

Faculté de santé publique

« L'accueil et l'accompagnement d'un enfant maltraité dans un service de pédiatrie générale : enjeux et difficultés »

Mémoire réalisé par
Lowette Charlotte

Promoteur(s)
Hesbeen Walter

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

« L'accueil et l'accompagnement d'un enfant maltraité dans un service de pédiatrie générale :
enjeux et difficultés »

Remerciements

Je tiens, tout d'abord, à remercier mon promoteur Walter Hesbeen pour son suivi, ses corrections et son aide précieuse quant à la réalisation de ce mémoire de fin d'études.

Je voudrais aussi remercier tous les professionnels de santé pour leur participation aux entretiens, et le temps qu'ils m'ont consacré.

Je remercie également mes proches et ma famille de m'avoir apporté leur soutien tout au long de ce Master en Sciences de la Santé Publique.

Enfin, je voudrais remercier toutes les personnes qui ont contribué, d'une manière ou d'une autre, à l'accomplissement 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.

Résumé du mémoire

Introduction : Notre étude s'intéresse à l'accueil et à l'accompagnement des enfants maltraités dans un service de pédiatrie générale. Actuellement, en Belgique, il n'existe pas de protocole spécifique à l'hôpital pour accueillir un enfant suspect de maltraitance infantile. De plus, encore trop peu de signalements sont réalisés par les professionnels de la santé travaillant dans ce domaine. Nous voulons donc comprendre quelles sont les difficultés que peuvent rencontrer ces professionnels de la santé lorsqu'ils doivent accueillir, dans des services de pédiatrie générale, des enfants ayant été maltraités.

Questions de recherche : Existe-t-il des « types » de familles qui sont plus à risque de maltraitance ? Les professionnels de la santé savent-ils s'il existe des protocoles hospitaliers pour gérer la maltraitance ? Quelles sont leurs connaissances à ce sujet ? Quelles sont les difficultés et barrières rencontrées par les professionnels pour accompagner un enfant maltraité dans un service général ? Quelle est la place des formations au sein de cette problématique ? Comment s'articule la collaboration interdisciplinaire ?

Méthode : Il s'agit d'une recherche qualitative dans laquelle nous avons mené l'enquête par entretiens individuels semi-directifs. Nous avons interrogé des psychologues, des infirmiers et des médecins travaillant en pédiatrie, dans trois hôpitaux du Hainaut, en région Wallonne. L'échantillon est donc sélectif. L'analyse des données s'est ensuite réalisée par théorisation ancrée, consistant à faire émerger les thèmes du matériau afin que de nouveaux thèmes apparaissent et soient pris en considération.

Résultats et discussion : Les résultats obtenus sont à lire avec prudence étant donné que notre échantillon est assez restreint. Cependant, la plupart de nos interrogations de départ ont semblé se confirmer. La maltraitance sexuelle infantile peut survenir dans tous les types de familles alors que la maltraitance physique et la négligence arrivent plus souvent dans des familles défavorisées. Il n'existe pas de protocole type dans les hôpitaux pour gérer les cas de maltraitance physique et psychologique mais il existe un protocole commun aux trois hôpitaux sur la marche à suivre en cas de maltraitance sexuelle. Les professionnels interrogés sont peu nombreux à connaître l'existence de ce dernier et les démarches à effectuer en cas de suspicion. Les professionnels ont dressé une liste de difficultés auxquelles ils doivent faire face lors de l'accompagnement de ces enfants. Certaines difficultés sont propres à chaque personne alors que d'autres résultent de l'organisation et de la gestion hospitalière. Tous s'accordent également à dire que les formations ne sont pas adéquates et qu'elles ne permettent pas d'être préparé correctement à accueillir ces enfants. Enfin, la collaboration interdisciplinaire n'est pas toujours optimale et ceci à cause d'un manque de communication, de temps et un nombre d'intervenants trop élevé.

Conclusion : Il importe de faire la part des choses et d'extraire le ressenti « subjectif » des difficultés relatées par les professionnels. Cependant, certaines difficultés nécessitent tout de même une remise en question de l'organisation et de la gestion hospitalière pour permettre d'améliorer l'accompagnement des enfants maltraités dans des services généraux. L'accent doit également être mis sur l'amélioration des formations que suivent les professionnels, sans parler de l'importance de la supervision des équipes afin d'augmenter la communication et l'efficacité des professionnels de la santé dans cette problématique. Enfin, ne serait-il pas intéressant de créer un réseau « médico-psycho-juridico administratif » permettant un accompagnement global des cas de maltraitance ?

Mots-clés : ENFANTS, SUSPICION, MALTRAITANCE, DIFFICULTES, BARRIERES, COLLABORATION, FORMATION, PROFESSIONNELS DE LA SANTE, ACCOMPAGNEMENT, SIGNALEMENT

Table des matières

INTRODUCTION	1
I. La problématique	1
II. Les objectifs du mémoire.....	2
PARTIE THEORIQUE.....	3
I. La maltraitance	3
1. Approche de la maltraitance en santé publique	3
2. Les éléments de définition	4
3. Les répercussions chez l'enfant.....	5
4. Approche sociologique de la maltraitance	6
5. Quelques chiffres.....	7
II. L'accueil des enfants maltraités en milieu hospitalier.....	10
1. Le signalement en Belgique	10
2. Le cadre légal Belge	11
3. Les organismes responsables du signalement.....	15
4. La formation des soignants	17
5. L'interdisciplinarité	17
III. L'objet de recherche et la démarche exploratoire.....	18
PARTIE EMPIRIQUE.....	21
I. La méthodologie	21
1. Le choix de la méthode.....	21
2. L'échantillonnage.....	22
3. L'outil de collecte des données	23
4. La méthode d'analyse	25
RESULTATS.....	27
I. Rubrique 1 : La maltraitance et les profils types.....	28
II. Rubrique 2 : Les protocoles	31
III. Rubrique 3 : Les difficultés et barrières liées à l'accompagnement de l'enfant.....	34
IV. Rubrique 4 : Le manque de signalements.....	43
V. Rubrique 5 : Les formations	48

VI.	Rubrique 6 : La collaboration interdisciplinaire.....	50
VII.	Rubrique 7 : L'organisation du retour de l'enfant.....	54
VIII.	Résumé des résultats	56
	DISCUSSION & PRECONISATIONS.....	58
I.	L'interprétation des résultats et liens avec la littérature.....	58
1.	La maltraitance.....	58
2.	Les protocoles hospitaliers et la législation.....	59
3.	Les difficultés et barrières lors de l'accompagnement de l'enfant.....	60
4.	Le signalement	62
5.	Les formations.....	63
6.	La collaboration interdisciplinaire	64
7.	Le retour de l'enfant	65
II.	Les pistes de réflexion.....	65
III.	Les limites et difficultés rencontrées	67
	CONCLUSION.....	68
	BIBLIOGRAPHIE	70
	ANNEXES	Erreur ! Signet non défini.
I.	Annexe 1 : Le guide d'entretien	Erreur ! Signet non défini.
II.	Annexe 2 : Descriptif de l'e-mail envoyé aux professionnels.....	Erreur ! Signet non défini.
III.	Annexe 3 : La retranscription intégrale d'un entretien	Erreur ! Signet non défini.
IV.	Annexe 4 : Procédure d'évaluation et de prise en charge d'enfant victime ou suspect d'être victime d'abus sexuel	Erreur ! Signet non défini.

Liste des figures

Figure 1: Les motifs de signalements.....	9
Figure 2: Les types de maltraitance signalés	9
Figure 3: Origine des signalements.....	10
Figure 4: Les signalements non professionnels	11
Figure 5: Les signalements professionnels.....	11

Liste des abréviations

AJ	Aide à la Jeunesse
ASBL	Association Sans But Lucratif
APEP	Aide et Prévention Enfants Parents
CAEM	Comité d'Accompagnement de l'Enfance Maltraitée
CAU	Centre d'Accueil d'Urgence
CCAEMV	Commission de Coordination d'Aide aux Enfants Victimes de Maltraitance
CIDE	Convention Internationale des Droits de l'Enfant
CNCDH	Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme
CODE	Coordination des ONG pour les Droits de l'Enfance
CPMS	Centres Psycho-Médico-Sociaux
IMS	Inspection Médicale Scolaire
KCE	Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
MIF	Mesure d'Indépendance Fonctionnelle pour l'enfant
OME	Observatoire des Maltraitances pour Enfants
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance
ONU	Organisation des Nations Unies
SAJ	Service d'Aide à la Jeunesse
SAS	Set d'Aggression Sexuelle
SPJ	Service de Protection Judiciaire
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

INTRODUCTION

I. La problématique

Ce mémoire de Master en sciences de la Santé Publique, j'ai souhaité le consacrer à un phénomène connu mais trop sous-estimé, la maltraitance infantile. J'ai décidé de travailler sur cette problématique car depuis toujours, la maltraitance chez les enfants est une réalité bien présente dans nos sociétés. Étant infirmière pédiatrique de formation, je suis régulièrement confrontée à ces situations et il me semblait évident de travailler sur quelque chose qui pouvait m'apporter tant dans ma pratique professionnelle que sur le plan personnel. Le but de ce mémoire est d'explorer le phénomène à travers le regard des soignants qui accueillent et accompagnent ce type de patients. Les enfants maltraités nécessitent que l'on prenne soin d'eux, et ce, le plus tôt possible afin de leur permettre de retrouver un équilibre par la suite. Cependant, il faut au préalable que la maltraitance soit objectivée par une tierce personne et c'est à ce niveau que, bien souvent, les soignants doivent intervenir. En effet, tous les endroits fréquentés par la petite enfance tels que les crèches, les écoles, les hôpitaux, les centres de vacances etc. sont des endroits clés pour repérer des traitements maltraitants ou négligents.

Durant ce mémoire, j'ai décidé de cibler le travail de signalement par les soignants du milieu hospitalier, car l'hôpital joue un rôle déterminant dans la lutte contre la maltraitance, en particulier, le service des urgences pédiatriques. En effet, selon le rapport du KCE, publié en 2016 sur la détection de la maltraitance infantile, il a été constaté que les prestataires de soins intervenaient encore trop peu en matière de signalement en cas de suspicion de maltraitance (KCE, 2016).

Une étude menée par Knusel et al., en 2012, en Suisse, permet de mettre en lumière le fait que les protocoles institutionnels en cas de suspicion de maltraitance sont rares. De plus, ils dénoncent le manque de collaboration interdisciplinaire. Cette étude insiste donc sur l'importance de la formation spécifique à la maltraitance infantile, comme c'est le cas aux États-Unis (Tursz & Greco, 2012). Ensuite, il est certain que la peur de poser un mauvais diagnostic et les lourdes conséquences du signalement peuvent être un frein pour les infirmières (Russel et al., 2004). Enfin, le rôle de chaque intervenant auprès d'un enfant et de sa famille, en cas de suspicion de maltraitance, devrait être clairement défini (Brioschi & Knusel, 2012).

Le but de ce mémoire est donc de parvenir à mettre en lumière les difficultés et les enjeux auxquels font face les soignants dans le cas de signalement de maltraitance infantile ainsi que de faire le point sur leurs connaissances des mécanismes permettant de signaler ces cas de maltraitance.

II. Les objectifs du mémoire

Le présent mémoire se focalise sur l'accompagnement de la maltraitance infantile dans le domaine hospitalier, en région Wallonne. Il vise à identifier les enjeux et à analyser les difficultés rencontrées par les soignants confrontés à ce type de cas. De plus, il dresse l'état des formations que suivent les professionnels vis-à-vis de cette problématique.

Le but étant de mettre en évidence l'importance du rôle que tiennent les prestataires de soins dans le travail de détection de la maltraitance infantile, mais également les barrières relatives au signalement.

Le mémoire se décline en plusieurs parties.

La première partie est dédiée à l'aspect théorique. Elle définira le cadre conceptuel autour duquel s'articule la question de recherche. Nous commencerons par une approche en santé publique de la maltraitance, s'en suivra les éléments de définition de celle-ci, l'approche sociologique et la partie épidémiologique. La seconde partie de la théorie évoquera les notions dédiées au signalement en Belgique, avec le cadre légal et les différentes lois rédigées à ce sujet. Toutes ces notions permettront de formuler la question de recherche et les hypothèses qui en découlent.

En deuxième partie, nous développerons les aspects empiriques qui expliquent, d'une part, l'option de l'approche qualitative utilisée dans ce travail, et, d'autre part, les différents choix effectués pour l'élaboration du guide d'entretien.

En troisième partie, nous testerons les pistes de recherche ou interrogations sur le terrain. Nous réaliserons des entretiens qualitatifs auprès de soignants confrontés à la maltraitance de la petite enfance. La récolte des données s'effectuera au sein de trois hôpitaux, tous situés en région Wallonne.

Pour terminer, la partie discussion et la conclusion consistent en l'analyse rétrospective des guides d'entretien destinés aux différents professionnels de santé. Nous les analyserons et les interpréterons. Nous aborderons également les limites et difficultés rencontrées lors de la rédaction de ce travail. Ensuite, nous mettrons en évidence les différentes pistes de réflexion, pour terminer par nos conclusions.

PARTIE THEORIQUE

I. La maltraitance

Dans ce chapitre, j'aborde le thème de la maltraitance au sens large. Je pense, en effet, qu'il est intéressant de comprendre ce qu'est la maltraitance et de se rendre compte qu'elle peut intervenir sous plusieurs formes. Ensuite, nous nous intéressons à la partie épidémiologique de la maltraitance, pour mesurer l'importance du phénomène, tant en Belgique qu'au niveau mondial.

1. Approche de la maltraitance en santé publique

En 1996, à l'occasion de la Quarante-Neuvième assemblée mondiale, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a rédigé un rapport sur la violence et la santé afin de sensibiliser davantage au problème de la violence dans le monde et dans lequel elle affirme que la santé publique a un rôle important à jouer face à ce fléau. Le rapport comporte des chapitres spécifiques sur chaque forme de violence rencontrée à travers le monde, notamment la « *maltraitance des enfants et le manque de soins par les parents ou tuteurs* » (OMS, 2002).

Le terme « santé publique » désigne une approche collective. Celle-ci se concentre sur les thématiques relatives à la santé et aux maladies. Son intérêt principal est de favoriser le bénéfice collectif face au bénéfice individuel. En effet, elle se doit d'assurer un rôle de prévention, de garantir une offre de soins et de sécurité face aux maladies. Aborder la maltraitance par le biais de la santé publique permet de faire intervenir diverses disciplines telles que la sociologie, la médecine, le droit, l'épidémiologie, la psychologie etc. L'approche en santé publique conjugue un regard dépendant de plusieurs secteurs tels que la justice, les services sociaux et autres. Sous cet angle, tous ces secteurs sont importants afin de résoudre des problèmes d'ordre « médical ». La maltraitance, elle, demande une implication de chaque secteur afin de parvenir à réduire considérablement son taux (OMS, 2002).

Ensuite, il est important d'aborder la notion de « coût ». Bien qu'il soit relativement difficile d'estimer le coût de la violence, ce dernier représente tout de même des milliards de dollars qui sont dépensés chaque année dans les soins de santé pour compenser l'absentéisme, pour assurer les services de police ou encore en investissements perdus (OMS, 2002). Une étude menée à Angers (France, 2014) a comparé les coûts relatifs à deux bébés placés en institution suite à de la maltraitance. L'un est placé dans de bonnes conditions, sans qu'il n'ait développé de troubles de l'attachement ou de la personnalité, son entretien coûte environ 700.000 euros pour un bon résultat. En revanche, le bébé placé trop tardivement

avec des troubles de la personnalité ou des troubles psychiatriques va être déplacé de familles en établissements spécialisés tout au long de son enfance. Cet enfant coûtera environ 3 millions d'euros pour l'aide qu'il requiert durant son enfance ainsi que la situation de handicap psychique dans laquelle il risque de se retrouver à l'âge adulte (Tursz, 2013).

Outre le coût financier, le coût humain, lui, est impossible à évaluer. Bon nombre de personnes subissent des violences à l'abri des regards (domicile, travail, établissements médicaux, sociaux etc.) et elles sont trop jeunes, trop malades ou trop faibles pour se protéger. Elles se taisent donc par peur, sous la pression sociale, ou sous le poids des conventions (OMS, 2002).

2. Les éléments de définition

Dans un rapport de l'OMS, la maltraitance infantile peut être définie comme suit : « *La maltraitance à enfant désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle entend toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. Parfois, on considère aussi comme une forme de maltraitance le fait d'exposer l'enfant au spectacle de violences entre partenaires intimes* » (OMS, 2016). C'est un problème de santé mondial, qui touche toutes les couches sociales (Frappat, 2004).

D'un point de vue général, ce qui caractérise la maltraitance c'est « *la répétition, la systématisation de la brutalité érigée en système pédagogique et le caractère excessif des actes par rapport à l'âge et aux capacités de l'enfant (on ne gifle pas un bébé), par rapport aux circonstances (on n'humilie pas un enfant), par rapport à la confiance et au besoin d'amour (on ne terrorise pas un enfant par un système sophistiqué de punition répondant à chaque transgression) (...)* » (Tursz, 2013).

Selon SOS-Enfants, la maltraitance infantile est un concept général qui regroupe plusieurs catégories. Elle comprend les maltraitements physiques, psychologiques, sexuelles, institutionnelles, et la négligence. Cependant, aucune définition ne comprend la part de subjectivité, la part de jugement ainsi que la gravité, la durée, la fréquence et l'intensité (Gérard, 2014).

La **maltraitance physique** regroupe les traumatismes physiques non accidentels portés à l'intention de l'enfant tels que les coups, fractures, brûlures, morsures ou autre (SOS-Enfants, 2015).

La **maltraitance psychologique** comprend les interactions négatives à l'encontre de l'enfant et son dénigrement systématique ainsi que le rejet, les menaces, le chantage affectif ou l'humiliation (...), le déni des besoins fondamentaux ou de l'existence même de l'enfant, son aliénation dans les situations conflictuelles entre parents (SOS-Enfants, 2015).

La **maltraitance sexuelle** définit la participation d'un enfant ou d'un adolescent mineur à des activités sexuelles qu'il n'a pas la maturité de comprendre et qui transgressent les interdits fondamentaux des rôles familiaux. L'enfant les subit sous la contrainte, par séduction ou violence, et ils sont également inappropriés à son développement ou son âge (SOS-Enfants, 2015).

La **maltraitance institutionnelle** se définit par des pratiques maltraitantes de la part de professionnels d'aide et de protection de l'enfance. Ces pratiques deviennent maltraitantes lorsqu'elles ne respectent pas le rythme, les besoins ou les droits de l'enfant et de sa famille. Dès lors, le parcours institutionnel de l'enfant devient maltraitant (SOS-Enfants, 2015).

Dans cet ordre d'idées, la **négligence** se définit par une situation de carence qui peut compromettre le développement somatique et psychologique de l'enfant. Elle comprend différents sévices par omission en ce qui concerne l'alimentation, l'hygiène, les soins médicaux, la surveillance etc. (SOS-Enfants, 2015).

Les conséquences pour un adulte maltraité durant l'enfance sont nombreuses : « *propension aux accidents, conduites de prise de risques, tentatives de suicide et suicides, dépressions et troubles anxio-dépressifs, dépendances (alcool, médicaments, drogues illégales), maladies physiques (dorsalgies chroniques), troubles du comportement alimentaire (boulimie et anorexie), troubles du sommeil, grossesse précoce, prostitution, délinquance, comportements compulsifs, syndrome post-traumatique, etc.* » (Hofner, 2001). Selon l'OMS, la maltraitance peut également causer des pathologies cardiaques, des infections sexuellement transmissibles, et des cancers (OMS, 2016).

3. Les répercussions chez l'enfant

Les répercussions de la maltraitance sur l'enfant sont encore fort « *tues* » à l'heure actuelle. En effet, des enfants qui ont été gravement négligés sont des enfants ayant été privés de stimulations saines afin de parvenir à se construire affectivement (Haquenne, 2014).

Il existe une différence de répercussion selon le type de maltraitance auquel fait face un enfant. La maltraitance physique ou sexuelle est objectivable et visible rapidement. La maltraitance la plus

insidieuse à repérer est celle qui a des conséquences plus importantes sur le long terme : la négligence grave (Delvenne, 2014).

Ces enfants vont présenter une série de signaux d'alerte qui manifestent le malaise qui les envahit. Ces derniers présentent souvent des troubles de l'attachement, des retards de développement, des troubles du comportement, angoisses de séparation, d'abandon, de phobies etc. (Haquenne, 2014).

De plus, les premières relations à l'objet d'investissement primaire vont influencer le rapport de chacun au monde et la manière dont un enfant va pouvoir se construire avec les autres et va se comporter socialement. C'est pourquoi, le développement d'une pathologie psychologique n'est pas à exclure en fonction des facteurs biologiques, familiaux, sociétaux et de la période durant laquelle la négligence est objectivée (Delvenne, 2014).

4. Approche sociologique de la maltraitance

Des études ont démontré que, bien que les facteurs biologiques individuels puissent expliquer en partie la prédisposition de certaines personnes à l'agressivité, il existe également une grande partie de facteurs externes, familiaux, culturels (et autres) pouvant expliquer ou créer des situations où la violence devient probable (OMS, 2002).

En effet, en tant que professionnels de la santé, il n'est pas rare de rencontrer des adultes agresseurs qui ont également un passé rempli de violences, de carences, ou de maltraitances. Cependant, une question demeure : quelle est la part d'inné ou d'acquis dans ces familles ainsi que leur responsabilité ? (de Becker, 2007).

Premièrement, il est nécessaire d'étudier la notion de transmission. Chaque enfant se construit avec des messages qui lui sont transmis de ses prédécesseurs, qu'ils soient positifs ou négatifs. Ces mêmes messages vont façonner l'individu, lui construire son identité. Dans ce cas de figure, « *personne ne choisit sa chaîne de génération ; l'héritage est imposé à chacun d'entre nous* » (de Becker, 2007). On peut distinguer deux formes de transmission.

