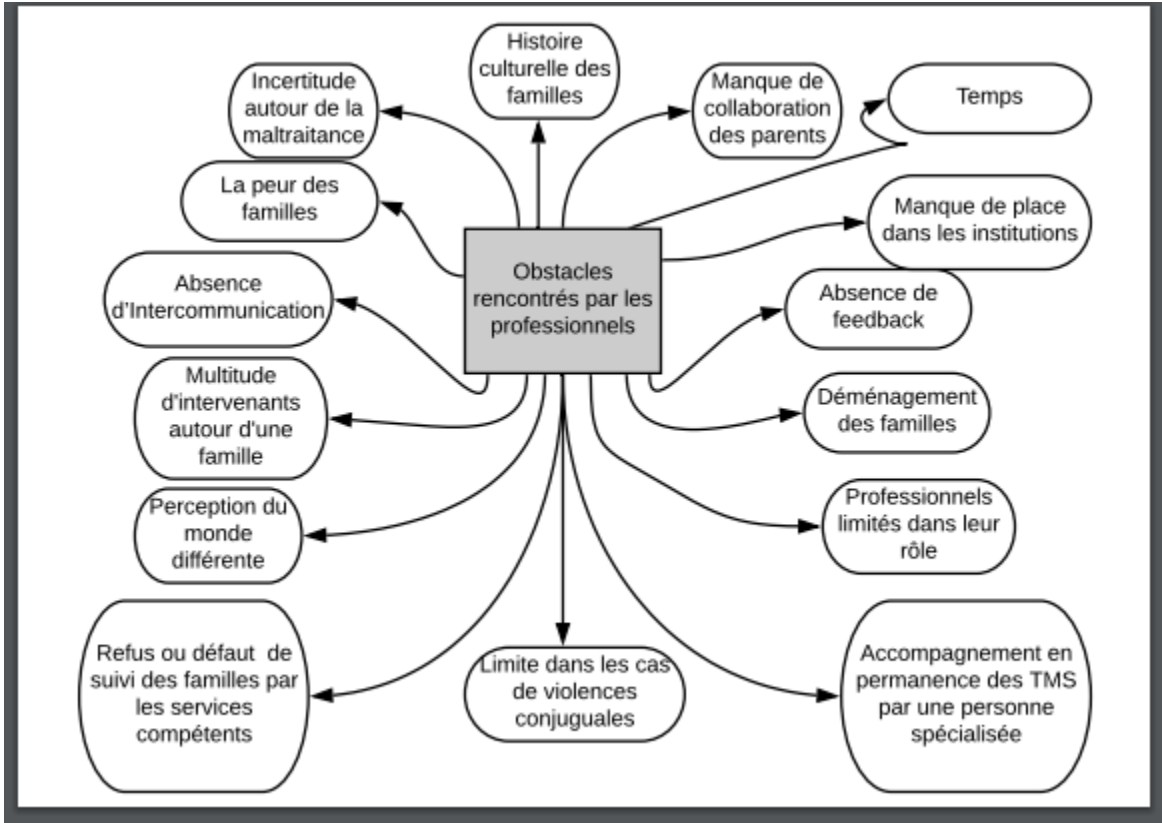
Annexe 10 – Arbres thématiques

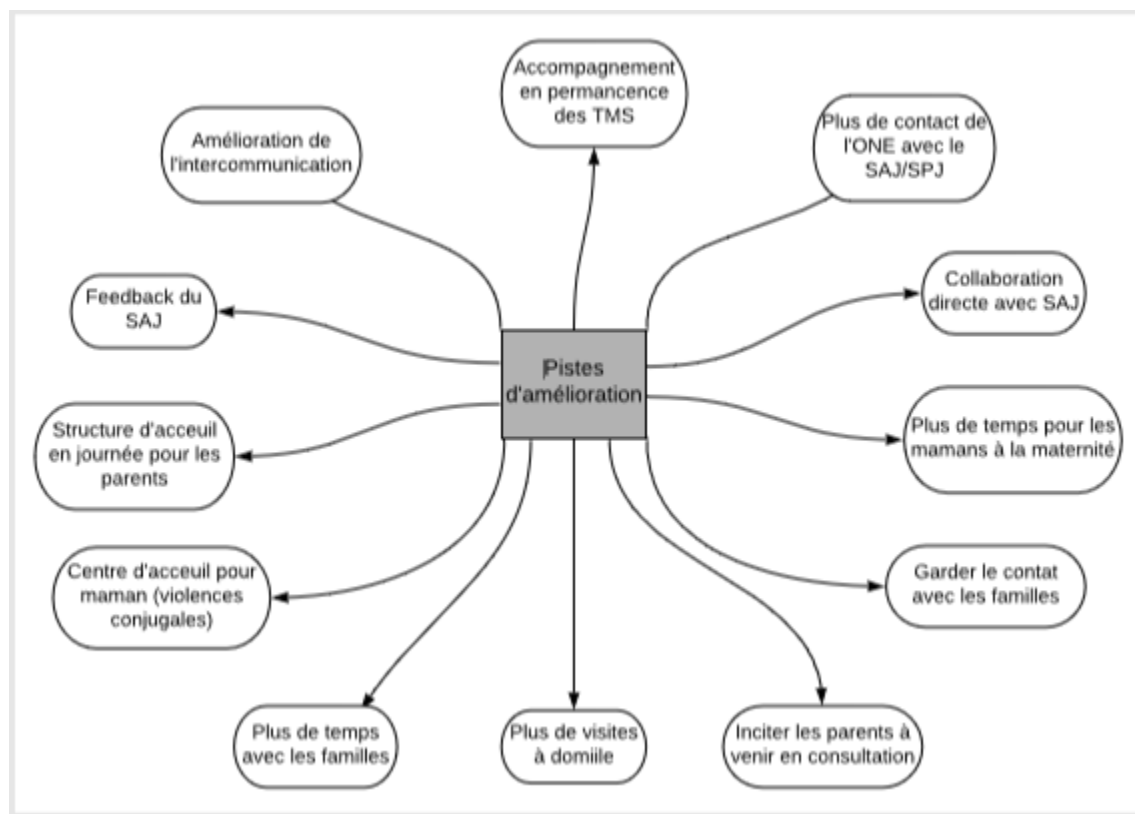












Liste des annexes disponibles en ligne

- **Annexe 1**_Entretien-Consultation 1
- **Annexe 2**_Entretien-Consultation 2
- **Annexe 3**_Entretien-Consultation 3
- **Annexe 4**_Entretien-Consultation 4
- **Annexe 5**_Entretien-Consultation 5
- **Annexe 6**_Entretien-Consultation 6
- **Annexe 7**_Entretien-Consultation 7
- **Annexe 8**_Entretien-Consultation 7'