- La transmission **intergénérationnelle**, qui appartient au champ du « conscient ». Cette transmission est parlée et peut expliquer les coutumes ou les valeurs défendues par la famille. (Schutzenberger, 1999)

- La transmission **transgénérationnelle**, qui appartient à « l'inconscient ». Cette transmission peut sous-entendre les traumatismes, les mythes familiaux, les non-dits ou maladies en tout genre. (Schutzenberger, 1999)

« De plus, Kaës et Baranès estiment que la transmission s'organise essentiellement à partir de ce qui est négatif, de ce qui manque, fait défaut (Kaes, 2003). Cette considération n'est pas sans rappeler des propos de Freud quand il affirmait que le narcissisme de l'enfant se construit sur ce qui manque à la réalisation des rêves et désirs des parents (Freud, 1920) ». Si l'on applique donc cette notion de transmission à la maltraitance, on peut maltraiter son enfant comme on l'a subi ou appris soi-même. En effet, la maltraitance étant apprise par la transmission transgénérationnelle, elle a un haut degré de « transmissibilité » (de Becker, 2007).

Malgré tout, force est de constater que l'individu possède tout de même une part de liberté. Lorsqu'il le désire, il peut s'appuyer sur son héritage, ou au contraire le déstructurer, le détruire. « Même si nous défendons l'idée que chacun se forge son projet propre, du moins en partie, et donc que la transmission est loin d'être une simple répétition d'attitudes, nous sommes tous ancrés dans un processus historique. Tributaires de notre contexte familial, nos choix sentimentaux, nos orientations professionnelles seront fonction des transmissions inter- et transgénérationnelles » (de Becker, 2007).

La seconde notion abordée est celle de loyauté. La loyauté puise sa source dans les liens originels entre les individus. C'est une relation irréversible et asymétrique qui s'établit entre les parents et les enfants par le don de la vie. De même qu'avec la transmission, l'enfant se construit également autour de cette notion de loyauté, à travers les dons reçus et offerts. Pour que le don soit constructif, il faut également tenir compte des besoins de l'autre, et maintenir la balance du « donner-recevoir ». Durant la vie d'un individu, la loyauté familiale, qu'elle soit verticale (parents) ou horizontale (pairs), va s'entremêler et s'ancrer à différents moments clés de l'existence. Dans le cas de la maltraitance, si l'enfant a été maltraité durant sa jeunesse, cette loyauté consiste à intérioriser une dette envers le passé (la maltraitance) qui trouvera son « remboursement » par la destruction de soi et/ou de l'autre s'il a des enfants à son tour (de Becker, 2007).

5. Quelques chiffres

Comme cité plus haut, la maltraitance des enfants est un phénomène mondial, complexe et difficile à étudier. C'est pourquoi, malgré plusieurs études menées dans des pays à faibles ou moyens revenus, les données font encore défaut dans de nombreux pays (OMS, 2016). Les chiffres dont on dispose actuellement ne concernent que les enfants ayant fait l'objet d'une mesure administrative ou judiciaire

(ou en attente de celle-ci). Il faut donc bien garder à l'esprit qu'une part considérable de maltraitance reste inconnue du système mis en place actuellement (Tursz, 2013).

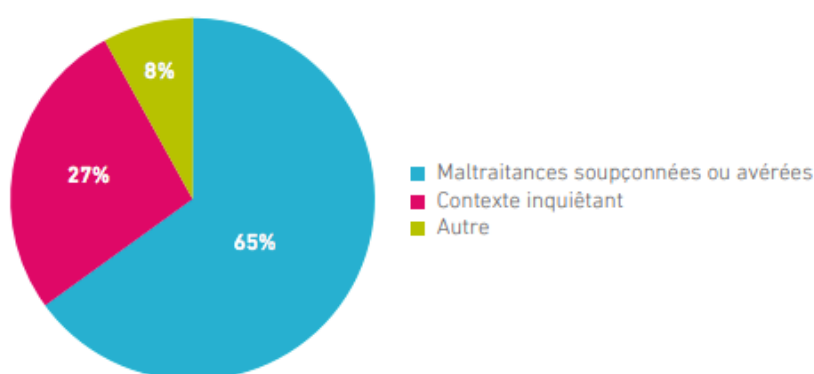
Selon l'OMS, des études internationales déclarent qu'un quart des adultes affirment avoir subi des violences physiques dans leur enfance. De plus, une femme sur cinq et un homme sur treize déclarent avoir subi des violences sexuelles étant petit. Une estimation mentionne que, chaque année, environ 41.000 enfants de moins de quinze ans sont victimes d'homicides. Toutefois, le chiffre ne rend pas réellement compte de l'importance du problème car une grosse partie des décès dus à de mauvais traitements sont relatés sous forme de chute, noyade, brulure ou autre (OMS, 2016).

Il est difficile d'avancer des données fiables car les chiffres proposés par les équipes SOS-Enfants et ceux proposés par l'Aide à la Jeunesse (AJ) renvoient à des réalités différentes. Une addition ne rendrait pas compte du phénomène car certains enfants sont comptabilisés par les équipes SOS-Enfants et également par les services de l'AJ la même année, suite à un changement de situation. C'est pourquoi, pour cibler ma recherche, j'ai décidé de ne prendre en compte que les cas signalés aux équipes SOS-Enfants en région Wallonne. J'ai décidé de mener ma recherche dans cette région, pour des raisons professionnelles.

Selon la coordinatrice de SOS-Enfants à Charleroi, Virginie Plennevaux, le nombre de signalements pour l'année 2019 ne fait qu'augmenter. En effet, en 2011, on avait relevé 375 dénonciations. En 2017, le chiffre avait augmenté à 497. En 2018, c'est 541 dénonciations qui ont été enregistrées, et enfin, en 2019, le chiffre était déjà à 540 avant la fin d'année. Le nombre de signalements ne fait donc qu'augmenter. Elle souligne qu'à Charleroi, la plupart des signalements émanent de non-professionnels (Plennevaux, 2019).

Les équipes de SOS-Enfants expliquent que sur un total de 4015 situations rapportées en 2017 en Wallonie, 65% étaient des situations de maltraitance avérées ou soupçonnées, 27% étaient dues à un contexte inquiétant, et enfin, 8% demandaient un simple avis.

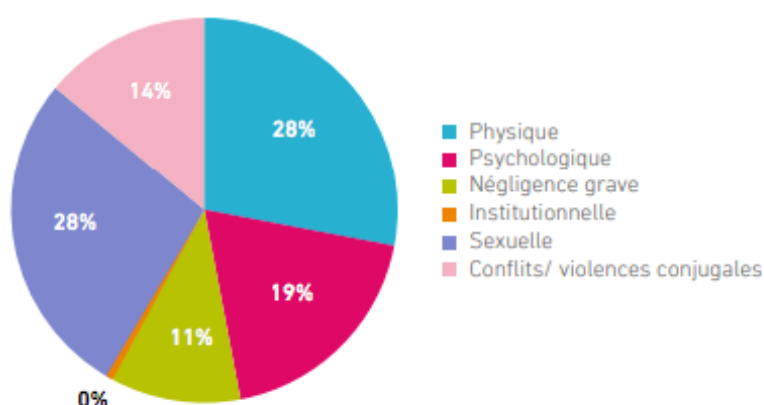
Figure 1: Les motifs de signalements



Source : Rapport d'activité de l'ONE, 2017

Les types de maltraitance signalés aux équipes sont stables comparé à l'année 2016. En effet, majoritairement, celles-ci sont d'ordre physique et sexuelle (28% par catégorie) suivi de maltraitances psychologiques, des conflits et des violences conjugales. Elles sont schématisées ci-après.

Figure 2: Les types de maltraitance signalés



Source : Rapport d'activité de l'ONE, 2017

Dans le monde, le constat est tout aussi alarmant. En effet, en 2015, l'UNICEF¹ a publié un rapport complet sur la maltraitance qui mentionne que globalement, il y a quasiment deux tiers des enfants de 2 à 14 ans qui font l'objet de violences physiques régulières. Les chiffres varient en fonction des pays et des formes de maltraitance. Cependant, la Suède reste tout de même un des pays avec le moins de maltraitance, avec seulement 10% de cas pour les violences physiques légères et des violences graves rarissimes (UNICEF, 2015).

¹ Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

II. L'accueil des enfants maltraités en milieu hospitalier

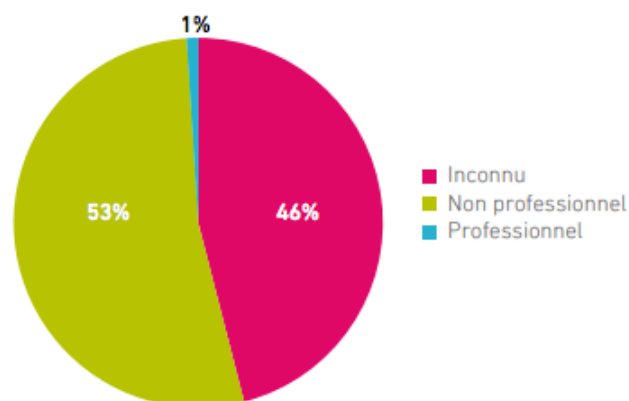
Dans cette partie, nous souhaitons comprendre les mécanismes liés au signalement de la maltraitance en milieu hospitalier. Nous avons donc commencé par une approche statistique des taux de signalements provenant de différents intervenants. Ensuite, nous présentons le système belge d'accompagnement de l'enfant maltraité, tel que décrit dans les textes légaux. Enfin, nous avons terminé par une présentation des organismes responsables du signalement ainsi que l'importance de l'interdisciplinarité mise en lumière tout au long de ma revue de littérature.

1. Le signalement en Belgique

Le terme signalement sous-entend la démarche d'un tiers vers l'équipe SOS-Enfant ou vers un organisme de référence pour obtenir son avis, un conseil ou sa mobilisation en faveur d'un enfant (SOS-Enfants, 2016).

Dans un rapport de 2017 effectué par les équipes SOS-Enfants, il a été évalué que l'origine des signalements provenait à 53% des professionnels de la santé pour 46% de non professionnels, et 1% d'origine inconnue.

Figure 3: Origine des signalements



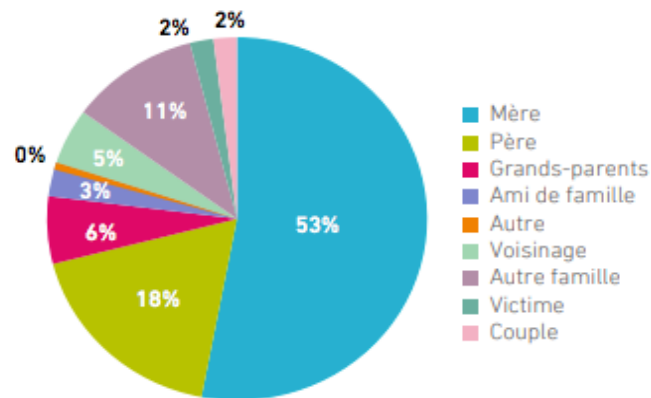
Source : Rapport d'activité de l'ONE, 2017

Dans la catégorie des professionnels, la majorité des cas (45%) sont signalés par les services judiciaires et de protection à savoir le SAJ² ou le SPJ³. En effet, ces services sont des partenaires clés des services SOS-Enfants. A contrario, seulement 4% des signalements proviennent du secteur de la petite enfance.

² Service d'Aide à la Jeunesse

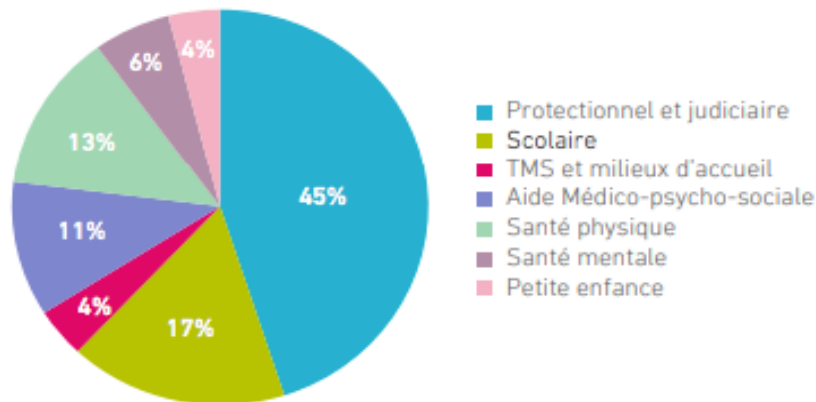
³ Service de protection judiciaire

Figure 4: Les signalements non professionnels



Source : Rapport d'activité de l'ONE, 2017

Figure 5: Les signalements professionnels



Source : Rapport d'activité de l'ONE, 2017

Ce chiffre est d'autant plus étonnant que ces structures sont gérées par des professionnels de la santé, étant tout de même sensibilisés au phénomène. Par exemple, l'ONE⁴ possède un « référent maltraitance » issu des équipes SOS-Enfants, il est donc interpellant de ne pas avoir plus de signalements dans ce type de structures (SOS-Enfants, 2016).

2. Le cadre légal Belge

Il est impossible de ne pas faire intervenir les textes de lois dans un domaine aussi complexe que la maltraitance. Dans le paragraphe qui suit, nous allons détailler le système belge relatif à la maltraitance infantile, tel que décrit dans la loi.

⁴ Office de la naissance et de l'enfance

2.1 Loi relative à la protection de la jeunesse

Le 8 avril 1965, la toute première loi en matière de protection de la jeunesse a été mise en place. Ce texte est le fondement de notre système actuel relatif à la protection de l'enfant. Il reprend les mesures de protection des mineurs et aborde également le thème de la déchéance des droits d'autorité parentale et le tribunal de la jeunesse.

2.2 La Convention Internationale des Droits de l'Enfant

L'article 19, écrit en 1989 par la Convention Internationale des Droits de l'Enfant, est le suivant : « *Les États prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié* » (CIDE, 1989). Cette convention montre que la maltraitance infantile est une préoccupation internationale.

2.3 Le décret du 12 mai 2004

Un décret important à mentionner est celui du **12 mai 2004** relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance. En effet, ce décret stipule à l'article 1^{er}, 3^o, et à l'article 3, §1, « *que toute personne qui a pour profession ou pour mission, même à titre bénévole ou temporaire, de contribuer à l'éducation, la guidance psycho-médico-sociale, l'aide à la jeunesse, la protection infantile, l'accueil, l'animation et l'encadrement d'enfants, doit, compte tenu de sa mission et de sa capacité à agir, apporter aide et protection à l'enfant victime de maltraitance ou à celui chez qui sont suspectés de tels mauvais traitements* ».

Suite à ce décret, les Commissions de Coordination de l'aide aux enfants victimes de maltraitance (CCAIEVM), le Comité d'Accompagnement de l'Enfance Maltraitée (CAEM) et les équipes « SOS-Enfants » ont été mises en place. Leurs missions seront détaillées dans le point « 3 ».

Enfin, en application du titre IV du décret du 12 mai 2004, « *la formation des intervenants et l'information des enfants et du grand public* », un Comité directeur de prévention de la maltraitance, une Coordination de la prévention de la maltraitance et un Comité de projets de la prévention de la maltraitance ont été nommés.

2.4 Loi relative au secret professionnel

L'article 458 du Code Pénal⁵ institue le principe du secret professionnel. Le secret professionnel décrit l'obligation de taire des informations de certains patients au risque de subir des sanctions : « *Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice (ou devant une commission d'enquête parlementaire) et celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de cent euros à cinq cents euros* » (Code pénal, 1996)⁶. Cependant, cette énumération n'est pas exhaustive étant donné que cette obligation est étendue à tout professionnel détenant des informations secrètes.

Malgré cela, l'article 458 prévoit deux dérogations à ce secret professionnel. Le cas où le confident doit rendre témoignage devant la justice ou devant une commission parlementaire et les causes de justification, à savoir : toutes les situations où la loi oblige à connaître le secret⁷.

En plus de ces deux dérogations, la jurisprudence a également développé l'hypothèse de **l'état de nécessité**. Cet état de nécessité intervient lorsque la situation peut pousser le dépositaire du secret à briser le silence afin d'assurer la sauvegarde d'un intérêt supérieur⁸. C'est alors au professionnel de juger s'il y a lieu de révéler le secret professionnel. De plus, selon la Cour de Cassation, la condition pour faire intervenir l'état de nécessité est « *le péril doit être grave, actuel, imminent et réel* ».

Suite à plusieurs affaires relatives aux abus sexuels au sein de l'Église Catholique, la Belgique a également instauré la *commission spéciale sur les abus sexuels et les faits de pédophilie dans une relation d'autorité*, en 2010. C'est pourquoi, suite à cela, l'article 458bis du Code Pénal a été modifié, afin d'inciter les personnes soumises au secret professionnel à dénoncer ces cas (Ordre des médecins, 2011). Cette modification s'applique à la plupart des travailleurs sociaux des différents secteurs qui accompagnent les jeunes à l'école ou dans leur milieu de vie. Elle vise à lutter contre les abus sexuels et répondre à certaines lacunes présentes dans la loi.

⁵ Code pénal : il définit les devoirs du professionnel vis à vis des situations de maltraitance sur mineur

⁶ Modifié par l'art. 10 de la L. du 30 juin 1996 (M.B., 16 juillet 1996, Errat., M.B., 23 juillet 1996) et par l'art. 2 de la L. du 26 juin 2000 (M.B., 29 juillet 2000), en vigueur le 1er janvier 2002 (art. 9).

⁷ Article 70 du Code Pénal : "Il n'y a pas d'infraction lorsque le fait était ordonné par la loi et commandé par l'autorité"

⁸ Article 422 du Code Pénal : "l'obligation de porter secours à une personne en danger sous peine de poursuite pénale pour non-assistance à personne en danger"

Le champ d'application de cet article est plus étendu. En effet, il concerne non seulement les mineurs mais aussi les victimes potentielles. La notion de personne vulnérable est également introduite⁹.

Le secret professionnel peut être levé dans le cas d'attentats à la pudeur, de viols, d'infanticides, lésions corporelles volontaires, tortures, traitements dégradants, mutilations sexuelles, délaissements ou abandons d'enfants, la privation d'aliments ou de soins à un mineur incapable. Le détenteur du secret professionnel ne sera plus obligé d'avoir examiné la victime ou d'avoir recueilli ses confidences. Il suffit alors que la source de l'information soit fiable, et qu'au vu des indices présents, l'information apporte un doute considérable (Umotini & Mahele, 2016).

De plus, si le détenteur n'est pas en mesure de protéger seul la victime, l'article 458bis lui permet de signaler les faits directement au Procureur du Roi, sans sanction pénale pour la violation du secret professionnel. *Le recours au Procureur du Roi constitue l'ultime remède et le médecin ne lui révélera que les informations dont il a besoin pour prendre les mesures qui s'imposent.* Si le dépositaire se retrouve en situation de conflit entre deux valeurs protégées par le secret professionnel, il devra alors faire le choix de faire part de ses connaissances ou pas, mais le Code Pénal met en évidence la possibilité de considérer qu'il a fait preuve d'une abstention coupable (article 422 du Code Pénal) (Umotini & Mahele, 2016).

En conclusion, « *l'article 458bis oblige à faire usage de son droit de dénoncer chaque fois que les conditions de la dérogation au secret professionnel sont réunies* » (Umotini & Mahele, 2016).

2.5 Le devoir de discrétion

Les professionnels de la santé n'encourent pas seulement des sanctions pénales ou civiles mais aussi des sanctions disciplinaires. Il est donc important de connaître le Code de déontologie médicale. Les missions sociales des milieux d'accueil sont de permettre aux parents et aux enfants de pouvoir se confier en toute liberté. C'est pourquoi, trahir cette confiance est passible d'une action civile pour une violation du devoir de discrétion (Umotini & Mahele, 2016). L'obligation de discrétion pousse le soignant à la discrétion par rapport aux données qu'il consulte dans l'institution, dans le cadre de son travail et pour toutes les informations intimes au sujet des familles avec qui il travaille. La violation de ces données peut constituer une faute civile sur base de l'article 1382 du Code Civil¹⁰. Il est également

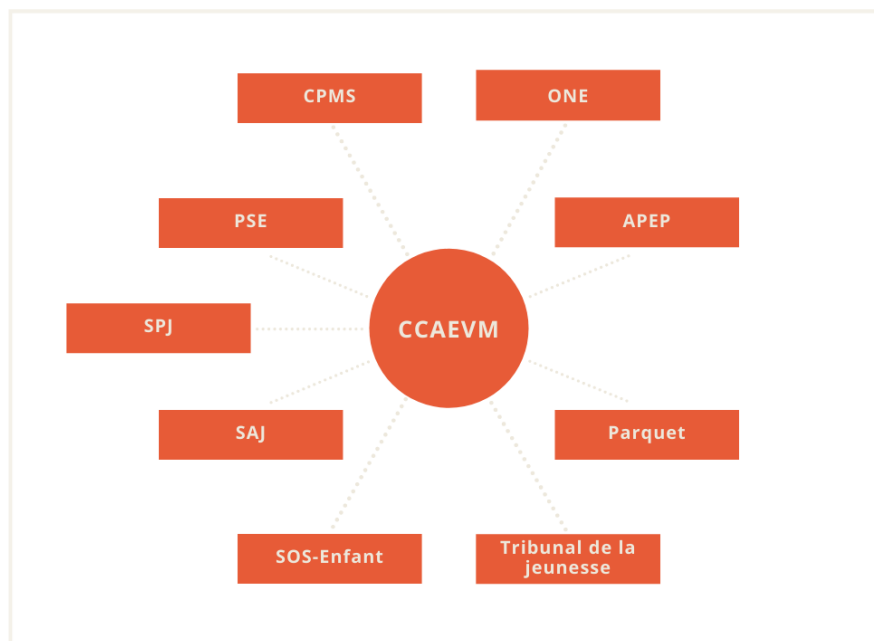
⁹ Personne vulnérable : en raison de son âge, de son état de grossesse, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou mentale.

¹⁰Article 1382 : Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer.

important de souligner que les milieux d'accueil ne sont tenus qu'à l'obligation de moyens, pas de résultats (Umotini & Mahele, 2016).

3. Les organismes responsables du signalement

Comme susmentionné, un décret a été mis en place concernant les enfants victimes de maltraitance. De plus, la **Commission de Coordination de l'aide aux enfants victimes de maltraitance (CCAENV)** a été instaurée. Cette commission existe au sein de chaque arrondissement judiciaire et a pour rôle d'améliorer les procédures relatives aux enfants maltraités. Elle ne traite pas des cas personnels mais réunit le conseiller et le directeur de l'AJ, un représentant des équipes SOS-Enfant, le juge, le Parquet, les centres PMS, PSE, l'APEP, l'ONE et l'AJ. De plus, il existe également deux services voués aux cas de maltraitance, à savoir : le **Comité d'Accompagnement de l'Enfance Maltraitée (CAEM)**, les équipes « **SOS-Enfants** ».



Source : Les négligences chez l'enfant de 0 à 3 ans et ses conséquences, 2014

Le CAEM est un comité de l'ONE. Ces équipes établissent un bilan de la situation vécue par l'enfant et assurent la prise en charge de la situation de maltraitance. Elles agissent dans la confidentialité des soins et de l'assistance à personne en danger dans le respect du secret professionnel (Fiasse et al., 2009). La prise en charge des familles est donc assurée sans obligation de transmettre l'information aux autorités judiciaires.

Il existe plusieurs services d'aide spécialisés : les centres psycho-médicosociaux (CPMS), l'inspection médicale scolaire (IMS), les services de santé mentales, les équipes SOS-Enfants, les services de l'Aide à la Jeunesse (SAJ), les services de protections judiciaire (SPJ), l'Aide et Prévention Enfant-Parents (APEP), les autorités judiciaires, l'ONE etc. Ceci étant dit, les différents services ont chacun leurs spécificités (CCAENV, 2002).

Les centres psycho-médico-sociaux, ou centres PMS sont des lieux de paroles pour les élèves, les parents ou les enseignants. Ils aident à poser le diagnostic de maltraitance et peuvent également guider la famille vers un service plus spécifique tels que les équipes SOS-Enfants ou le SAJ (CCAENV, 2002).

L'inspection médicale scolaire (IMS) est chargée des visites médicales scolaires. C'est grâce à ces visites que le médecin peut constater des lésions physiques. Souvent, les centres PMS et IMS sont en contact direct lorsqu'une situation de doute est mise en cause (CCAENV, 2002).

Les équipes SOS-Enfants, elles, sont des équipes pluridisciplinaires qui peuvent être interpellées pour toute situation de suspicion de risques de maltraitance. Elles interviennent en trois temps et proposent un projet thérapeutique dans chaque situation. Elles peuvent également proposer des mesures de protection dans les cas de gravité extrême et elles travaillent en collaboration avec les autorités judiciaires ou les conseillers d'aide à la jeunesse. (CCAENV, 2002)

L'Aide et Prévention Enfants-Parents (APEP), elle, est composée d'une équipe pluridisciplinaire agréée par la Fédération Wallonie-Bruxelles pour les enfants victimes de maltraitance de 0 à 18 ans. C'est un service gratuit qui a pour mission de porter attention à toute situation d'un enfant victime, ils établissent un bilan pluridisciplinaire autour de la situation de l'enfant et travaillent avec le réseau (CCAENV, 2002).

Les conseillers d'aide à la jeunesse (SAJ), eux, veillent à ce qu'une aide soit apportée à chaque enfant en difficulté ou en danger et à sa famille. Ils interviennent à la demande des autres services susmentionnés ou à la demande du Parquet. En cas de non collaboration avec les intéressés, le conseiller fait appel au Procureur du Roi, qui recourt à des mesures de contraintes. Ces mesures sont décidées par le tribunal de la jeunesse, après une audience publique. Dans les cas les plus graves, le Procureur du Roi peut demander au tribunal de la jeunesse de placer l'enfant pour une période limitée et renouvelable (CCAENV, 2002).

Enfin, les autorités judiciaires sont le dernier recours. En communauté française, les autorités ne prennent pas de dispositions pour protéger un enfant si ce dernier n'a pas d'abord été pris en charge par le service d'aide à la jeunesse (SAJ). En cas de non-collaboration avec le SAJ, alors, le SPJ (service de

protection judiciaire) est mis en place. C'est une aide contrainte. Ces dernières peuvent ordonner l'audition de l'enfant ou des investigations complémentaires. En effet, le SPJ met en œuvre les jugements rendus par le tribunal de la jeunesse (CCAÉVM, 2002).

4. La formation des soignants

La loi du 5 mars 2007 reprend l'article L.542-1 qui mentionne l'obligation de formation pour chaque professionnel travaillant dans le domaine de l'enfance. Cependant, ces formations, idéales en théorie, sont plus difficiles à mettre en pratique. A l'heure actuelle, nous pouvons affirmer que celles-ci ne sont pas optimale. Tout d'abord, en ce qui concerne les médecins, bien que la volonté de former les futurs médecins à cette problématique soit présente, le nombre d'heures consacrées à cette matière varie d'un enseignement à l'autre (Turz, 2010). « *Une étude américaine montre que les médecins ayant reçu moins de 10 heures de formation sur la reconnaissance de la maltraitance signalent significativement beaucoup moins que ceux qui ont bénéficié de plus de dix heures d'enseignement* » (Greco, 2015).

Une thèse menée en France a cherché à identifier les facteurs de difficulté que pouvaient rencontrer les médecins face au signalement. Cette thèse montrait que les facteurs de risque mis en évidence par les médecins étaient mal identifiés et que les procédures de signalement restaient fortement méconnues. La conclusion de cette étude est que les formations en médecine générale ne semblent pas être d'une grande utilité dans les démarches de signalement à effectuer en cas de suspicion de maltraitance infantile (Steenhouwer-Jeu, 2012). C'est pourquoi, selon le rapport du Comité de Suivi du Colloque National sur les violences faites aux enfants, il est essentiel d'envisager des formations pluri-professionnelles. Il faut également continuer d'informer les parents et le grand public autant que les professionnels de la santé (Tursz, 2013).

5. L'interdisciplinarité

La maltraitance reste généralement liée à l'entourage immédiat de l'enfant. Dès lors, l'importance du travail pluridisciplinaire est à prendre en compte au vu des différentes dimensions intrinsèques au déploiement des processus maltraitants au sein des familles (SOS-Enfants, 2016). Seule une approche à différents niveaux est efficace. En effet, il faut mettre un accent sur la prévention et le signalement précoce, un soutien efficace pour les professionnels confrontés en première ligne à la maltraitance et des ressources adéquates (KCE, 2016). L'idée de mettre un réseau comprenant différents professionnels de la santé en place est privilégiée par l'ensemble des professionnels rencontrés (Savioz et al. 2012). Les avantages de cette collaboration interdisciplinaire sont multiples : « *une évaluation conjointe de la situation, un partage possible des émotions, un allègement du poids des émotions, cela permet de*

maitriser les regards subjectifs sur la situation (...), de plus cela permet également de maitriser la subjectivité de l'évaluation, et enfin, de rendre la prise en charge des enfants maltraités plus globale et cohérente » (Savioz et al. 2012). Cependant, il convient tout de même de clarifier le fonctionnement de chaque institution concernée et le rôle de ses intervenants pour éviter les jeux de pouvoirs.

Selon G. Haquenne, il faut sérieusement insister sur l'importance des pratiques éducatives qui doivent être appliquées et élaborées par tout le corps professionnel pour que le séjour en institution de l'enfant prenne vie (Haquenne, 2014).

III. L'objet de recherche et la démarche exploratoire

Suite à cette partie théorique, nous avons pu mettre plusieurs choses en évidence. Tout d'abord, le taux de signalement en Belgique est encore trop bas. L'étude menée par le KCE met en exergue que les signalements effectués par les prestataires de soins sont encore trop peu présents à l'heure actuelle (KCE, 2016).

Ensuite, il apparaît également que les protocoles institutionnels dans le milieu hospitalier sont rares et méconnus. De plus, les formations des soignants ne sont pas assez optimales pour permettre un accompagnement adéquat des enfants maltraités. Il ressort également que la pluridisciplinarité est une condition essentielle à la gestion d'un cas de maltraitance. C'est pourquoi, l'objet de recherche qui ressort de cette partie théorique est la suivante :

**« L'accueil et l'accompagnement d'un enfant maltraité dans un service de pédiatrie
générale : enjeux et difficultés »**

A partir de cet objet de recherche, nous pouvons formuler plusieurs interrogations qui permettent de guider et d'organiser notre démarche exploratoire.

La première sous-question de recherche de ce mémoire vise à identifier les familles à risques dans lesquelles on retrouve plus facilement de la maltraitance. En effet, il nous semble pertinent de pouvoir analyser les familles afin de pouvoir attirer l'attention des soignants en cas de suspicion de maltraitance. Il semble important de pouvoir mettre en évidence les caractéristiques des familles dans lesquelles on retrouve des enfants maltraités, et de pouvoir quantifier les cas de maltraitance rencontrés, pour mesurer l'ampleur du phénomène. C'est pourquoi, la première sous-question qui découle de notre objet de

recherche est la suivante : « *Existe-t-il des profils « types » de familles dans lesquelles on retrouve de la maltraitance infantile ?* ».

Dans la première partie de ce mémoire, nous avons également mis en lumière le fait qu'il existe vraisemblablement un manque de protocole en cas de maltraitance infantile au sein des institutions. Nous allons donc voir si les services de pédiatrie générale possèdent ce genre de protocoles et si le personnel soignant les connaît. De plus, nous cherchons à évaluer les connaissances du personnel soignant vis-à-vis des personnes à contacter en cas de maltraitance infantile et ce, via les textes de lois présents dans la Législation Belge. Nous émettons comme « hypothèse » que peu de protocoles institutionnels existent au sein des hôpitaux et que, ces derniers sont encore fort méconnus du personnel soignant, comme le démontrait l'étude menée par Knusel et al., en 2012. De ce fait, découle la question qui suit : « *Le personnel soignant sait-il s'il existe des protocoles liés au signalement de la maltraitance infantile ? Que connaissent-ils du protocole et quel est le regard critique émis sur ce dernier ?* ».

Ensuite, nous pouvons essayer de mettre en évidence les raisons qui peuvent entraver le signalement des mauvais traitements, dans les hôpitaux. Le but étant d'établir une liste des difficultés rencontrées par les soignants et des raisons qui peuvent parfois les dissuader de contacter les personnes de référence. Dans cette revue de littérature, nous avons mis en évidence que les barrières au signalement de la maltraitance peuvent être liées à la peur de rompre le secret professionnel en cas de faux diagnostic, de déterminer le rôle de chacun en cas de signalement, et les conséquences qui peuvent faire suite au signalement. C'est pourquoi la seconde question est la suivante : « *Quelles sont les difficultés et/ou barrières rencontrées par les soignants pour signaler un cas de maltraitance infantile ?* ».

Un autre point important à relever de la première partie est la formation des professionnels. Ce dernier soulève l'importance de la formation du personnel soignant dans l'accompagnement des patients ayant été maltraités. Ce que nous voulons savoir, c'est si les personnes travaillant à l'accueil d'un enfant maltraité ont reçu une formation spécifique ou non pour les accompagner. Les hypothèses que nous pouvons émettre suite à la revue de la littérature sont les suivantes : les heures de formations varient d'une profession à une autre ; d'une façon générale, il n'y a pas assez de pratique dans la formation de cette problématique. De ce fait, la question qui en découle est la suivante : « *Quelle est la place des formations au sein de la problématique de la maltraitance ?* ».

Un des derniers points qu'il est important de mettre en évidence reste la collaboration interdisciplinaire dans les situations de maltraitance. Le but étant d'évaluer si tout le monde parvient à travailler en collaboration afin de prendre au mieux soin de l'enfant. Suite à cela, la question suivante s'intitule : « *Comment s'articule la collaboration interdisciplinaire pour un enfant victime de maltraitance ?* ».

Pour récapituler, l'objectif de notre recherche est donc d'identifier les enjeux et d'analyser les difficultés rencontrées par les soignants lors de l'accueil et de l'accompagnement d'un enfant maltraité dans un service de pédiatrie générale. De cet objet de recherche, nous avons posé cinq sous-questions, qui ont pour objectif de :

- Vérifier l'existence de protocoles en cas de maltraitance infantile dans les institutions de soins et d'évaluer les connaissances du personnel soignant à ce sujet ;
- Identifier les barrières pouvant entraver le signalement lors de la suspicion d'un cas de maltraitance ;
- Mettre en évidence les difficultés rencontrées par le personnel soignant lors de l'hospitalisation d'un enfant maltraité ;
- Évaluer l'importance des formations dans le cadre de l'accompagnement d'un enfant maltraité ;
- Évaluer le niveau de la collaboration interdisciplinaire permettant de prendre en charge les cas de maltraitance.

La finalité de cette démarche exploratoire est de sensibiliser les professionnels de santé et les institutions de soins à la complexité que peut générer l'accompagnement des cas de maltraitance infantile. Cela, afin d'accroître la fréquence de signalement en Belgique par les professionnels de la santé, de préserver le bien-être au travail du personnel soignant s'occupant de l'enfant, d'insister sur l'importance d'augmenter les formations à cet effet et de définir les rôles de chaque service gravitant autour de l'enfant.

PARTIE EMPIRIQUE

Dans la suite de ce travail, nous allons essayer de comprendre les enjeux et difficultés qui sont mis en évidence par le personnel soignant pour signaler un cas de maltraitance infantile. Nous allons ensuite essayer de répondre à nos trois sous-questions de recherche mentionnées dans la partie précédente. Pour parvenir à cela, nous exposerons ci-après la méthodologie et l'outil de collecte de données. Nous détaillerons également l'échantillonnage et la méthode d'analyse choisie.

I. La méthodologie

Dans ce chapitre, nous commencerons par expliquer le choix de la méthode d'analyse. Ensuite, nous mentionnerons comment nous avons choisi les professionnels de la santé à interroger, et par quel moyen nous avons décidé de récolter les informations. Enfin, nous détaillerons la méthode d'analyse que nous allons utiliser.

1. Le choix de la méthode

Lors de la rédaction de nos objectifs de recherche et des interrogations qui s'y rapportent, il nous est très rapidement apparu qu'il serait plus pertinent de choisir une approche qualitative plutôt qu'une approche quantitative.

Nous avons choisi cette approche car des données quantitatives ne répondent pas correctement à nos préoccupations et aux interrogations que nous nous posons. En effet, l'approche quantitative aurait permis d'avoir des données sur les taux de signalements effectués dans plusieurs hôpitaux mais cela n'aurait pas permis de prendre en compte l'aspect des sentiments et du ressenti du personnel soignant, que nous voulons mettre en évidence dans ce travail.

Une recherche qualitative va permettre au chercheur de comprendre les processus mis en place par les personnes interrogées. Ce type de recherche analyse des données descriptives, telles que les paroles écrites ou dites, et le comportement observé chez les personnes. Elle s'apparente à une méthode de recherche intéressée par l'observation d'un phénomène social en milieu naturel. Elle ne rejette pas pour autant les chiffres ou les statistiques, mais ne leur accorde pas la première place (Kakai, 2008).

De plus, la maltraitance comporte une part importante de subjectivité. La méthode qualitative s'inscrit donc comme une méthode pertinente puisqu'elle permet l'expression de la subjectivité de l'être humain.

Enfin, plusieurs méthodes existent au sein de ce type de recherche. Celle que nous avons décidé d'utiliser est l'enquête par entretiens, et plus spécifiquement, des entretiens semi-directifs.

Ces derniers vont nous servir à investiguer des faits qui relèvent des phénomènes culturels et collectifs ainsi que des pratiques sociales issues d'expériences individuelles et de pratiques professionnelles (Kivits et al., 2016).

2. L'échantillonnage

Dans ce mémoire, nous n'étudions pas une population mais un sujet en particulier. Le but étant de rechercher les caractéristiques d'un phénomène particulier, ce qui ne permet pas de définir et d'anticiper un nombre exact de participants à l'avance (Kivits et al., 2016). Le chercheur part de ses questions et échantillonne donc le phénomène à l'étude. De ce fait, l'échantillon n'est pas représentatif de la population, il est limité en taille et s'arrête lorsque les nouveaux entretiens n'apportent plus d'éléments nouveaux à l'étude. Ce phénomène apparaît car l'information récoltée devient redondante, il s'intitule la saturation empirique (Kivits et al., 2016).

L'échantillon est choisi en fonction des interrogations qui sont les nôtres, que nous souhaitons explorer et qui reposent sur l'idée qu'il existe un manque de connaissances concernant la problématique de la maltraitance infantile.

2.1 La procédure

Nous avons décidé de cibler notre recherche à la région de Charleroi. Pour ce faire, nous avons contacté des soignants travaillant dans trois hôpitaux situés à Charleroi, dans le Hainaut, en région Wallonne. Les trois hôpitaux sont les suivants :

1. La Clinique Notre Dame de Grâce à Gosselies
2. Le Grand Hôpital de Charleroi
3. L'hôpital Civil Marie Curie

Nous avons recherché les personnes responsables de l'accueil des enfants maltraités dans ces trois hôpitaux, et plus particulièrement dans les services de pédiatrie respectifs. Ensuite, dans chacun de ceux-ci nous avons contacté le médecin responsable, une infirmière ayant déjà dû accueillir un enfant maltraité, et enfin, le psychologue chargé de liaison. Afin de prendre contact avec chacun d'entre eux, nous avons rédigé un mail expliquant le but de notre recherche et demandant s'ils accepteraient de témoigner pour étayer la théorie de ce mémoire (voir Annexe n°2).

Le choix des parties prenantes ne fut pas simple. En effet, dans le but de récolter le plus d'informations possible, il aurait été judicieux d'interroger l'ensemble du personnel soignant de chaque service. Cependant, nous avons décidé de cibler l'échantillon pour ne pas recueillir plusieurs fois les mêmes informations. C'est pourquoi, nous avons décidé d'interroger trois personnes dans chaque hôpital, de 3 professions différentes.

De ce fait, l'échantillon est sélectif, car les fonctions des personnes interrogées sont les mêmes dans chaque hôpital. De plus, les personnes interrogées ont été choisies en fonction des objectifs de la recherche.

3. L'outil de collecte des données

3.1 Élaboration du guide d'entretien

L'outil choisi pour la réalisation de ce mémoire est le guide d'entretien réalisé à partir de la recherche littéraire et de la question de recherche. C'est un entretien semi-directif, ce qui signifie que le chercheur définit un cadre au sein duquel la parole est libre pour la personne interrogée (Aujoulat, 2018). Dans ce type d'enquête, les paroles de l'interlocuteur constituent le matériau répondant à la question de recherche (Kivits et al., 2016).

Grâce à cette méthode, le chercheur peut osciller entre les questions prédéfinies du guide d'entretien et relancer le participant en fonction des réponses qu'il apporte. Ces relances vont permettre de clarifier les choses non comprises ou de reformuler certaines questions. Il est donc important pour nous d'être assez flexible afin de permettre aux interlocuteurs d'amener de nouvelles hypothèses sans oublier quel est l'objet de la recherche.

Les questions du guide d'entretien doivent être claires, précises et courtes, afin de permettre aux répondants d'avoir plus de liberté dans les réponses. Cela permet également d'aborder toutes les questions, même dans un ordre différent que celui prévu initialement.

3.2 Le guide d'entretien qualitatif semi-directif

Le guide d'entretien est repris en Annexe n°1 du mémoire. Vous trouverez également la justification ci-après. En cas de difficulté de compréhension des questions ou dans le cas d'apparition de nouvelles interrogations, nous annexerons toutes les modifications effectuées au guide d'entretien.

Questions	Justification
(1) Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?	Cette question instaure un climat de confiance. Elle permet également d'introduire le sujet de manière douce.
(2) Au cours de votre carrière, avez-vous rencontré beaucoup de cas de maltraitance. Pouvez-vous nous expliquer s'il existe des « profils » de famille où l'on peut retrouver plus facilement de la maltraitance ?	Le but de cette question est de quantifier d'une part, les situations de maltraitance vécues par les soignants. Ensuite, elle demande des précisions sur les profils de famille où l'on retrouve la maltraitance afin de voir s'il est possible de faire de la prévention dans certains cas
(3) Au sein de votre service, comment s'organise l'accueil et la prise en charge d'un enfant suspecté d'être victime de maltraitance infantile ? - Existe-t-il un protocole à suivre en cas de maltraitance infantile ?	Cette question nous permet de vérifier l'existence des protocoles et la connaissance de ces derniers. Elle nous éclaire sur les démarches à suivre et les personnes à contacter. Elle éclaire aussi sur les manquements éventuels des protocoles.
(4) Selon vous, quels sont les barrières et les difficultés que vous rencontrez lors de l'accueil d'un enfant maltraité dans votre service ?	Cette question permet de mettre en lumière les difficultés auxquelles sont confrontés les soignants au quotidien dans l'accompagnement des enfants maltraités. Elle peut faire ressortir des aspects qui n'étaient pas mentionnés dans la revue de littérature.
(5) A l'heure actuelle, on parle beaucoup du manque de signalements des cas de maltraitance, pouvez-vous m'expliquer, les raisons qui selon vous, peuvent entraver le signalement ?	Cette question nous permet de comprendre les raisons qui peuvent empêcher les personnes de signaler les cas de maltraitance.
(6) Durant vos études, avez-vous suivi des formations spécifiques à la maltraitance envers les enfants ?	Cette question permet d'affirmer ou infirmer les propositions mentionnées dans la revue de littérature selon lesquelles les formations actuelles des soignants ne sont pas assez

	élaborées pour permettre une bonne prise en charge des enfants maltraités.
(7) On parle beaucoup de l'importance de la collaboration interdisciplinaire dans ce genre de situation, qu'en pensez-vous ?	Cette question nous éclaire sur les fonctionnements interdisciplinaires au sein d'une équipe. Elle nous informe sur le rôle de chacun et permet de vérifier l'importance de cette collaboration dans ce genre de situation.

Avant de commencer les entretiens, nous avons testé le guide auprès d'une personne extérieure afin de nous assurer de la bonne compréhension des questions posées. Cette dernière a compris toutes les questions sans réclamer plus de clarté. C'est pourquoi nous n'avons plus rien modifié.

Pour introduire le guide, nous précisons aux répondants que les données seront récoltées de manière confidentielle et uniquement utilisées dans le cadre de la recherche au sein de la Faculté de Santé Publique.

Le guide d'entretien débute par une brève présentation du répondant et est ensuite décomposé en cinq sous-questions reprenant les grands thèmes mis en évidence lors de la rédaction de la revue de littérature, à savoir : les profils de familles, la formation suivie vis-à-vis de la maltraitance, les protocoles institutionnels connus, les difficultés rencontrées par les soignants et la collaboration interdisciplinaire à ce sujet. Après ces questions majeures, s'en suivent de plus petites (les relances) permettant de rebondir en fonction des réponses des participants. La durée de l'entretien est d'environ 45 minutes par participant.

4. La méthode d'analyse

En ce qui concerne l'analyse des données, nous allons utiliser la **théorisation ancrée**. Dans cette démarche, l'analyse des données provient des enquêtes et prend en compte l'expérience et l'action des individus plutôt que la forme du discours des répondants (Delefosse & Carral, 2017). La « théorisation » s'apparente à un ensemble de catégories interdépendantes expliquant un phénomène donné, ce qui permet de mieux comprendre la problématique. Le terme « ancrée » signifie que la théorisation débute à partir du matériau empirique et c'est à ce moment-là que les concepts émergents se vérifient et la théorie se valide (Delefosse & Carral, 2017).

Après avoir réalisé chacun des entretiens, seul le contenu d'un entretien a été retranscrit mot à mot, en intégralité (voir Annexe n°3). Pour les autres, seules les parties importantes et les éléments de réponses ont été retranscrits dans les catégories adéquates.

Pour analyser les entretiens, il a fallu suivre les étapes de l'analyse dite thématique (Paillé & Mucchieli, 2016). Nous avons donc lu attentivement chaque entretien de manière individuelle et mis en avant les parties qui nous semblaient importantes pour répondre aux sous-questions de recherche. Nous avons ensuite classé les extraits importants. Après avoir prédéfini les catégories, nous les avons reclassées par rapport aux différentes réponses des professionnels. Pour poursuivre l'analyse, nous avons créé des sous-catégories pour faire émerger des « ensembles thématiques ». Enfin, des arbres thématiques sont apparus au sein des différentes catégories (Paillé & Mucchieli, 2016).

Pour présenter les résultats, nous avons inclus les verbatim des professionnels dans les différentes catégories prédéfinies. Les affirmations des professionnels sont présentées de manière textuelle tout en les comparant.

RESULTATS

Nous avons donc obtenu des résultats sur base de notre matériau que nous allons exposer ci-après. Nous visons donc à mettre en évidence les enjeux et difficultés auxquels sont confrontés les soignants lors de l'accueil d'un enfant maltraité.

Grâce à l'analyse des données relevées lors des entretiens, sont ressorties plusieurs rubriques liées aux enjeux et difficultés lors de l'accueil et de l'accompagnement de l'enfant. Elles s'intitulent comme suit :

1. La maltraitance et les profils types ;
2. Les protocoles ;
3. Les difficultés et barrières liées à l'accompagnement ;
4. Le manque de signalement ;
5. Les formations ;
6. La collaboration interdisciplinaire ;
7. L'organisation du retour de l'enfant ;

Afin de présenter les résultats en restant le plus fidèle à notre entretien, nous allons utiliser des extraits d'entretiens qui illustrent notre analyse avec les mots des répondants. Et, pour pouvoir respecter l'anonymat des participants, nous utiliserons le codage suivant :

- M1 : Médecin de l'hôpital n°1
- I2 : infirmière de l'hôpital n°2
- P3 : psychologue de l'hôpital n°3

Nous allons présenter les personnes qui ont répondu favorablement à notre demande d'entretien ci-après, avec les caractéristiques personnelles de chacun et le contexte de chaque entretien.

Soignant n°1 (M1) :

Médecin pédiatre de 31 ans, travaille en tant que patron responsable depuis 3 ans et demi. L'entretien s'est déroulé dans le bureau médical du service le 04/02/2020. Plusieurs personnes sont passées dans la pièce pendant que nous parlions. L'entretien a duré 1h03min.

Soignant n°2 (P1) :

Psychologue en pédiatrie depuis 2015. L'entretien s'est déroulé dans son bureau personnel le 11/02/2010. Il y avait du bruit dans la pièce voisine. L'entretien a duré 58 minutes.

Soignant n°3 (I1) :

Infirmière de 30 ans. Elle a travaillé pendant 6 ans en pédiatrie générale. L'entretien s'est déroulé dans une pièce calme le 12/02/2020 et a duré 31 minutes.

Soignant n°4 (M2) :

Elle n'a pas pu me recevoir suite aux normes gouvernementales liées à la propagation du virus COVID-19. Nous voulions réaliser un entretien par téléphone mais elle était fort occupée et a préféré décliner.

Soignant n°5 (I2) :

Infirmière de 28 ans, infirmière depuis 7 ans, travaille en pédiatrie depuis 6ans et demi. L'entretien s'est déroulé dans une pièce calme le 5/02/2020. Il a duré 30 minutes.

Soignant n°6 (P2) :

Elle n'a pas souhaité être interrogée. Elle n'a pas donné suite aux deux mails envoyés.

Soignant n°7 (M3) :

Pédiatre généraliste, travaille depuis plus de 10 ans dans ce secteur et est « référente » maltraitance. L'entretien s'est déroulé dans une pièce calme le 09/03/2020 et a duré 46 minutes.

Soignant n°8 (I3) :

Infirmière de 30 ans. Travaille en pédiatrie depuis 9 ans. L'entretien s'est déroulé dans une pièce calme le 28/01/2020. Elle était assez stressée et parlait peu. Il a duré 23 minutes.

Soignant n°9 (P3) :

Psychologue, psycho-urgentiste et psycho-néonatalogue depuis 33 ans. L'entretien s'est déroulé dans une pièce calme le 11/03/2020. Il a duré 44 minutes.

I. Rubrique 1 : La maltraitance et les profils types

Pour répondre à notre première sous-question, j'ai décidé d'essayer d'analyser les types de familles dans lesquelles peuvent plus fréquemment apparaître les différents types de maltraitance. Le but de la question était de pouvoir reconnaître les familles à risque. En plus de ça, nous avons voulu essayer de les « quantifier » dans chaque hôpital afin de témoigner de l'ampleur du phénomène. On classifia donc ici le nombre de cas rencontrés, les types de maltraitance étant le plus présents à l'hôpital, les profils types des familles où apparaît de la maltraitance.

- **Le nombre de cas rencontrés**

Pour rappel, nous avons décidé de demander aux professionnels s'ils avaient rencontré beaucoup de cas de maltraitance depuis qu'ils travaillaient. Selon eux, le nombre de cas rencontrés sur l'ensemble de leur parcours professionnel pour de la maltraitance n'est pas négligeable. Pour les infirmières interrogées, ces situations sont difficilement quantifiables, c'est quelque chose d'assez vague.

I (1) : « (...) quelques-uns... » ;

I2 (2) : « Oui quand même quelques-uns » ;

I1 (3) : « (...) Je n'ai pas vraiment objectivé de maltraitance mais c'était plus des patients qui étaient placés chez nous et auxquels il fallait faire attention lors des visites des parents » ;

I3 (4) : « C'est vraiment dans le milieu professionnel qu'on se rend compte de l'importance de la maltraitance » ;

I1 (5) : « Ah oui et clairement on a eu des cas de maltraitance (...) mais jamais un cas où j'ai observé moi-même des hématomes ou quoi (...) » ;

En revanche, les médecins et psychologues ont plus facilement des chiffres à donner.

P3 (6) : « Entre mille et deux-mille, avec des maltraitances physiques, psychologique et de type abus sexuels (...) » ;

M3 (7) : « J'ai, au cours de ma pratique, rencontré quelques cas de maltraitance très sévères (...) La maltraitance très très sévère, c'était environ une dizaine de cas sur ma carrière » ;

M1 (8) : « Maltraitance sexuelle on est à une dix, quinzaine par an quand même, Et maltraitance, tous cas confondus, on doit aussi à mon avis, être à une dizaine par an » ;

En outre, une des psychologues en rencontre plus souvent au fur et à mesure d'entretiens de suivi que durant les hospitalisations.

P1 (9) : « Oui, mais beaucoup plus en ambulatoire qu'en hospitalisation. (...) J'en ai beaucoup en ambulatoire que je découvrais au fur et à mesure du suivi de l'enfant et que l'enfant me confiait et que donc je devais après retravailler avec le parent (...) et en hospi, souvent un peu pareil, au détour d'un entretien habituel qui souvent ne me laissait pas penser à ça, et puis je le découvrais (...). C'est toujours l'enfant qui m'a confié ça (...) »

- **Les différents types de maltraitance**

En ce qui concerne les types de maltraitance rencontrés, on peut apercevoir ici que tous les types sont rencontrés partout. Pour certains, c'est plus de la négligence avérée que de la maltraitance. Pour d'autres, de la maltraitance psychologique surtout, et enfin, pour certains, c'est plus de la maltraitance physique. C'est très **diversifié**.

M1 (10) : « c'est beaucoup plus de la négligence que de la maltraitance (...) J'ai plus l'impression qu'on est dans de la négligence que de la maltraitance (...) Les enfants battus, secoués... c'est plus rare mais, on en a » ;

M3 (11) : « La maltraitance physique sévère est plus rare. Maintenant, dans la maltraitance physique c'est aussi des soins inadaptés (...). Je dirais que ce qu'on rencontre le plus, c'est de la négligence et avec tous les

bémols de la négligence (...). Les abus sexuels, c'est quand même assez fréquent mais c'est difficile à quantifier (...) » ;

I3 (12) : « (...) *négligences alimentaires et sanitaires plus* » ;

I1(13) : « *plus de la maltraitance psychologique quoi* » ;

P1(14) : « *J'ai eu beaucoup plus de violences physiques que sexuelles. Et quand j'en ai eu, c'était rarement avec des parents et plus souvent avec des camarades de classe à l'école* » ;

• Profils diversifiés

Pour certains, la maltraitance peut arriver dans **n'importe quel « type » de famille**. En effet, que les parents soient issus d'un milieu défavorisé ou plus noble, c'est très variable. En revanche, il semblerait que les cas de **maltraitance physique** soient répandus au sein de toutes les classes sociales de la population.

M1 (15) : « *Non, la maltraitance sexuelle, non. Ca peut être tout venant (...) ça peut être des gens qui ont des revenus tout à fait corrects, qui ont un degré d'éducation tout à fait normal (...) enfin, ça n'a pas de profil particulier.* » ;

M3 (16) : « (...) *maintenant la maltraitance ça arrive partout et elle est parfois beaucoup plus difficile à diagnostiquer dans les milieux plus favorisés mais elle existe* »

I2 (17) : « *Il y a des familles où l'on peut le deviner... au fur et à mesure des années, avec l'expérience et d'autres où (...) on se rend compte qu'on leur aurait donné le bon Dieu sans confession et finalement ben c'est pas du tout le cas* » ;

P1 (18) : « *Non ça peut venir de tout ordre (...) Il y en a partout (...) Que ce soit des familles très chrétiennes, des milieux défavorisés, des milieux très nobles, partout.* » ;

P3 (19) : « (...) *puis les abus sexuels, ça, on peut le retrouver effectivement dans tous les milieux confondus, avec une symptomatologie qui s'exprime différemment, qui est beaucoup plus camouflée, intellectualisée dans le système défensif et d'autoprotection de la dynamique familiale pathogène dans les milieux socio-économiques plus favorisés.* » ;

P1 (20) : « (...) *Maintenant, je ne dirais pas du tout que lorsqu'il y a une atteinte physique ça arrive plus dans les milieux défavorisés, ça je ne dirais pas du tout* » ;

I3 (21) : « *On en parle pas beaucoup mais je pense qu'il y a beaucoup de maltraitance partout, c'est pas vraiment ciblé* » ;

En ce qui concerne les négligences au sens strict, selon les professionnels de la santé, c'est surtout **l'éducation et l'information** qui jouent un rôle. C'est pourquoi, selon eux, les personnes issues de **milieux défavorisés sont plus à risque** de négliger les enfants par manque de connaissances sur l'éducation.

M1 (22) : « *pour la maltraitance et la négligence, c'est plutôt souvent des familles jeunes, j'ai l'impression qu'on le voit souvent chez des jeunes parents (...) qui ont une éducation plus simple* » ;

M3 (23) : « On sait que les familles en situation de précarité, c'est un facteur de risque, sans être stigmatisant, c'est un fait (...) Ca peut être de la précarité, des familles monoparentales, des familles qui connaissent déjà la violence (...) ce sont des voyants rouges qui doivent s'allumer dans des situations difficiles » ;

P1 (24) : « Par contre, dans les milieux où on a peu d'informations sur l'éducation bienveillante, on va avoir une éducation plus autoritaire (...) dans les milieux défavorisés. On a eu des retours scientifiques où ça a été prouvé que le manque d'informations des parents pouvait amener à la négligence car ils ne savent pas » ;

P3 (25) : « Bon, profil des familles, il est vrai que les passages à l'acte niveau maltraitance physique, on a une maltraitance plus prédominante dans les situations psycho-sociales défavorisées, milieux quart-monde, milieux carencés, familles très déstructurées avec des moyens physiques et psychiques très atténués, des familles avec problèmes d'alcool, consommation de drogues etc. (...) » ;

I1 (26) : « Je pense qu'il ne faut pas faire de généralités mais que les personnes qui ont été maltraitées elles-mêmes enfants, il y a un risque qu'elles le reproduisent (...) et les personnes qui viennent des milieux défavorisés seraient plus enclin à maltraiter leur enfants, sans les frapper d'office mais les négliger, ça oui (...) » ;

- **La notion de prévention**

Une chose importante mise en évidence par un des psychologues est l'importance de la **prévention dans les familles à risque**. En effet, selon lui, la réduction des séjours en maternité à l'heure actuelle nuit à l'accompagnement des familles à risque. Il semble important pour lui de prendre le temps de travailler le lien mère-enfant, la notion d'attachement dès les premiers jours de la vie pour réduire le taux de la maltraitance dans la petite enfance.

P3 (27) : « Mais c'est intéressant de travailler aussi dans tout ce qui est la psychologie périnatale, vu que j'ai travaillé aussi en maternité, c'est qu'on peut effectivement voir des familles plus fragiles que d'autres et donc on est plus attentifs avec le pédiatre, l'ONE et les instances qui accompagnent déjà la famille que pour essayer de faire de la prévention (...), que pour éviter tout passage à l'acte ultérieur dans le développement de l'enfant, donc travailler le lien, l'attachement, développer une notion de contenance et sécuriser de Winnicott, dès le départ, ça c'est vraiment un axe de travail préventif qui est hyper intéressant par rapport à ces familles, dites maltraitantes quoi (...). C'est toujours intéressant de pouvoir observer ces familles « à risque » en maternité, mais, maintenant que les séjours en maternité sont raccourcis, l'axe de la prévention a été fortement altéré, selon moi, depuis qu'il y a cette règle de raccourcir les séjours en maternité qui est maintenant de deux jours alors qu'avant, on pouvait les tenir 4 à 5 jours (...) Ca pose problème selon moi » ;

II. Rubrique 2 : Les protocoles

Les protocoles sont un point essentiel à mettre en avant dans cette problématique. En effet, il ressort de la littérature, qu'à l'heure actuelle, les démarches et procédures de signalement sont encore fort méconnues. C'est pourquoi, il nous semblait intéressant d'interroger le personnel soignant sur l'existence éventuelle de protocoles pouvant leur dicter la marche à suivre lors du signalement d'un cas de maltraitance. Il paraît important d'évaluer les connaissances du personnel à ce sujet afin de pouvoir sensibiliser le personnel sur l'importance de connaître ces protocoles.

- **L'absence de procédure type**

Pour la plupart des soignants interrogés, l'existence d'un protocole est encore **méconnue**. En effet, il existe un protocole type commun à toute l'entité de Charleroi pour les maltraitances sexuelles (cfr annexe n°4), mais qui n'est connu que des médecins, pas des autres soignants. De plus, en cas de tout autre type de maltraitance, **il n'y a pas de « procédure type »** à suivre. C'est une procédure classique comme tout autre type d'hospitalisation.

M1(28) : « Alors on a un protocole. Un protocole type qui est commun aux trois hôpitaux de la région (...) pour la maltraitance sexuelle (...) et donc la, le protocole est bien défini » ;

M1 (29) : « Maintenant, pour tout autre type de maltraitance, c'est une prise en charge classico-classique, via les urgences (...) il n'y a pas de protocole type, non » ;

M3 (30) : « Alors, on a un protocole qui reprend à la fois la prise en charge globale (...) et un protocole médical assez clair pour tout ce qui est abus sexuels. Ce protocole a été élaboré avec les deux autres hôpitaux de la région (...) car les prises en charge étaient très hétérogènes en fonction des endroits, parfois largement déficientes (...) et de là, a découlé un protocole pour la maltraitance en général mais le protocole est beaucoup moins strict, si ce n'est qu'il ne faut jamais laisser l'assistant seul, le patron doit toujours être prévenu et voir l'enfant »

P3 (31) : « (...) Il n'y a pas un protocole type de « on fait ceci, on fait cela » non, mais par contre, il y a une obligation à ce que le psy soit rappelé, il est rappelé et doit faire une analyse de la situation et après toute une observation avec l'équipe pluridisciplinaire que pour en arriver au diagnostic de maltraitance et la prise en charge est singulière, il n'y a pas de protocole typique utilisé (...) ça varie, c'est au cas par cas » ;

P1 (32) : « Alors, je ne pense pas. Maintenant c'est possible qu'il y en ai un. (...) » ;

I1 (33) : « Pas que je sache. Maintenant j'avoue que il faudrait que je m'intéresse à ça »

I3 (34) : « Pas à ma connaissance » ;

Les inconvénients liés à cette non-existence de protocole type sont multiples selon les différents intervenants. Tout d'abord, il est souligné **qu'un protocole commun à plusieurs hôpitaux n'est pas optimal** pour que chacun puisse s'y retrouver.

M1 (35) : « Pour les maltraitances sexuelles, je pense que (...) ils veulent essayer de trouver un protocole par hôpital ou par réseau, pour que ce soit bien "cadenassé" et que chaque personne sache ce qu'elle doit faire, et où sont tous les intervenants » ;

Ensuite, pour certains, le fait qu'il n'existe pas de protocole est une faiblesse car tous les **intervenants ne sont pas toujours présents à l'hôpital**. En effet, lorsqu'un enfant maltraité arrive en pleine nuit, il faut savoir qui contacter et à qui faire appel. Ces démarches prennent du temps et vont retarder le bon accueil de l'enfant.

I3 (36) : « (...) oui, dans le sens où si la situation est vraiment critique, on n'a pas toujours les coordonnées pour la situation (...) donc, il faut des recherches et surtout si l'enfant arrive en plein milieu de nuit, (...) c'est reporter déjà au lendemain pour qu'on trouve les bonnes personnes à contacter quoi » ;

De plus, on peut également se rendre compte que **la communication interdisciplinaire n'est pas optimale puisque toutes les professions de la même équipe n'ont pas forcément les mêmes informations quant à la marche à suivre**. Cependant, même dans le cas de la maltraitance sexuelle, les soignants n'ont pas de réelles connaissances de la méthode à appliquer. Ils connaissent plus ou moins les personnes qui doivent intervenir, mais n'ont pas conscience de leur propre rôle dans l'accompagnement de l'enfant.

P1 (37) : « *Au moment où la convention a été faite avec Dr X, nous on a jamais été mises au courant (...)* » ;

I1 (38) : « *(...) Je dirais qu'il faut un premier contact avec un psychologue et je sais qu'ils ont les numéros du Parquet de Charleroi pour contacter les juges si jamais il y a besoin (...)* » ;

I1 (39) : « *En soi, je suppose que ça doit être les mêmes procédures que dans mon ancien hôpital, un contact avec le service social, les psychologues et un appel au parquet* » ;

I2 (40) : « *Je ne sais pas... Je connais les intervenants (...) mais je ne sais pas si il y a une marche précise à suivre* » ;

- **La méconnaissance du protocole**

Le protocole n'existant qu'en cas de maltraitance sexuelle, il est difficile d'évaluer les connaissances pour les procédures des autres types de maltraitements. A part les médecins, personne n'a pu parler de la procédure en cas de maltraitance sexuelle, commune aux trois hôpitaux de la région. En ce qui concerne les assistants, ils apprennent surtout sur le terrain à gérer la situation, dans la plupart des cas.

M1 (41) : « *Je pense que des gens qui sont en dehors de l'hôpital ne savent clairement pas quoi faire (...) Ils se tournent vers nous parce que ça commence à se connaître qu'on devient plusieurs hôpitaux à être référents là-dedans* » ;

M1 (42) : « *Mais donc généralement c'est bien géré, et les assistants ne doivent pas trop s'en soucier mais toute l'équipe médicale ici est au courant de comment ça fonctionne (...) mais pas spécialement infirmière* » ;

M3 (43) : « *Normalement, on explique aux assistants qu'il existe un protocole et sur les feuilles, c'est bien clair, quant à la maltraitance de manière plus générale, on leur dit qu'il faut prévenir le patron et en général c'est au fur et à mesure des rencontres (...) qu'on a le temps de discuter de ça avec eux (...)* » ;

M3 (44) : « *Ce qu'il y a c'est que pour les maltraitements sexuels, il y a un enjeu médical très strict car dans les 72 heures, il y a une prophylaxie à démarrer, une série de prélèvements à faire (...) et donc ça c'est très bien protocolé. Pour la maltraitance en général, ça rejoint finalement les cours de médecine générale par rapport à la prise en charge d'une fracture, d'une lésion abdominale et après il y a tout l'aspect social, avec le SAJ, SPJ etc. et ça c'est des choses dont on discute au fur et à mesure (...)* » ;

P3 (45) : « *En tout cas, ça existe depuis toujours ici, on a toujours fonctionné avec un psy qui est rappelable dans une situation problématique dans le cadre de la pédiatrie générale (...)* » ;

Selon d'autres intervenants, c'est **la collaboration des équipes qui n'est pas optimale**. De ce fait, l'existence d'un protocole pourrait donc avoir de la valeur et inciter tous les membres à collaborer. Dans

un hôpital, le psychologue est d'office rappelé pour les cas de maltraitance, alors que dans l'autre, pas du tout.

P1 (46) : « *Il n'y a pas de collaboration avec le médecin. Du coup, nous on aimerait être mises dans le circuit (...) On ne nous appelle pas (...) On a eu l'accord avec les médecins pour être appelées directement mais dans le concret, ça ne se fait pas encore.* » ;

P3 (47) : « *C'est quelque chose qui fonctionne déjà bien, mais c'est vrai que l'idéal ce serait d'avoir beaucoup plus de temps, beaucoup plus de moyens au niveau d'une équipe que pour pouvoir travailler de façon encore plus élaborée la problématique (...)* » ;

M3 (48) : « *(...) on avait tenté d'avoir une infirmière référente maltraitance et ça n'a pas vraiment pris, je pense que ce qui a été compliqué, c'est de tenir tout le monde au courant des protocoles, je suis référente mais pas toujours appelée, et c'est vrai que c'est du psychosocial donc c'est difficile d'avoir quelque chose de standard (...)* » ;

Enfin, pour certains, le fait qu'il n'existe pas de protocole ne constitue pas un problème car ils peuvent se référer au pédiatre pour savoir comment agir. Le **médecin reste donc la référence** dans la prise de décision face à un problème de suspicion de maltraitance.

I1 (49) : « *(...) Ca m'empêchera pas, si il n'y a pas de protocole, de le signaler au pédiatre(...)* » ;

I3 (50) : « *(...) on en discute entre nous en général. En général si on suspecte quelque chose chez un enfant, on en discute entre nous, on voit un peu les points de vue de chacune ou de chacun et ensuite on en parle au pédiatre, qui intervient à ce moment-là.* » ;

I2 (51) : « *(...) C'est plutôt par rapport aux parents si on sait que c'est eux qui font la maltraitance (...) sinon il y a pas de soucis, je contacte le pédiatre* » ;

M3 (52) : « *Je pense que c'est plus difficile à protocoler et en même temps peut être moins nécessaire car la gestion de la traumato, ça reste de la traumato globale (...) la prise en charge psychosociale c'est autre chose, c'est plus difficile à mettre par écrit car c'est très variable au cas par cas* »

III. Rubrique 3 : Les difficultés et barrières liées à l'accompagnement de l'enfant

Dans cette rubrique, nous avons voulu mettre en évidence les différentes difficultés que peuvent rencontrer les soignants s'occupant de ces enfants, victimes de maltraitance. Nous avons classé les idées par groupe pour faire émerger les différentes difficultés qui ont été mise en évidence.

- **Les équipes**

Un des premiers points à mettre en évidence est que les équipes ne sont pas assez nombreuses pour intervenir correctement dans ces situations. Soit, il y a trop peu de personnel, soit, il y a trop de travail, soit les disponibilités ne conviennent pas avec l'hospitalisation.

I3 (53) : « *Oui ça a déjà été longuement discuté malheureusement comme ça revient régulièrement c'est le manque de personnel* » ;

I2 (54) : « Ben déjà chez nous, on n'accepte jamais les situations de maltraitance un vendredi soir pour le week-end, parce qu'on a pas le personnel pour les gérer le week-end » ;

I2 (55) : « (...) Qu'on prenne soin de la même façon, oui on essaie de les satisfaire au mieux, après ça dépend aussi de la disponibilité qu'on a dans le service et de la charge de travail parce que c'est un service où il y a des enfants malades et des enfants maltraités (...) »

I1 (56) : « Par exemple dans mon ancien service, c'était une plus petite pédiatrie et il n'y avait pas d'éducateur, juste une institutrice et pour prendre l'exemple des enfants en bas âge, ben nous on était occupées avec nos patients, on n'avait pas toujours l'occasion de jouer avec lui ou quoi... » ;

I1 (57) : « Il faudrait vraiment quelqu'un pour s'occuper de ces enfants parce que le personnel n'a pas assez le temps pour le faire » ;

M1 (58) : « On aimerait tous avoir une équipe de rêve : avec des vraies assistantes sociales, des psychologues qui sont là tout le temps, avec... parce qu'en fait c'est ça qui manque (...) »

I3 (59) : « Il manque des choses dans le sens où quand un enfant arrive, encore une fois, genre après 16 heures, il n'y a plus d'assistante sociale, il n'y a plus de psychologue présente... A ce moment-là le personnel est déjà réduit, donc la prise en charge, je trouve, est moins efficace pour ce genre d'enfants » ;

M1 (60) : « On est un petit peu démunis ici malheureusement (...), quoi que ça va changer parce qu'on n'avait qu'une psychologue mi-temps et donc bah du coup ce n'était pas très utile, le service social il est cachectique et donc du coup on n'a pas beaucoup d'aide de ce côté-là » ;

P1 (62) : « Le fait qu'à l'hôpital, on puisse décider d'une convention avec sans doute, en écrit, l'aide d'un psy et qu'en pratique ça ne se fait pas, c'est que déjà là, il y a quelque chose qui ne va pas » ;

• Les services sociaux

Un deuxième problème mis en évidence par la plupart des intervenants, c'est **l'accompagnement des services sociaux**. Il existe un **gros manquement** pour prendre en charge ces enfants par la suite et cela viendrait du fait que les services sociaux ne s'impliquent pas autant que les soignants. En effet, les services sont débordés et les permanences ne le permettent pas.

M1 (63) : « Pour moi le problème vient simplement de l'accompagnement quoi, au niveau des services sociaux... du relais en fait. »

M3 (64) : « Ce qui est lourd aussi c'est l'accompagnement social de ces enfants-là. Donc on a un service social mais qui est en temps partiel et qui n'est pas non plus pour les externes et donc c'est vrai que finalement, une grosse partie du boulot social revient au médical et là on n'est pas assez formé, on n'a pas le temps et donc c'est compliqué (...) » ;

M1 (65) : « Après, bah l'accompagnement au niveau des services sociaux, bah quand on voit parfois le type de familles qu'on se dit qu'ils viennent une fois par semaine et que l'heure elle est définie donc les parents ont le temps de ranger la maison pour que ça paraisse plus ou moins correct, c'est à ce moment-là que ... » ;

I3 (66) : « (...) maintenant c'est vrai que pour joindre les services d'aide à la jeunesse, c'est vraiment très compliqué de pouvoir avoir un contact avec eux... Pour obtenir un rendez-vous, et quand parfois ils connaissent une situation, ils ne se déplacent pas forcément assez rapidement pour venir prendre connaissance de la situation de l'enfant » ;

M3 (67) : « Ce n'est pas toujours les mêmes personnes, c'est toujours une personne différente qui est de permanence, ils sont joignables en général une à deux tranches horaires sur la semaine de deux heures donc c'est très restreint, ils ne sont pas dans l'urgence comme nous on peut l'être parfois, et ça tourne beaucoup car les délégués ont tendance à ne pas rester trop longtemps donc souvent c'est des jeunes et... voilà, c'est un boulot difficile et ils ne sont pas outillés (...) » ;

P1 (68) : « Ca m'est déjà arrivé que dans des situations très très compliquées, le SAJ avait stoppé quoi. Donc ça c'était encore pire » ;

- **Le manque de places**

Il semble également difficile d'organiser au mieux l'accueil de ces enfants car les **structures spéciales existant pour les accueillir manquent de places**, les délais d'attente sont trop importants. Dès lors, il est difficile de s'occuper correctement de ces enfants lorsqu'on est conscient qu'ils ne sont déjà pas au bon endroit.

M1 (69) : « (...) C'est par manque de moyen de sorties en fait. C'est parce que il n'y a pas de place en pouponnière... » ;

M1 (70) : « (...) il y a des structures qui existent mais ce n'est jamais assez parce que il y en a toujours trop, toujours trop d'enfants. » ;

M3 (71) : « Au Houtman¹¹, ce qu'ils préconisaient c'était d'avoir des centres de référence pour les abus sexuels mais l'idée serait d'élargir pour tout ce qui est question de maltraitance »

P3 (72) : « Nous, notre mission, elle se termine à un moment donné, mais il y a souvent des bug parce que effectivement il y a un manque de places, un manque d'institutions, un manque de personnel après la phase aiguë en pédiatrie » ;

- **Le temps**

Ce qui est mis en évidence ici, **c'est le temps que prennent les dossiers** de maltraitance. Trop nombreux, le personnel de l'aide à la jeunesse manque de temps pour l'accompagnement. Ce sont donc les enfants qui, malheureusement, en subissent les conséquences.

M1 (73) : « (...)et ils passaient 3 mois chez nous... et on ne faisait rien de nouveau avec ces parents, on attendait juste le rendez-vous du SAJ et que quelqu'un se bouge au parquet, et puis l'ordonnance de placement, puis l'ordonnance du juge, ensuite le départ en pouponnière qui se faisait en 24 heures de temps (...)Et ça, ça prend des durées gigantesques » ;

M1 (74) : « il y a tellement de problèmes alors qu'il y a pas assez de solutions ou pas assez de monde pour solutionner ça, les délégués elles sont complètement submergées par leurs cas, (...) quand je vois récemment les cas qu'on a, c'est le temps que la déléguée prenne connaissance du dossier, elle a deux permanences par semaine le matin et l'après-midi, et puis ensuite elle prend connaissance du dossier, elle accepte de faire ça puis elle doit en discuter avec sa directrice, ensuite elle rencontre les parents mais il s'est passé cinq jours ou six jours où en attendant, l'enfant... il se passe rien. » ;

¹¹ Le Fond Houtman est né en 1989 en faveur de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE). Il n'a cessé, depuis, de soutenir des actions et des recherches-actions pour l'enfance en difficulté en Communauté française de Belgique.

M1 (75) : « (...) les trucs ont pris du retard à mort et finalement cet enfant est resté dans sa maison et il est décédé chez lui quoi. » ;

Outre cela, le personnel soignant se plaint **de ne pas avoir assez de temps** pour assumer correctement les patients.

P3 (76) : « Plus de temps aussi, pour les psys car on n'a pas suffisamment d'heures dans le cadre de la pédiatrie que pour vraiment travailler avec l'enfant ou l'adolescent et les différentes personnes de la famille et les intervenants extérieurs aussi, il faut redéfinir un cadre etc., et avec le temps qui nous est octroyé, c'est parfois un peu court quoi (...) » ;

- **Les conséquences pour les enfants**

Une des conséquences pour l'enfant, évoquée par tous les intervenants, est la notion de **maltraitance institutionnelle causée parmi eux**. A force d'être hospitalisés dans des services de pédiatrie générale qui ne sont pas les services de référence, ces jeunes ne sont pas bien accompagnés. Le personnel n'est pas assez nombreux pour s'en occuper totalement.

M1 (77) : « C'est pour ça qu'il y a eu cette nouvelle circulaire qui a des points positifs et négatifs mais dans les points positifs, pour nous l'hôpital, l'enfant ne peut pas rester normalement plus de deux jours à l'hôpital. (...) Ca c'est dans les faits. Dans la réalité, ce n'est pas comme ça que ça se passe. Parfois ils restent plus longtemps. (...) Alors que, quand j'ai commencé il y a trois ans, il y en avait qui restaient 4, 5 mois, voire parfois plus. (...) Et donc cet enfant, à partir du moment où on a une salle hivernale de 27 lits qui sont remplis et qu'on a des gosses qui sont petits et qui ont besoin qu'on joue avec eux, qu'on parle avec eux, de sortir de la structure hospitalière, bah là on fait de l'hospitalisme mais c'est des enfants qui régressent psychologiquement. Là, on ne s'en sort plus. »

M1 (78) : « (...) de voir un enfant qui commence à faire de l'hospitalisme chez nous, et qui commence à se dégrader et que nous on commence à être négligents par rapport à l'enfant. » ;

I3 (79) : « Oui, c'est un problème dans la situation de l'enfant comme on ne peut pas rester à côté du parent, enfin ce n'est pas notre rôle non plus en tant qu'infirmière d'être à côté du parent mais le fait de ne parfois ne pas pouvoir le faire est très dérangeant car si le parent est enfermé avec l'enfant dans la chambre et qu'on est occupés avec un soin chez un enfant malade, à ce moment-là, voilà, il pourrait arriver quelque chose et qu'on ne le voit pas tout de suite. Et oui ça c'est dérangeant » ;

I2 (80) : « Quand on a plusieurs choses à faire, qu'on s'occupe des urgences en même temps, ou qu'on a ses enfants qui ne vont pas bien et qu'on a pas assez de personnel, ben ces enfants-là on est obligés de les remettre dans la chambre tout seuls et ils pleurent mais on a pas le temps de s'occuper d'eux (...) et ça brise un peu le cœur car on sait qu'ils ont besoin mais on a pas le temps » ;

I1 (81) : « (...) nous on réalisait aussi de la maltraitance en quelques sortes car quand l'enfant pleurait, on avait pas toujours l'occasion de le prendre à bras ou de faire quelque chose. Donc oui, à ce niveau-là, (...) je trouve que la prise en charge n'était vraiment pas optimale car quand les enfants étaient placés chez nous, on ne met pas de personnel en plus pour combler ce manque là (...) » ;

P1 (82) : « (...) Pour l'enfant ça dépend de l'âge mais il est content parce que son parent est quand même là, il s'accroche au parent car il a peur de l'abandon (...) maintenant il faut savoir qu'il y a des enfants c'est leur quotidien d'être dans la violence, du coup quand on les enlève de ce milieu-là, c'est là ou pour eux c'est bizarre même si nous on se dit que c'est essentiel, il y a des enfants qui se meurent psychologiquement donc même si

c'est essentiel, pour eux c'est catastrophique de les enlever du parent et on ne le fait que très rarement (...) c'est très rare, j'ai vu des enfants se faire maltraiter plusieurs fois et ils sont toujours au même endroit (...) »

P3 (83) : « *Il y a aussi tout le problème des hospitalisations qui sont parfois trop longues et donc l'enfant reste parqué dans un service de pédiatrie générale alors qu'il serait mieux pris en charge dans un service plus adapté, donc c'est un service de pédiatrie générale et quand il reste plus de deux semaines, il y a tout un problème et donc là il y a tout un travail qui devrait être plus élaboré avec tout ce qui est les instances juridiques que pour développer un transfert dans des institutions plus adéquates qu'un service de pédiatrie générale (...) » ;*

- **Non utilisation des ressources**

Ce qui est mis également en évidence par les médecins, c'est que de nombreuses structures existent mais ne sont pas assez connues. Ce sont de petites ASBL qui ont du mal à survivre alors qu'elles pourraient être bénéfiques pour ces enfants.

M1 (84) : « *C'est-à-dire qu'il y a tellement de choses qui existent sur le marché comme des aides en milieu ouvert, que ce soit des aides précoces, que ce soit des aides à domicile, des aides à la commune, que ce soit tous ces trucs-là... Pour les familles précarisées (...), mais le problème c'est que c'est qu'on ne les utilise pas ou alors ils sont complètement surbookés » ;*

M3 (85) : « *Non ce n'est pas toujours facile, d'autant que ces structures parfois ne survivent pas ou changent d'orientation... Il y a aussi des structures qui fonctionnent sur mandat SAJ et des structures qui fonctionnent sans mandat ou encore des structures d'évaluation, comme par exemple le MIF¹² qui évalue les besoins de l'enfant qui sont évalués au domicile, de manière éducative mais c'est pour des durées assez courtes et des situations « très interpellantes » » ;*

- **Les structures**

Dans la plupart des entretiens, les soignants soulignent que les structures qui existent **ne sont pas assez adaptées** à un accompagnement optimal. Il faudrait une structure **spécifique spécialisée « maltraitance » avec une personne de référence**. Celle-ci serait responsable de la gestion de la structure et ce, afin de diminuer les intervenants et d'améliorer les délais d'accueil. Il apparaît également que les structures **pédopsychiatriques ne sont pas adaptées à ces enfants**. En effet, ces dernières, déjà surchargées par de grosses pathologies psychiatriques ne peuvent pas assumer les cas de maltraitance. La prise en charge n'étant pas la même.

M1 (86) : « *Moi je pense que dans l'idéal, dans l'idéal vraiment, il devrait presque y avoir une structure un peu mobile, donc dans le meilleur des mondes, il y a ça dans certaines villes, des structures mobiles qui ont l'habitude de ça, qui gèrent ça, et qu'on peut appeler et qui vont jouer le chef d'orchestre. Je pense que parfois, voilà, il manque un chef d'orchestre, qui soit vraiment pour l'enfant et qui gère plusieurs aspects, donc c'est vraiment un acteur pour un enfant et ce chef d'orchestre puisse gérer un peu tout le bazar ça ce serait vraiment dans l'idéal. Ce serait vraiment dans le meilleur des mondes mais ce n'est pas possible... Parce que c'est ça il manque vraiment un chef d'orchestre, chacun fait sa popote de son côté et puis il faut tout rassembler. C'est un peu l'impression que j'en ai » ;*

¹² MIF : mesure d'indépendance fonctionnelle pour l'enfant

M3 (87) : « Alors je pense que l'idéal ce serait une structure spécialisée pour ces enfants, que ce soit les abus sexuels ou maltraitance physique car finalement les deux se regroupent »

M1 (88): « Donc il n'y avait aucune structure adaptée qui existait qui s'occupe d'enfants ou de familles handicapées. Donc du coup cet enfant était parqué à l'hôpital (...) Il était dans une zone grise (...)rien n'existait (...) » ;

M1(89) : « les structures pédopsychiatriques c'est la catastrophe hein. Ils ont des pédopsychiatres mais ils commencent à 16 ans (...), des gosses qui ont été violés pendant 5 ans et qui ont 9 ans maintenant, c'est pas d'un pédopsychiatre qui s'en occupe à 16 ans qu'il a besoin, c'est d'une structure spécialisée là-dedans quoi (...) mais là on est complètement démunis, ça c'est sûr. » ;

P3 (90): « Donc les services de pédopsychiatries sont complètement surchargés, il y a des délais d'attente complètement épouvantables, les institutions sont complètement surchargées aussi et donc c'est pour ça qu'on se retrouve avec des enfants qui trainent dans les services de pédiatrie » ;

I1 (91): « (...) Je pense que pour ces gens-là, il faudrait un suivi à la maison beaucoup plus poussé, et ça je trouve qu'il y a des manquements, parce que c'est bien de faire une visite sur la journée mais après on ne sait pas ce qu'il se passe le reste de la journée (...) » ;

- **Le besoin d'une spécialisation particulière**

Selon certains, il manque également des fonctions spéciales dans les équipes en pédiatrie générale qui entravent l'accompagnement des enfants maltraités. Dans les cas de maltraitance sexuelle, on a besoin d'un **gynécologue** pour les sets d'agression sexuelle, et d'un **infectiologue** pour analyser les prélèvements, ce qui n'est pas présent dans tous les hôpitaux. De plus, pour la partie psycho-sociale, il serait intéressant d'avoir un **pédopsychiatre** pour pouvoir également prescrire des médicaments dans les situations les plus délicates afin de soutenir les psychologues.

M3 (92) : « Par exemple dans les cas de maltraitance sexuelle, s'il faut mettre un traitement préventif, on a pas ça ici, on doit l'envoyer dans l'hôpital X mais après ils nous renvoient le patient, si on doit faire un SAS¹³, c'est la même chose, on les renvoie aussi vers cet hôpital car pour les analyses, il faut un infectiologue ils estiment que c'est compliqué et qu'on a pas des infectiologues dans tous les hôpitaux et pour le SAS, les gynéco n'étaient pas trop pour car on ne le maîtrise pas bien (...) » ;

P3 (93) : « Il y a toujours des choses à améliorer, c'est indéniable (...) ici, il nous manque un pédopsychiatre et moi en tant que psychologue clinicien, je suis quelques fois démuni par rapport à l'appui du pédopsychiatre dans la réflexion clinique (...) ça c'est une fonction qui manque dans la prise en charge » ;

- **Les répercussions psychologiques sur le personnel**

Les répercussions notables sur le personnel soignant sont multiples et dépendent de chacun. Cependant, la plupart des personnes interrogées expliquent qu'il est difficile de mettre une **barrière** entre l'affectif et le professionnel mais qu'elles y arrivent. Selon une infirmière, le fait d'être maman peut compliquer la situation dû à un « **transfert** » de sentiments.

¹³ SAS: set d'agression sexuelle

M1(94) : « Enfin oui affecté dans le sens ou (...) je suis triste de ce qui arrive aux enfants » ;

M1 (95) : « Après, j'ai plutôt un sentiment de colère par rapport aux parents et par rapport à comment est-ce possible de faire ça mais mon job est justement de les aider donc si j'arrive à les aider, je suis content. » ;

P1 (96) : « (...) à partir du moment où j'ai eu une vie de famille, il y a une projection qui se fait et du coup, là c'est beaucoup plus difficile de mettre une distance. C'est beaucoup plus compliqué (...) » ;

M3 (97): « (...) C'est quand même très lourd comme pathologie finalement et donc c'est bien d'avoir une équipe finalement parce qu'une infirmière référente, s'il n'y a pas toute l'équipe, ça va pas. Et en fait on lui donnait tous les cas difficiles et tous les ennuis et ça, ça doit être réparti sur toute l'équipe et une référente uniquement pour des conseils (...) » ;

I3 (98): « C'est pas toujours évident parce que forcément c'est des enfants qui sont plus attachants que d'autres puisqu'ils ont besoin de plus d'attention, (...) ne pas trop prendre à cœur les choses, parce que c'est pas évident mais avec l'expérience et les années on apprend, malheureusement à se détacher un minimum quoi. Après on reste humain et donc il y a toujours une part de soi qui...qui est plus sensible, après ça c'est normal. » ;

I2 (99) : « Bah si c'est dur quand même parce que quand on sait ce qu'ils ont vécu, on se dit des fois on ose même pas imaginer (...) on ne sait pas ce qu'il a vécu du coup on ne sait pas comment il va réagir à certaines situations (...) des choses qu'on oserait peut-être pas faire avec certains... » ;

M3 (100) : « (...) Quand on accueille un enfant comme ça on est parfois fort dans l'émotionnel car c'est des moments très durs (...) »

I2 (101) : « (...) Il faut séparer le boulot et la maison, sinon on ne s'en sort plus » ;

P1 (102): « C'est très intense comme séance (...), ça prend énormément d'énergie. Moi j'ai eu des parents qui m'ont regardé dans les yeux et qui m'ont dit qu'ils continueraient à le faire, et moi je leur ai dit que je ne laisserais pas partir cet enfant s'ils continuaient (...)» ;

I1 (103) : « Ben je pense que le fait que je n'ai pas d'enfant ça aide parce que souvent les mamans ont du mal parce qu'il y a un transfert qui se fait (...) mais j'avoue qu'on s'attache (...) on est un peu une « deuxième maman » (...) mais je ne sais pas comment j'ai fait mais j'arrive à mettre une barrière et ne plus y penser » ;

P3 (104) : « L'objectif quand on prend en charge un enfant victime de maltraitance, c'est de le ré humaniser, parce qu'il a été mis à la place d'un objet, et il faut le replacer en tant que sujet (...). Mais la prise en charge, pour moi, a toujours été dans l'accueil de la bienveillance (...) Moi je reste toujours dans mes émotions, tellement on est face à de l'innommable (...) il y a tout un travail sur soi-même qui doit être fait, et un travail d'équipe et des débriefings qui peuvent se faire (...) » ;

- **Les parents**

En ce qui concerne les parents, la situation est relativement la même pour tout le monde. Le ressenti des soignants envers eux est sensiblement identique. Ils éprouvent à leurs égards des désapprobations mais dans la plupart des cas, ils parviennent à rester professionnels. Enfin, les médecins n'hésitent pas à demander de l'aide aux gardes ou à d'autres personnes si la situation est trop délicate.

I3 (105) : « (...) pas maltraitants physiquement mais plus moralement pour les enfants où on doit intervenir dans le sens où les parents sont parfois sous l'emprise de l'alcool ou de la drogue où on doit dire stop aux

parents et se dire bon maintenant faut y aller, faut laisser l'enfant seul où les parents ne sont pas contents (...) les parents ne comprennent pas ça donc on fait intervenir les gardes s'il est nécessaire quoi » ;

M1 (106): « Il y a des parents avec qui ça passe, d'autres avec qui ça casse. Il y en a beaucoup avec qui ça passe, après beaucoup avec qui on a eu des conflits, qui ne pouvaient pas entendre certaines choses, notamment, surtout dans les problèmes de maltraitance sexuelle (...) on a déjà eu un père qui tabassait la mère dans la chambre et là c'était les gardes, les machins qui sont venus en renfort, on a prévenu les psychologues, etc. Oui on a déjà eu des cas comme ça, bien-sûr » ;

M3 (107): « Moi je suis toujours très transparente avec les parents, je leur dit ce que je pense clairement (...) en expliquant que je ne suis ni juge ni avocate mais que ce que je vois ne correspond pas à ce qu'ils m'expliquent et que je suis inquiète pour leur enfant et que mon boulot de médecin c'est de protéger leur enfant (...) » ;

M3 (108): « (...) Alors SAJ, pour les gens ça veut dire placement. Mais ça arrive d'avoir des gens qui sont OK avec ça (...) Les grosses insultes c'est rare, ils sont surtout fâchés sur le système ou sur les médecins mais voilà (...) ça m'est arrivé de demander à quelqu'un de m'accompagner parce que je savais que ce que j'allais dire n'allait pas faire plaisir ou de demander au veilleur de rester derrière la porte (...) » ;

I3 (109): « Oui il y a le professionnel qui est là donc il faut toujours garder à l'esprit que ça reste les parents de l'enfant... On ne peut pas juger parce que malheureusement parce que on ne connaît pas toujours le fin fond de la situation donc euh, dans un premier temps oui de toutes façons il faut les respecter en tant que parents même si c'est parfois difficile... » ;

I2 (111) : « Nous on reste corrects comme si c'était n'importe quel parent maintenant on connaît parfois pas toute l'histoire (...). On interagit avec eux c'est pour le bien de l'enfant donc on reste professionnel mais il y a une barrière qui reste là (...) » ;

I2 (112): « Bah non après ça ce n'est pas mon rôle, nous on est là pour les soins des enfants et pour les parents, il y a les médecins et psychologues qui sont là... » ;

I2 (113) : « Du dégoût, ... de la colère » ;

P1 (114) : « (...) Il y a toujours des parents qui ne sont pas contents mais après pas au niveau des représailles... » ;

P3 (115): « En même temps, il y a des pères j'ai eu envie de leur casser la gueule tellement c'était horrible, le viol était là et certains m'ont dit oui c'est moi qui l'ai violé mais trouvez les preuves et cherchez (...) » ;

M1 (116) : « c'est de la gestion, de la gestion de tempérament et on se fait parfois aider par les gardes parce qu'on n'a pas d'autres solutions et quand on n'a pas de solution, bah voilà quoi. » ;

P3 (117): « Ça dépend toujours de la situation, il y a des situations où la maltraitance est tellement gravissime que vous êtes dans l'inacceptable et dans l'impossibilité de rencontrer la personne qui a détruit l'enfant. Ça m'est déjà arrivé de bloquer tellement c'est de l'ordre de l'ignoble (...) on doit le faire mais c'est parfois presque impossible (...) » ;

I1 (118) : « C'est très difficile. Il faut être très diplomate car souvent ces gens-là, sont du genre à faire belle figure devant nous quoi (...), or, on sait très bien que s'ils sont chez nous, enfin les enfants placés en Belgique, ce n'est pas pour rien quoi (...) donc c'est plus difficile de gérer les parents car clairement, on a envie de leur dire leurs quatre vérités quoi » ;

- **Le besoin d'aides**

Parfois, les situations deviennent tellement difficiles à supporter que la plupart des soignants encouragent le fait de **demander de l'aide** à d'autres personnes. Lorsque les psychologues font face à une situation trop difficile, ils peuvent être supervisés par des **psychologues référents**. Les médecins, eux, considèrent le **débriefing en équipe** comme un élément clé afin de gérer au mieux les prochaines situations de crise.

M3 (119) : « (...) On n'hésite pas non plus à demander de l'aide extérieure, notamment à l'APEP avec qui on a une convention donc c'est SOS-Enfants à Charleroi » ;

M3 (120) : « (...) Je pense que ce qui est important, c'est de pouvoir débriefer avec d'autres équipes et (...) l'APEP est venue superviser un débriefing pour un enfant et ça, ça a permis de mettre à plat les choses, de faire point par point, qu'est-ce qu'on a fait, qu'est-ce qu'on aurait pu faire. » ;

P3 (121) : « (...) ça demande un travail de réflexion, un travail de supervision, des moments pour réfléchir et raisonner nos émotions, pour être le plus clinicien possible. (...) il faut pouvoir faire circuler la parole, discuter, partager la réflexion que pour essayer aussi de nous protéger par rapport à des émotions qui nous empêcheraient de travailler correctement sur un plan clinique et qui pourraient nous aveugler et nous empêcher d'élaborer le diagnostic le plus pertinent et sûr vis à vis de l'enfant » ;

P3 (122) : « C'est important aussi de pouvoir décharger après des entretiens très lourds, très perturbants (...) » ;

P1 (123) : « En étant supervisés. Parce que je pense qu'au début, on se dit 'ça va', on se blinde, on passe à autre chose (...) et puis au fur et à mesure (...), et là, la supervision est juste essentielle, avec un thérapeute qui est externe à la situation et qui justement nous aide à mettre cette distance-là (...) » ;

- **L'impact professionnel**

Malgré l'aspect assez traumatisant de toutes ces situations, la plupart des professionnels estiment que ces situations les ont fait **évoluer** sur le plan professionnel. Face à cette problématique, leur expérience s'est enrichie et ils ont acquis un bagage professionnel non négligeable.

I3 (124) : « Ben enrichie je dirais que oui parce que j'ai évolué, j'ai grandi... J'ai pu, bah avec mon expérience professionnelle, mûrir mais pas changer dans le sens de la prise en charge de l'enfant parce que pour moi un enfant restera toujours un enfant et il a besoin d'autant d'attention qu'un autre donc euh à ce niveau-là, non mais euh il m'a plutôt fait mûrir » ;

I2 (125) : « On va dire malheureusement pour eux positif parce que comme ça on a plus d'expérience pour les nouveaux cas (...) chaque cas amène un vécu et donc en fonction des cas suivants, on sait un peu plus s'adapter ou réagir à l'enfant (...) ça fait un peu d'expérience malheureuse on va dire... » ;

P1 (126) : « (...) Le fait de se dire que même dans l'horreur on arrive à donner des choses positives, ça permet de se détacher (...) J'essaie de me concentrer juste sur ce qui est positif pour l'enfant plutôt qu'à l'horreur qu'il est en train de vivre » ;

P1 (127) : « (...) On ne les prend pas de la même manière. Au début on est un peu fiers de se dire qu'on a trouvé quelque chose, qu'on a mis le doigt dessus et qu'on peut l'aider, après au fur et à mesure on sent le

bazar arriver assez vite (...) et à force je pense que ça fatigue parce qu'il y a beaucoup de choses comme ça (...);

I1 (128): « (...) Je prends en charge de la même manière qu'au début maintenant je ne suis pas encore maman donc peut-être que (...) mais c'est juste qu'avec le temps, c'est plus de l'énerverment contre le système de la société qui ne met rien en place pour prendre en charge ces enfants » ;

I1 (129): « (...) mais être en contact avec ce genre de situations, je ne pense pas que ça apporte quelque chose au niveau professionnel » ;

M3 (130): « Oui, ce qui m'a beaucoup aidé c'est d'avoir le docteur X qui était là et qui m'a toujours expliqué « on fait ça, ça, ça » car on parle très peu de maltraitance dans les cours de pédiatrie (...) et ça m'a permis d'avoir des outils pour prendre en charge différemment les choses (...) » ;

• La législation

Il est difficile de parler de la problématique de la maltraitance, sans aborder le cadre légal. En effet, pour la plupart des personnes interrogées, **le cadre légal n'est pas optimal**, alors qu'il joue un rôle décisif dans l'accueil de ces enfants. Le système n'est **pas assez cohérent** et il y a un **problème d'inégalité** en fonction des différentes situations. On laisse trop de pouvoir aux parents. Les lois devraient être revues.

I1 (131): « (...) au point de vue de la législation, je pense que clairement, il y a un problème parce que (...), un enfant qui était placé chez nous pendant presque un an, la maman est venue le voir deux fois et puis bah cette maman n'est même pas déchue de ses droits alors qu'elle ne l'a vu que deux fois, donc cet enfant a dû aller en famille d'accueil ou en institution tout ça parce que cette maman n'a pas voulu être déchue de ses droits, (...) on est d'accord qu'il y a un gros problème (...) je trouve ça aberrant (...) » ;

P1 (132): « (...) ça c'est aussi le fonctionnement ahurissant de la Belgique, il y a plein de fois où pour des raisons moindres, le parent était exclu alors que d'autres fois où le parent il y avait clairement de l'agression sexuelle, il pouvait toujours être présent (...) du coup ça c'est juste ahurissant parce qu'on doit protéger cet enfant (...) mais ça c'est une chose folle dans les défaillances structurelles (...) le parent pouvait être présent alors qu'il y avait une réelle mise en danger (...) » ;

M3 (133): « (...) La protection de l'enfance surtout avec le changement de loi qui dit qu'on doit d'abord passer par l'ouverture d'un dossier SAJ et qu'on ne peut plus interpellier le parquet même si on pense que l'enfant est en danger grave et imminent, mais le SAJ il a quand même une autre temporalité, il n'agit pas dans l'urgence, ne voit pas les choses de la même manière (...) et ça nous met parfois à mal donc je pense aussi qu'effectivement, les lois manquent aussi pour sécuriser ces enfants puisque l'idée c'est toujours de le remettre au maximum dans sa famille (...) » ;

P3 (134): « (...) Il serait intéressant de retravailler avec un pouvoir structurant par rapport au pouvoir qu'un adulte peut avoir au niveau de la destruction de l'enfant, et ça c'est le contre-pouvoir de la règle sociétale, qui permet un recadrage à partir duquel on peut travailler (...) » ;

IV. Rubrique 4 : Le manque de signalements

Il nous semblait intéressant d'inclure une rubrique sur les raisons liées au manque de signalements à l'heure actuelle. En effet, la problématique de la maltraitance relève du fait qu'elle n'est pas encore assez au centre de nos préoccupations. Il n'est pas évident d'énumérer les raisons qui justifient cette

mise sous silence mais il nous semblait intéressant d'obtenir le point de vue des professionnels face à ce problème.

- **Le manque de preuves**

Il semble évident que la maltraitance est une problématique pas encore assez bien cadencée. Ceci pourrait expliquer pourquoi les gens ne la signalent pas encore assez spontanément. Il n'est pas facile de remarquer la maltraitance. En effet, celle-ci peut s'exprimer sous plusieurs formes et peut parfois être **fortement insidieuse**.

I3 (135): « *Bah c'est pas évident parce que bien souvent quand on arrive, si c'est de la maltraitance physique, oui on a peut-être entendu l'enfant pleurer mais on a jamais de preuve ... Comme l'enfant est seul avec le parent, on n'a pas de preuves de dire ... c'est notre parole contre celle du parent donc c'est difficile de dire enfin d'interagir à ce moment-là.* »

I1 (136) : « (...) *Les médecins, ils voient tellement de gens passer, que si c'est quelque chose sur lequel il faut creuser pour le voir, ben on a pas le temps de poser 8000 questions (...)* » ;

P3 (137): « *Il faut savoir faire un diagnostic. Le diagnostic de la maltraitance n'est pas évident, il faut savoir ce que c'est (...)* Je peux entendre que ce soit difficile car on n'est pas toujours outillé (...) que pour pouvoir diagnostiquer une notion de maltraitance (...) » ;

- **Les représailles**

Une autre raison évidente pour les professionnels est **la peur des représailles**. En effet, même s'ils souhaitent signaler de tels actes, ils éprouvent souvent de la peur face aux réactions des familles.

I3(138) : « *Je crois que le problème aussi, c'est que les gens ont peur des représailles (...)* » ;

M1 (139) : « *Oui, mais c'est des gens qui ont peur des représailles hein (...) si on recoupe tout, si c'est des maisons mitoyennes et que ça gueule, ce n'est pas celui qui est quatre maisons plus loin qui a signalé quoi.* » ;

I2 (140) : « (...) *qu'ils n'osent pas le faire par peur des représailles de la famille...* » ;

I1 (141) : « *Je crois que l'entourage a peur des représailles, parce que souvent les gens qui maltraitent c'est jamais des gens très respectables (...) et aussi d'un point de vue justice, quand on voit comment les gens sortent vite de prison, ils ont peur que la personne qui est violente avec l'enfant soit violente avec elle aussi* » ;

- **La conscientisation**

De surcroît, il faut également que la personne remarque de manière évidente des traces de maltraitance, et de nouveau, ce n'est pas facile. Selon les intervenants, certaines personnes préfèrent « **fermer les yeux** » sur la situation, se persuadant que s'ils ne disent rien, un autre le fera. De plus, dans certaines professions comme les médecins généralistes, il est difficile de faire un diagnostic précis de maltraitance en un quart d'heure de consultation, et c'est certainement pour cette raison que de nombreux cas ne sont pas encore dénoncés à l'heure actuelle.

M1 (142) : « (...) *Deuxième chose, qu'ils soient aussi interpellés par la situation et c'est pas en ¼ d'heure qu'on arrive à être interpellé par la situation* » ;

M1 (143) : « C'est quelque chose qui malheureusement je pense, est dérangeant et donc du coup, si on ne connaît pas ou si on ne sait pas ce qu'on doit faire, on est vite à reléguer ou à fermer les yeux » ;

M1 (144) : « Mais donc voilà où on en est. Quelqu'un d'autre le dira... J'ai pas envie de faire scandale, et si après je fais scandale.... » ;

I3 (145) : « (...) d'autres c'est simplement pour fermer les yeux... » ;

- **La minimisation**

A l'heure actuelle, un autre point important est que la maltraitance infantile est encore **fort minimisée**. En effet, à l'exception des cas évidents, les personnes préfèrent toujours minimiser les faits, estimant que ce n'est pas fort inquiétant. Il est très important de ne pas sous-estimer l'impact que peut causer la maltraitance au niveau psychologique.

M1 (146) : « Ce n'est pas qu'ils ferment les yeux, c'est juste que pour eux, bah ce n'était pas "obvious", ce n'était pas inquiétant » ;

M3 (147) : « (...) c'est aussi souvent tû et minimisé car c'est pas toujours de la grosse maltraitance mais peut être de la petite négligence (...) » ;

P1 (148) : « Je pense que déjà on minimise beaucoup l'impact que peut avoir ce genre de violences (...) les médecins traitants parfois j'ai l'impression qu'ils se voilent beaucoup la face et du coup qu'ils généralisent et se disent bon ben c'est pas grave » ;

- **Le manque d'informations**

A l'unanimité, la plupart des soignants pensent qu'une des premières raisons de ce manque de signalement reste le **manque d'informations**. Les personnes ne gravitant pas dans le milieu médical ne connaissent pas assez le sujet pour oser prendre la responsabilité de signaler un cas suspect. Selon un médecin, un site a été créé afin de permettre à chacun d'entre nous de comprendre la procédure à appliquer pour reconnaître un état de maltraitance. Malheureusement, peu de gens sont au courant de l'existence de ce dernier.

M1 (149) : « Parce que les gens ne savent pas. Ils ne connaissent pas. Ils ne savent pas comment on doit faire pour signaler » ;

M1 (150) : « ça a été développé hein, pour les maltraitances sexuelles, il y a un site qui a été développé, moi je n'étais pas du tout d'accord que ce soit ouvert au grand public mais ça l'est. Et c'est un site où on a pratiquement toute la marche à suivre au cas où.... Bah voilà, il y a eu 500 visites sur un mois, les gens ne vont pas visiter ce site, parce que ils ne sont pas au courant que ça existe » ;

M3 (151) : « C'est compliqué, c'est très compliqué la maltraitance à prendre en charge et le réseau autour ne nous aide pas et c'est aussi toutes des pathologies cachées (...) » ;

I2 (152) : « Peut-être que les gens ne sont pas assez au courant de toutes les sortes de maltraitances (...) » ;

P3 (153) : « Et puis c'est peut-être pas non plus à eux de faire le diagnostic hein, les profs dans les écoles, ils peuvent remarquer des choses mais moi je me rappelle d'une situation où le prof de gym a accusé un père »

d'être violent car le petit était plein d'hématomes mais en fait le gosse il avait un problème hémato, et le père il a porté plainte (...) donc c'est très difficile, c'est pas aussi évident que ça, la maltraitance » ;

P1 (154) : *« (...) du coup, je pense qu'il y a réellement un gros manque d'informations sur l'impact que peut avoir ce genre de choses au niveau psy chez l'enfant » ;*

I1 (155) : *« (...) au niveau maltraitance, ils voient quand même tellement d'enfants sur la journée que je pense que c'est difficile de pouvoir poser pleins de questions à la famille et de creuser, je vais dire (...) » ;*

- **La démotivation et l'incompétence des équipes**

Un autre élément pouvant causer du tort est que les équipes ne sont plus **assez motivées** ou **compétentes** pour bien gérer les dossiers. Les médecins le ressentent comme un frein.

M1 (156) : *« (...) et en tout cas malheureusement dans notre hôpital qui est un hôpital censé être civil, on n'a pas d'équipe psycho-médicosociale qui tiennent la route donc là on ne sait pas faire beaucoup de signalements » ;*

M3 (157) : *« Je pense aussi qu'il y a des signalements mais que les structures sociales donc SAJ et SPJ auxquelles on peut signaler sont complètement débordées et donc en pratique elles font l'enquête durant 3 jours, elles n'ouvrent pas le dossier ou alors elles le ferment complètement, c'est difficile de mettre en place les choses et si les patients disent oui et sont un peu patients, le dossier va être vite fermé (...) C'est très démotivant pour les soignants à la longue » ;*

- **L'influence de l'école**

Un autre problème constaté est la problématique liée à l'école. En effet, les professeurs sont seuls pour gérer une classe de 30 enfants. Ils manquent donc de temps pour observer les signes sur un seul élève. Outre cet état de fait, **la violence à l'école** est de plus en plus présente. Dès lors, certaines écoles, impuissantes face à la situation, préfèrent « fermer les yeux ».

M1 (158) : *« Oui mais regardez où en sont les écoles ... C'est une catastrophe. Il y a 30 enfants par classe, les cours de récré, il y a plus en plus d'harcèlement, plus en plus de maltraitance, de tabassements à l'école, l'école est devenue une vertu éducative » ;*

I2 (159) : *« Même des institutrices des fois (...) elles ne savent peut être pas à qui s'adresser, pas de protocole, elle ne savent peut être pas ce qu'elles peuvent faire pour ne pas briser le secret professionnel, qu'elles ne savent pas la démarche à suivre » ;*

P1 (160) : *« (...) Une école qui ne bouge pas parce que ça va entraver la bonne réputation de l'école (...) » ;*

P1(161) : *« (...) Quand ça se passe à l'école, franchement je pense que c'est le plus compliqué, parce que ce n'est pas encore entendu et qu'on banalise ça d'une manière folle en disant « mais ce n'est pas grave c'est arrivé qu'une fois, deux fois, trois fois » mais voilà c'est juste catastrophique pour l'enfant » ;*

- **La notion de la non-assistance à personne en danger**

Un autre fait mis en évidence par les professionnels de la santé est de savoir où se situe la limite entre la notion de « non-assistance à personne en danger » et « **assistance à personne en danger** ». Selon la loi, cette obligation est n'est justifiée que si la personne est en danger. Comment savoir définir où se situe cette limite ?

P1 (162) : « (...) Bah obligés, non on n'est jamais obligés de rien. Mais effectivement, s'il y a quoique ce soit déjà au niveau éthique pour l'enfant, (...) donc éthiquement parlant, on doit faire un signalement mais normalement c'est toujours avec l'accord des parents (...) »

P1 (163) : « Au niveau de la loi, je pense qu'à partir du moment où un enfant est en danger (...) L'agression sexuelle ça c'est d'office mais l'agression physique on pourrait en parler (...), on n'appelle pas le SAJ directement »

M1 (164) : « Parce qu'il faut savoir que tout ce qui est justice ou mesure de placement ou signalement, ben on n'est pas obligé de le faire nous ...par la loi. Donc par exemple, s'il y a eu un viol, on n'est pas obligé de le signaler, sauf si l'enfant est en danger » ;

M1 (165) : « (...) à partir du moment où, en fait c'est ça, on est toujours dans le flou entre la non-assistance à personne en danger ou non, mais si on juge que l'enfant est en danger on doit le faire, mais si la mère nous explique qu'elle va rester chez lui ou chez elle et qu'elle va aller porter plainte elle-même, alors nous on ne s'occupe plus de ça quoi » ;

- **La compréhension de la pathologie**

Une des psychologues a également voulu mettre en évidence le fait que beaucoup des personnes ne se rendent pas compte que la maltraitance sexuelle ou physique est **une pathologie**. Donc même si elle se produit entre deux enfants, **il ne faut pas la sous-estimer** car l'enfant auteur de maltraitance est malade et il doit être soigné. Ce n'est pas quelque chose qui va disparaître facilement. Et c'est en le signalant qu'on peut l'aider par la suite.

P1 (166) : « (...) donc parfois on peut se dire 'mais ce n'est rien, c'est l'âge', et puis en creusant un tout petit peu, il y en a beaucoup où ce n'est pas ça du tout (...), par contre quand on a des enfants qui sont plus pathologiques et qu'il faut une aide, c'est des enfants qui récidivent (...) c'est comme ça, c'est affreux à dire (...) un enfant ne s'arrête jamais, il faut de l'aide. (...) et les parents se disent 'mais ce n'est pas grave, ça va aller mieux', (...) s'il n'est pas aidé, ça ne va pas aller mieux (...) et là c'est des parents qui ferment les yeux parce que c'est plus facile (...) » ;

- **La culpabilité des enfants**

Une autre difficulté évoquée lors d'une violence intrafamiliale est la **redevance** qu'ont les enfants envers leurs parents. Les enfants aiment toujours leurs parents. C'est donc beaucoup plus difficile quand les violences proviennent des parents, ils n'osent pas parler d'eux-mêmes et s'ils osent le faire sans qu'on les entende, ils se renferment encore plus vite.

P1 (167) : « Dans les familles où il y a de l'inceste, le fait qu'un des parents le fasse, il y a aussi beaucoup de culpabilité. Quoi que le parent fasse (...), l'enfant aime toujours son parent, quoi qu'il fasse, et du coup souvent ces enfants sont hyper mal, ils savent au fond d'eux que quelque chose ne va pas, et malheureusement des fois, des parents jouent là-dessus (...) et du coup les enfants ne disent rien, et s'ils arrivent à le dire, c'est là où c'est encore plus compliqué. Si ce n'est pas entendu ou minimisé, ils ferment la porte et puis ils n'en parlent plus et puis ça recommence (...) » ;

- **La banalisation du sexe**

De nouveau, pour une des psychologues, il semble important de souligner que la banalisation du sexe et de la sexualité à l'heure actuelle joue un rôle primordial dans ces maltraitances sexuelles. Ils ont accès à des choses intimes par les médias, les réseaux sociaux, les sites à caractères pornographiques et ils ne savent plus faire la distinction entre le « bien » et le « mal ». C'est là qu'arrive le danger, car ils sont trop jeunes pour comprendre qu'il est important de se préserver.

P1 (168) : « (...) mais cette société hyper sexualisée où l'on montre partout et tout le temps des corps, des corps hyper-dénudés, une facilité déconcertante à ce que les enfants voient ces choses-là et souvent sans explication (...), on se rend compte que cette société est faite de cette sexualité sous-jacente, et les enfants c'est des éponges (...) » ;

- **L'influence culturelle**

Un des médecins a également voulu mettre en évidence le fait que la culture joue aussi un rôle essentiel au sein de la maltraitance. En effet, toutes les cultures ne sont pas identiques face aux gestes qu'on peut porter ou non sur un enfant et il est parfois difficile pour les soignants de faire comprendre aux parents que certaines choses ne se font pas bien que ce soit permis dans leur culture.

M3 (169) : « (...) ça peut être aussi des clashes culturels donc dans certaines cultures ils font certaines choses et chez nous, on se dit c'est aberrant et vice versa mais à partir du moment où ça retentit sur le bien-être de l'enfant, à ce moment-là, c'est pathologique » ;

V. Rubrique 5 : Les formations

Les formations sont un point essentiel à aborder lorsqu'on parle de maltraitance infantile. En effet, dans la littérature, il nous est dit que le personnel de terrain n'est pas assez formé face à cette problématique et il nous a semblé pertinent d'étayer une théorie. C'est pourquoi, nous avons voulu aborder cette rubrique lors de nos entretiens.

- **Le manque d'informations**

Nos entretiens ont bel et bien confirmé que les formations durant les études n'étaient pas suffisantes. En effet, que ce soit pour les médecins ou les infirmières, aucun n'a eu de formation à ce sujet, à proprement parler. Les infirmières mentionnent des cours de psychologie dans lesquels on peut retrouver une ou deux heures sur la maltraitance. Pour les médecins, ils n'ont pas eu de cours sur la maltraitance, seulement des cours sur les fractures ou les blessures les plus « concrètes » de la maltraitance. Tout l'aspect psychologique et psycho-social n'a pas été abordé.

I1 (170) : « Non (...) J'avoue que c'était il y a quelques années mais je ne m'en rappelle pas. Il y avait un cours de psychologie mais (...) ça a été abordé je pense parce que mon prof de psychologie était dans une cellule de détresse pour les enfants pour ça mais voilà (...) » ;

I2 (171) : « Oui, en cours de psychologie, en pédiatrie. (...) Franchement, je ne me rappelle plus, c'était peut-être un ou deux cours sur les formes de maltraitances mais pas de marche à suivre (...) » ;

M1 (172) : « Non jamais. Dans le schéma classique de base, non. Maintenant j'ai été faire des stages où il y avait justement une unité spécialisée dans la maltraitance (...) Ca ne nous a pas vraiment aidé et on le voit bien, les assistants connaissent pas tout ça... on ne leur a pas enseigné tout ça (...) » ;

M3 (173) : « Je suis sortie en 2002 du bloc de médecine et non, on n'en parlait pas si ce n'est les retentissements physiques (...) une fracture spiroïde, c'est pathologique hein quoi voilà, le reste non. Maintenant moi je donne un cours à l'UCL pour les médecins généralistes qui font l'ONE dans le cadre du dépistage, de la prévention de la maltraitance et de la négligence mais c'est un cours d'une heure et demi sur l'année donc (...) » ;

M3 (174) : « Dans l'assistanat de pédiatrie, on en parle très peu à moins que ça ait changé, ce sont vraiment des sujets dont on parle très peu, et ça dépend de là où les assistants sont passés (...) » ;

P1 (175) : « On ne parle presque même pas de ça, (...) la psychologie clinique est divisée en ado etc, nous on n'a pas été formées comme ça, et donc je sais qu'on avait un cours en 4^{ième} et 5^{ième} du coup on en parlait mais pas comme quand on le fait en formation extérieure comme ça (...) » ;

P3 (176) : « Non, dans les études de psycho, on parle de la maltraitance dans les cours clinique mais ça fait partie du cursus académique mais les formations se font après, dans des colloques, des séminaires, des supervisions avec les services de l'APEP mais dans l'académique, ce n'est pas suffisant, évidemment » ;

• Pas de formations internes

Ce que nous avons pu mettre en évidence c'est que peu d'hôpitaux ont mis en place des formations internes à l'hôpital. Dans un des hôpitaux, il y a eu une formation interne **non-obligatoire** et à laquelle peu de soignants ont participé. Selon une infirmière, il serait utile que soit organisées des formations internes, renouvelables tous les ans et où les soignants seraient présents pour pouvoir interagir. Cela permettrait au corps médical d'être informé de toutes les nouveautés.

I1 (177) : « La formation que j'ai suivie c'était une formation que l'hôpital nous a proposée, ce n'est pas qu'on nous a obligé à y aller (...) sur toute l'équipe on était deux infis et une psychologue à participer (...) on en a discuté avec l'équipe mais c'était une formation de deux trois jours » ;

I2 (178) : « Il faudrait peut-être réactualiser, faire des petites formations au sein de l'hôpital avec les psychologues, les médecins etc. et justement pour pouvoir réagir (...) » ;

• Les choses manquantes dans les formations

Tous les professionnels de la santé sont unanimes pour conclure que la formation reçue pendant les études n'était **pas suffisante** et qu'elle devrait être améliorée. Cependant, certains insistent également sur le rôle majeur de l'**expérience** pour comprendre tout l'**aspect psycho-social**.

I1 (179) : « Je pense que ça peut être utile sur comment détecter une détresse chez un enfant mais c'est un sujet tellement vaste qu'il faut quand même avoir une certaine expérience et sensibilité. (...) il faut l'aborder avec les infis mais c'est quand même une question de sensibilité et d'expérience (...) » ;

M1 (180) : « (...) je suis en pédiatrie et j'aimerais bien que la pédiatrie soit plus développée dans la formation de base.. (...) ils apprennent autant que possible mais il faut leur donner le temps pour apprendre. Et donc dans leurs formations, j'espère qu'ils peuvent avoir des formations comme ça... » ;

M1 (181) : « Ce n'est pas utile, c'est même nécessaire. Puisque ça fait partie du travail de pédiatre. C'est un des versants de la pédiatrie. » ;

I3 (182) : « Bah la pratique fait beaucoup mais déjà avoir quelques formations pour se rendre compte que ces situations existent parce qu'en tant qu'étudiant on ne se rend pas compte que ça peut exister. » ;

I2 (183) : « (...) Je crois qu'il faudrait développer un peu plus vu le nombre de cas qu'on a » ;

P1 (184) : « A la police, on apprenait par exemple à savoir comment auditionner un enfant qui vit ça, comment pouvoir, par différentes manières, amener à ce genre de choses sans qu'il se brusque (...) donc il y a plein de manières particulières d'amener ça pour que l'enfant soit ok par rapport à ça (...) je pense que c'est important oui, parce qu'en sortant de l'école, on n'est pas assez formés (...) » ;

Les choses qu'il serait nécessaire d'apprendre avant de pouvoir accueillir des enfants maltraités sont, pour les soignants interrogés, **l'impact psychologique** de la maltraitance, la façon d'**aborder un enfant** et **ses parents**, **l'aspect administratif** de la prise en charge, et les **différentes attitudes** à aborder, en fonction du type de maltraitance.

I1 (185) : « (...) Une étude sur l'impact que la maltraitance peut avoir chez l'enfant. Je pense qu'on ne se rend pas compte de toutes les séquelles que ça peut avoir chez un enfant, ce serait intéressant de mettre en avant que la maltraitance est un sujet important et de tout ce que ça implique à l'âge adulte » ;

I3 (186) : « Oui, oui bien sûr. Pour savoir comment aborder l'enfant, savoir comment aborder les parents aussi et la situation en elle-même » ;

M3 (187) : « Je pense qu'il faudrait expliquer aux médecins tout l'aspect administratif de la prise en charge et ça je pense que ça vaudrait la peine de dire (...) vous devez vous faire un réseau, de personnes de ressources et il ne faut pas fermer les yeux, mais c'est difficile (...) » ;

I2 (188) : « Peut-être savoir comment réagir face aux parents (...) s'ils sont agressifs, comment les aborder ou réagir à leurs réactions (...) on a déjà eu des collègues qui ont eu des coups donc oui (...) » ;

I2 (189) : « Savoir comment se comporter face aux enfants en fonction des maltraitements par exemple pour les maltraitements sexuels, comment laver un enfant (...) est-ce qu'on doit crier ou pas ? » ;

VI. Rubrique 6 : La collaboration interdisciplinaire

Un autre point important que nous avons mis en évidence dans notre revue de littérature est l'importance de la collaboration interdisciplinaire pour améliorer la gestion des cas de maltraitance. Chaque soignant doit intervenir, que ce soit les médecins, les infirmières, les psychologues, les assistantes sociales et les services sociaux. Il est très important que tout le monde collabore.

Tous les soignants sont d'accord pour dire que la collaboration inclut les différentes professions citées plus haut. De plus, d'autres professions sont mentionnées en fonction des disponibilités de chaque hôpital. Par exemple, dans un hôpital, une institutrice peut être présente et collaborer avec l'équipe en donnant son impression sur les enfants. Dans un autre, ce sera l'éducatrice qui sera présente toute la

journée et qui participera aux réunions interdisciplinaires. Dans toutes les infrastructures annexes, on retrouve les équipes de **SOS-Enfants**, en plus du **SAJ** et du **SPJ**, l'**ONE**, de même que les **ASBL**.

I1 (190) : « *Le médecin, l'infirmière, la psychologue, l'assistance sociale et l'institutrice (...)* » ;

I3 (191) : « *(...), il y a la psychologue, le pédiatre, l'assistante sociale qui sont d'office contactés...* » ;

M1 (192) : « *En termes pluridisciplinaire, ça dépend toujours du type de maltraitance. C'est à dire que si c'est une maltraitance sexuelle, (...) donc il faut que l'enfant soit vu avec le superviseur, donc avec un pédiatre qui a quand même un peu de bouteille par rapport à ça, qui est bien au courant de toute la prise en charge, donc l'enfant est vu seul, puis ensuite avec son parent et puis s'il est hospitalisé, ça c'est pour la maltraitance sexuelle, bah la psychologue est mise en route. Maintenant, par rapport à tout autre type de maltraitance, bah on discute avec nos psychologues, nos radiologues, nos ophtalmologues, nos assistantes sociales pour tout le bilan et ça, ça se fait relativement facilement. Donc là, on sait à qui s'adresse quoi, enfin voilà on a l'habitude chez nous et on sait vers qui se tourner.* » ;

I2 (193) : « *Une infirmière, une éducatrice, la pédiatre, la psychologue, la psychiatre* » ;

M3 (194) : « *Donc SAJ et SPJ, c'est tout ce qui est administratif. SOS enfants, c'est une équipe soignante avec une prise en charge et du soin là où le SAJ et SPJ apporte un cadre mais pas de soins, après en termes de structures de soins, il y a aussi tous les indépendants, donc psychologues, psychomotricien, médecin traitant ou psychiatre. Il y aussi le social-éducatif avec les aides pour les familles, les services résidentiels pour jeunes s'ils doivent être placés et alors aussi les personnes dans les centres de soins de santé mentaux et l'ONE également plutôt dans la prévention ou le dépistage. Après il existe aussi toutes les petites ASBL indépendantes et c'est pour ça qu'il est intéressant de savoir ce qui existe (...)* » ;

- **L'importance de la communication**

Cette collaboration interdisciplinaire a des avantages et des inconvénients. Pour les avantages, les soignants mettent en avant que la communication est l'une des principales choses à travailler pour avoir des effets positifs sur l'accompagnement. Il est important que la communication entre les soignants ou avec les structures externes soit bien respectée afin que le patient se sente bien compris.

I1 (195) : « *Pour moi c'est bénéfique car tout mettre en commun ça aide (...) Je pense que le fait que chacun amène des choses, ça permet de créer des repères (...) ça apporte une meilleure communication, une meilleure prise en charge* » ;

M3 (196) : « *Je trouve que la collaboration est très bénéfique pour autant qu'on puisse avoir le temps de contacter les structures et pour autant qu'on puisse avoir le temps de discuter avec ces structures et de créer un lien entre nous, les soignants. Et pour le patient, c'est très bénéfique pour lui aussi de sentir qu'il y a un réseau autour de lui, contenant, qui permet de sécuriser (...) s'il sent qu'un tel n'a pas parlé à un tel, bah tant pis alors il ne va pas au rendez-vous et que même s'il n'y va pas, rien ne se passe (...)* » ;

I3 (197) : « *il n'y a que ça, des avantages de pouvoir communiquer ensemble pour le bien-être de l'enfant (...)* » ;

P3 (198) : « *Ca se passe bien parce qu'on travaille de façon collaborante et continue dans ce qu'on appelle la psychologie de liaison avec les pédiatres et le personnel nursing, on pourrait aller encore plus loin si on avait plus de moyens et plus d'heures mais voilà, là maintenant, c'est déjà pas mal quoi* » ;

I2 (199) : « *(...) les éducatrices remplissent des feuilles tous les jours pour savoir ce que l'enfant a bu, comment il se comporte (...)* » ;

Malheureusement, les soignants remarquent des inconvénients découlant de cette collaboration interdisciplinaire. Le personnel mentionne ainsi un **manque de volonté** de certaines personnes, un **service social peu développé**, le **manque de temps**, **trop d'intervenants**, le **pédopsychiatre**, le fait que certains médecins sont **plus axés sur le médical**, les tours médicaux qui se font **sans les infirmières** et le **manque d'appels au psychologue** dans un des hôpitaux.

I3 (200) : « Non, je pense qu'il y a quand même des manquements dus au manque de personnel mais parfois je pense aussi de la mauvaise volonté des gens où les situations se répètent de plus en plus et je crois qu'il y a une lassitude aussi chez certaines personnes quoi » ;

M3 (201): « Il faut parler entre nous et là notre gros problème c'est le manque de temps dédié à ça. Et c'est vrai que ça demande beaucoup d'énergie(...) » ;

P3 (202): « (...) tandis qu'ici c'est dilué, il faut les accords de tout le monde, ça prend du temps, il y a plusieurs intervenants, et puis finalement ça devient confus, on perd du temps, les intervenants s'épuisent, surtout les intervenants de première ligne et donc là il y a une non-efficacité qui s'installe et ça devient un facteur de dangerosité surtout dans le cadre de la maltraitance. Il faudrait quelque chose de beaucoup plus structuré, ici je trouve que c'est fortement déstructuré et donc ça se dilue et c'est très compliqué (...) J'ai travaillé pendant de nombreuses années sans le SAJ et c'était beaucoup plus efficace (...) » ;

M3 (203): « Dans des situations qui traînent, on peut avoir des enfants qui développent des pathologies pédopsychiatriques et donc avoir besoin d'une médication ou de soins au patient et donc c'est vrai que ça manque d'un pédopsychiatre, mais pas que pour ça, même pour d'autres situations » ;

I1 (204): « Les nouveaux médecins se concentrent plus sur le médical (...) les médecins plus vieux sont plus ouverts au psychologique »

P3 (205): « La communication passe et peut ne pas bien passer parce que je trouve que depuis que les rapports sont informatisés, les informations passent moins bien. Parce qu'avant, il y avait des prises de notes avec un cahier d'observations manuscrites dans lequel on pouvait noter de façon beaucoup plus précise, beaucoup plus nuancée, beaucoup plus dans la qualité de l'observation clinique, tous des éléments que des infirmières, techniciennes de surfaces, pédiatres, stagiaires et psy pouvaient observer. Cela nous permettait d'avoir des éléments cliniques qui permettent une meilleure prise en charge. (...) ici, c'est informatisé avec des accès, non accès et donc du non partage et avec aussi, des observations segmentaires et inadéquates pour moi (...) le commentaire écrit est totalement différent du commentaire posé sur un plan informatique » ;

I2 (206) : « Il y a le tour social tous les jeudis (...) mais, après, nous on n'y assiste pas. C'est la chef infirmière qui y assiste (...) elle n'est pas dans les soins (...) elle nous relate juste après le tour ce qui est dit (...) je trouve qu'on n'a pas assez de retour sur les informations (...) » ;

P3 (207): « (...) Il faut pouvoir avoir du temps pour travailler en réseau. Le travail de réseau n'est pas toujours évident car il faut coordonner les différents intervenants et ça ne colle pas toujours à nos horaires et il y a des discordances, il y a la complexité des services judiciaires, parajudiciaires (...)et donc nous on est là au front et c'est très compliqué de pouvoir interpeller les différents intervenants que pour développer un contexte sécuritaire au niveau de l'intégrité physique et psychique de l'enfant (...). C'est assez complexe car il y a vraiment cette notion de non-coordination, de paradoxes, d'oppositions d'entente, il y a trop d'intervenants (...) il y a une dilution des informations et ça devient compliqué pour la prise en charge » ;

I2 (208) : « (...) parfois si on pouvait participer au tour médical, on pourrait apporter plus de choses parce que des fois on n'a pas l'occasion de noter nos observations dans l'ordinateur parce qu'on a une grosse charge de travail et donc on serait plus entendues » ;

P1 (209) : « Le problème c'est que ça passe uniquement par le médecin, donc c'est compliqué parce que je n'ai jamais parlé de ça avec les infirmières parce que ici, depuis janvier, on ne m'a pas appelé une seule fois pour aller voir un enfant en hospice en me disant que la situation était compliquée (...) » ;

• La place des services sociaux

On ne peut pas parler de la collaboration interdisciplinaire sans parler des services sociaux. En effet, ceux-ci sont également en première ligne dans les situations de maltraitance infantile. Cependant, il apparaît que de manière unanime, il y ait un gros problème dans le rapport avec les services sociaux. Premièrement, les services sociaux sont **difficiles à joindre** à cause de leurs horaires de permanence. Ensuite, certains délégués ne se **sentent pas concernés** par les situations. **Les délais** de gestion des dossiers varient de façon complètement aléatoire et ce n'est pas toujours dans l'intérêt de l'enfant. En conséquence, certains **dossiers passent à la trappe**.

I1 (210) : « Ben ça dépend des délégués. Il y en a qui étaient très difficilement joignables, d'autres plus enclins à écouter ce qu'on disait (...) Ce n'était pas optimal comme collaboration » ;

I3 (211) : « Heu maintenant c'est vrai que pour joindre les services d'aides à la jeunesse, c'est vraiment très compliqué de pouvoir avoir un contact avec eux... Pour obtenir un rendez-vous, et quand parfois ils connaissent une situation, ils ne se déplacent pas forcément assez rapidement pour venir prendre connaissance de la situation de l'enfant » ;

M1(212) : « On travaille ensemble mais comme je vous ai dit, on a un service social qui est un peu cachectique, donc elles, elles s'occupent juste des sous et de pas grand-chose d'autre donc ça c'est ce qui manque chez nous, un vrai service social... » ;

I3 (213) : « Parfois c'est trop lent et parfois c'est trop rapide dans le sens où on communique un danger peut-être pour l'enfant mais sans de grandes certitudes et là, du jour au lendemain, on nous dit euh on vient chercher l'enfant dans une heure alors qu'on a pas pu ni préparer l'enfant, ni pu en parler aux parents... et l'enfant s'en va comme ça... donc voilà, il y a deux situations : là où c'est trop long pour l'enfant et les situations où c'est du jour au lendemain euh après parfois deux heures que l'enfant est chez nous, bah il part avant qu'on ait pu évaluer la situation plus longtemps. »

M1 (214) : « donc avec le SAJ, SPJ, c'est relativement "touchy"... Après, entre nous, ça roule tant qu'on a un interlocuteur en face quoi... et ça c'est le problème avec le SAJ, SPJ, c'est que les délégués des enfants ont souvent des permanences avec un jour ou l'autre jour et que donc du coup quand l'enfant est hospitalisé le jeudi matin et que sa permanence c'était le mercredi matin et le mardi après-midi, bah.... on n'a pas de contacts avec eux. Mais on arrive toujours à bypasser la chose, moi je prends contact avec le directeur et on se fait rappeler et on arrive à organiser des trucs. » ;

P3 (215) : « Moi je reste toujours plus favorable à une justice humaniste, une prise en charge avec le tribunal de la jeunesse mais dans une approche humaniste et pas nécessairement coercitive mais humaniste. Mais le juge est un référent de la loi, c'est le permis et l'interdit et donc on le nomme quoi, le SAJ lui n'a aucune symbolique, il ne représente rien parce que c'est un service d'aide avec lequel l'enfant et les parents doivent être d'accord, le juge lui il dit non je ne suis pas d'accord, il y a un passage à l'acte, il y a eu de la violence (...) donc je vous clarifie la notion de l'interdit sociétal et donc c'est beaucoup plus facile pour nous de travailler après ça (...) » ;

P1 (216) : « (...) l'enlever du parent, c'est vraiment dans le cas d'une agression sexuelle intense que le SPJ dit « stop plus de contact », mais c'est très rare qu'on en arrive là hein, j'ai vu des enfants se faire maltraiter plusieurs fois et qui sont toujours dans la même maison, parce qu'il n'y avait pas de possibilité de prise en charge qu'ils sont toujours au même endroit (...). C'est la réalité des choses quoi (...) pas parce que le SPJ ne sait pas le faire mais qu'ils sont remplis de demandes (...) ils essaient de faire vraiment leur maximum mais il y a des moments où les situations leur échappent et ça passe à la trappe quoi » ;

P1 (217) : « SOS-enfants c'est parce que c'est plus compliqué (...) pour qu'eux les prennent en charge c'était plus compliqué parce qu'ils avaient beaucoup trop de demandes donc voilà, on pouvait avoir des conseils de leurs parts » ;

VII. Rubrique 7 : L'organisation du retour de l'enfant

Il nous semblait important de créer cette dernière rubrique qui fait partie intégrante de l'accompagnement global de l'enfant. En effet, bien que l'enfant soit accueilli dans un service de pédiatrie générale, il ne peut pas y rester indéfiniment. Il faut donc réorganiser son retour et là aussi, certains obstacles apparaissent.

• Le manque de solutions

Trop peu de solutions existent pour organiser le retour de l'enfant. Devenir une **famille d'accueil** exige de répondre à **des règles très strictes**, raison pour laquelle on en manque cruellement. Bien sûr il existe des familles d'urgences où des CAU mais malheureusement il y a trop peu de places disponibles dans ces structures. **Par manque de solutions**, le SAJ, impuissant, replace souvent l'enfant dans sa famille d'origine. De plus, **les fratries sont souvent séparées** car il n'est pas possible d'accueillir tous les enfants au même endroit par manque de places disponibles.

M3 (218) : « Parce que toute la partie urgence d'accueil des enfants, elle est très pauvre, on a les centres d'accueil d'urgence (CAU) pour tous les âges, très peu pour les tous petits mais ce n'est pas des centres faciles, c'est une population très mixte pour des enfants qui ne vont pas bien. Si l'enfant doit être placé, il y a aussi les familles d'accueil d'urgence ou pour placement à plus long terme, mais les familles d'accueil sont peu nombreuses car les conditions pour être désignée famille d'accueil sont très difficiles (...) il y a tous les services résidentiels pour jeunes ou les internats mais dans les internats, ils rentrent le week-end en famille, puis on a aussi les placements chez un membre de la famille mais souvent, ils vivent de la même manière que les parents, donc ça aussi c'est compliqué (...) » ;

M3 (219) : « (...) Le SAJ peut choisir de faire sortir l'enfant en urgence et c'est là qu'on commence à ne pas être d'accord parce que la solution la plus facile pour faire sortir un enfant en urgence, c'est de le remettre dans sa famille (...) » ;

I1 (220) : « (...) j'étais choquée (...) des enfants placés, une fratrie de cinq, et je me souviens que la décision de placement a été prise le jour même et le jour même, on a annoncé aux enfants qu'ils étaient séparés et ils sont partis le jour même (...) il y a aucune préparation psychologique et ça s'est passé dans les pleurs avec des enfants qui sont fort soudés et ça, ce n'est pas un très bon souvenir (...) » ;

M1 (221) : « Oui, il le fait mais il essaie de ne pas le faire. Pfff, parfois quand on trouve des places à Tournai et l'autre à Chimay, et que oui, les parents sont un peu "neuneu", mais d'un autre côté, ils aiment leurs gosses quoi. Alors oui, ils sont négligents, ils ne sont pas capables de s'occuper de leurs gosses mais ils les aiment quoi et ils ont envie de les voir. Donc, on prend des mesures par rapport à ces gens pour essayer que les enfants grandissent, qu'ils soient plus gérables par les parents, soient moins turbulents, ... Surtout que la plupart du temps, ils ne sont pas motorisés. Donc là, il y a un lien familial qui ne se fait pas et à ce moment-là, on est complètement paumés parce qu'on doit attendre longtemps des places dans des pouponnières proches d'ici, ou des solutions pour des frères ou des sœurs (...) » ;

- **Le manque d'explications**

La préparation psychologique des enfants n'est pas non plus optimale. Fréquemment les décisions sont prises de manière **rapide sans permettre à l'enfant d'être préparé**. Celui-ci n'a pas le temps de comprendre ce qui va se passer pour lui ou ce qu'il va arriver.

I1 (222) : « La famille d'accueil qui voyait une fois l'enfant avec la déléguée (...) ça prend quelques heures (...) et puis, l'enfant est envoyé dans cette famille quelques jours après, donc il y a juste un contact (...) » ;

I1 (223) : « Et je me souviens que la décision de placement a été prise le jour même et le jour même, on a annoncé aux enfants qu'ils étaient séparés et ils sont partis le jour même (...) » ;

- **Pas de nouvelles de l'enfant**

La dernière chose que les soignants ont mis en évidence est qu'il est frustrant pour eux de ne plus avoir des nouvelles de l'enfant par la suite. Dans un seul des hôpitaux, un suivi est organisé mais les autres soignants n'ont souvent plus de nouvelles de manière formelle.

I3 (224) : « C'est très très rare, sauf parfois les enfants dont les familles ont pu avoir une aide, ont pu être recadrés et qui sont reconnaissants parce qu'ils ont cherché cette aide, qu'ils ont réussi à l'avoir et qu'ils reviennent par la suite parfois montrer les enfants, dans ce cas, on voit la bonne évolution mais ça reste très très rare. » ;

M1 (225) : « (...) on ne le lâche pas dans la nature. Non non non, on s'organise pour que quelqu'un suive cet enfant (...) » ;

M3 (226) : « (...) Non, rarement. Par hasard, si on tombe dessus chez nous, on a des nouvelles mais sinon, non on ne le sait pas. Même sur le plan judiciaire, un décès, par exemple, sur maltraitance, on ne sait pas du tout ce qu'il advient après (...). C'est frustrant sur le plan humain mais au niveau judiciaire, on n'a absolument pas le droit de savoir au niveau de l'instruction » ;

I2 (227) : « Je ne sais pas trop comment ça se passe à ce niveau-là, il n'y a pas trop de suivi quand l'enfant est rentré chez lui (...) les dernières nouvelles que moi j'ai eues d'un enfant placé, c'est via l'éducatrice (...) » ;

P3 (228) : « De un, on n'a jamais de nouvelles, la plupart sont orientés dans des centres et là, nous n'avons plus jamais de nouvelles (...), notre mission est terminée, elle s'arrête, on les accueille en phase critique et urgente et donc après il y a tout un relais qui se passe et ça c'est le continu quoi » ;

M3 (229) : « (...) l'environnement qui amène l'enfant est en général très perturbé aussi quoi, (...) le suivi des enfants par la suite est très compliqué car les familles sont souvent peu collaborantes et il faut essayer de garder le contact, ça demande beaucoup d'énergie et d'investissement (...). C'est compliqué pour les parents d'avoir un cadre à respecter et généralement, ils ne continuent pas à venir si ce qu'on leur dit ne va pas dans leur sens (...). Le relais par la suite, c'est vraiment compliqué » ;

De leur côté, les soignants ont essayé de mettre des choses en place pour préparer au mieux les enfants. Car il est vrai que les enfants restent parfois fort longtemps à l'hôpital et doivent être préparés psychologiquement à changer de lieu et de personnes de référence. Dans un des hôpitaux, **ils avaient mis en place un support** sur base duquel un schéma est dressé entre la transition de l'hôpital à l'autre lieu de résidence de l'enfant.

I1 (230) : « Chez nous, la psychologue essayait d'expliquer à l'enfant ce qui allait se passer avec un petit chemin où il avançait jour par jour pour lui montrer qu'il allait quitter l'hôpital » ;

I2 (231) : « On essaie d'expliquer au maximum ce qui va se passer pour lui, pour qu'il ait le temps d'assimiler les informations et d'être préparé » ;

P1 (232) : « On avait fait un support média où on pouvait montrer les choses quand papa et maman allaient venir pour que ce soit plus facile pour lui de comprendre ce qui se passait » ;

VIII. Résumé des résultats

Afin de terminer cette partie, nous souhaiterions résumer brièvement les résultats obtenus. La maltraitance infantile revêt différents aspects et tous nécessitent une prise en compte et une démarche adaptées. Il est important de pouvoir identifier assez tôt les familles à risque pour prévenir la maltraitance sans oublier que cette dernière peut survenir partout. Les protocoles hospitaliers ne sont pas encore totalement au point et sont propres à chaque hôpital, hormis pour la maltraitance sexuelle, pour laquelle les trois hôpitaux ont un protocole commun. La connaissance de ce dernier n'est pas toujours bien assimilée et mérite réflexion.

La maltraitance infantile peut avoir des répercussions chez l'enfant et même sur le personnel soignant. Les difficultés liées par les soignants sont nombreuses et, malheureusement, ne sont pas toujours entendues. Il ne faut donc pas négliger l'impact que la maltraitance peut avoir sur les professionnels et le besoin de formation qu'elle nécessite. Pour les soignants, les formations sont essentielles et semblent trop peu présentes, tant en interne, à l'hôpital, qu'en externe. Tous insistent sur le fait qu'il y a un réel manque d'informations et de formations du personnel soignant à ce sujet. Ils sont également tous d'accord pour dire que les cours magistraux donnés durant les études ne reflètent pas la réalité du terrain et sont surtout ciblés sur les types de maltraitance mais pas sur les manières d'y faire face et de les traiter.

L'ampleur de la maltraitance n'est pas encore assez connue à l'heure actuelle et les signalements sont encore trop peu nombreux malgré les nouvelles modalités mises en place. Pour les professionnels interrogés, ce manque de signalements a des origines nombreuses et diverses dont il faut prendre conscience en tant que soignants afin de prévenir et de faire attention aux signaux d'alarmes.

Cette problématique est pluridisciplinaire et nécessite une collaboration optimale entre toutes les professions. Il est essentiel de mettre l'accent sur la communication et la bonne complémentarité avec les services sociaux afin de mener des actions cohérentes et pertinentes. Il est également important de se pencher sur les conditions de sortie de l'enfant suite à son hospitalisation, pour assurer un suivi par des personnes de référence, permettant ainsi de protéger l'enfant pour la suite.

Enfin, il semble important de souligner que les difficultés rencontrées proviennent de deux approches distinctes. Dans l'approche objective, nous relevons les difficultés qui sont liées aux compétences de chacun. Par contre, dans l'approche subjective, les difficultés sont liées au ressenti personnel et à l'éducation qui façonne chaque professionnel et qui détermine ce qu'il est. Il est donc plus compliqué de travailler sur les difficultés subjectives car elles sont propres à chacun.

DISCUSSION & PRECONISATIONS

Dans la dernière partie de ce mémoire, nous allons interpréter les résultats de notre recherche afin de mettre en évidence les éléments de réponse à notre question de départ. Pour rappel, cette dernière s'intitule comme suit : « *Quels sont les enjeux et difficultés liés à l'accompagnement d'un enfant maltraité dans un service de pédiatrie générale ?* ».

Notre discussion va s'articuler autour des sept rubriques ressorties du matériau. Nous allons comparer nos résultats à ce qui est présent dans la littérature. Ensuite, nous synthétiserons les barrières liées à cet accompagnement et les choses importantes qui sont ressorties des entretiens, et ce, afin de sensibiliser les professionnels à cette thématique très complexe, et de leur permettre d'adapter cet accompagnement afin de soigner au mieux l'enfant.

Par après, nous mettrons en lumière les différentes pistes de réflexions qui pourraient découler de ce mémoire. Pour finir, nous reviendrons sur les limites et difficultés rencontrées tout au long de ce travail avant de conclure ce dernier.

I. L'interprétation des résultats et liens avec la littérature

1. La maltraitance

La première sous-question de recherche visait à nous éclairer sur l'importance du phénomène de la maltraitance en Wallonie et plus particulièrement, dans la région de Charleroi. En effet, il nous semblait important d'insister sur son existence et également d'éclairer le lecteur sur les types de maltraitance rencontrés.

Selon l'ONE, les équipes assurant le suivi en Wallonie et à Bruxelles sont les plus exposées à la maltraitance. De leur point de vue, il y a une **précarité de plus en plus présente** dans les familles et aussi, **des liens familiaux de plus en plus perturbés** (ONE, 2012). Il existe effectivement un lien entre les **familles maltraitantes et la précarité** (Desquennes & Beynier, 2012). Les antécédents de violence, les manques affectifs, le niveau socio-économique bas, l'absence de diplôme, l'instabilité d'emploi, l'insuffisance de ressources, les problèmes de santé sont considérés comme des **facteurs favorisant** l'émergence de la maltraitance (Humbeeck et Pourtois, 2000). Lors de nos entretiens, les professionnels de la santé ont également fait part de l'importance des **liens familiaux** dans les familles maltraitantes. Ils soutiennent que la maltraitance physique arrive plus facilement dans des milieux précarisés, où les

parents sont **jeunes** et **manquent d'informations** [M1(10) ; M3(11) ; I3(12)]. En revanche, ils soutiennent que les maltraitances sexuelles arrivent dans tous les types de familles [M1(22) ; M3(23)]. Pour préciser, la littérature nous montre que les maltraitances sexuelles surviennent plus dans des familles où l'enfant est **en quête soit d'un contenant, d'un lien, de reconnaissance ou de vérité** (Duret & Lefebvre, 2000).

Dans les rapports d'activité de l'ONE, on retrouve une similitude entre le nombre de cas de maltraitances physiques et sexuelles. Les cas de négligences, maltraitance physique ou violences sexuelles sont plus nombreux chez les enfants d'âge préscolaire. Les adolescents, eux, représentent une part plus importante de maltraitances psychologiques et sexuelles. Cependant, ces chiffres ne sont pas totalement représentatifs étant donné qu'ils ne sont établis que sur base des cas signalés (Rapport d'activité de l'ONE, 2018). Les résultats que nous avons récoltés sont différents. En effet, pour les professionnels, les cas sont très diversifiés et il est difficile d'établir une généralité.

Un élément que nous n'avions pas émis dans nos interrogations de départ était **la notion de prévention**. En effet, un des psychologues a soulevé un élément important : **la périnatalité**. Il est important de pouvoir observer les familles à risques suite à un accouchement. Aujourd'hui, la chose est plus difficile maintenant que les séjours en maternité sont réduits [P3(27)]. En effet, le Conseil Fédéral a souligné l'importance du repérage précoce de la maltraitance infantile (Observatoire de la maltraitance envers les enfants, 2018). A l'heure actuelle, les liens entre les soignants et les parents en période périnatale sont en dégradation dûs à une hospitalisation de plus en plus courte, une consultation post-natale tardive et une raréfaction des visites à domicile (Turz, 2013). Dans la littérature, la notion de **'plasticité cérébrale'** est évoquée. Cette dernière soulève **l'importance de l'environnement**, qui sculpte le cerveau fœtal et néonatal, et prouve à quel point il est important de faire attention **au bien-être maternel dès la grossesse** (Molénat, 2013).

2. Les protocoles hospitaliers et la législation

Nos entretiens ont pu mettre en évidence une caractéristique commune à chaque hôpital. Il n'existe qu'un protocole fixe en cas de maltraitance sexuelle. Ce protocole est **commun** à chaque hôpital [M1(28) ; M1(29)]. Ensuite, pour tout autre type de maltraitance, l'accueil et l'accompagnement se fait de manière autonome avec une attention portée sur les lésions et un accompagnement psychologique. De plus, il ressort des entretiens que les **infirmier(e)s ne connaissent pas** l'existence de ce protocole [I1(33) ; I3(34)]. Nos recherches nous expliquent que les protocoles médicaux offrent une certaine **sécurité** aux soignants (Molénat, 2013). Or, en Belgique, dans la partie francophone du pays, **il n'existe pas de procédure type**. Par contre, en Flandres, un protocole relatif aux maltraitances des enfants

(**Protocol Kindermishandeling**) a été signé en mars 2010. Selon le KCE, une des recommandations importante est **d'imposer aux institutions un protocole d'actions obligatoires** pour ancrer structurellement la détection et le signalement de la maltraitance infantile (KCE, 2016). Les professionnels interrogés lors de l'enquête du KCE mentionnent qu'il existe à l'heure actuelle **des outils** tels que des checklists, guidelines « Domus Médica », brochures, etc. qui peuvent aider à réagir adéquatement en cas de maltraitance suspectée. Aux Pays-Bas, les professionnels sont légalement tenus d'utiliser un code de signalement depuis 2013. Ce code comporte les étapes à suivre, une checklist et un guide d'entretien. Grâce à des points repères, les soignants savent alors s'il faut signaler ou non. **Il apparaît que les professionnels disposant d'un code de signalement interviennent 3x plus que ceux n'en disposant pas**¹⁴ (KCE,2016).

3. Les difficultés et barrières lors de l'accompagnement de l'enfant

Une des plus grosses questions de recherche de ce mémoire visait à mettre en évidence les difficultés que rencontraient au quotidien les soignants pour accompagner des enfants maltraités dans un service classique de pédiatrie générale. Au cours des entretiens, nous avons pu énumérer un bon nombre de barrières entravant le bon déroulement de l'accompagnement, à savoir : **les équipes peu nombreuses, le besoin de supervision, le rapport aux services sociaux, le manque de places dans les institutions, le manque de temps, les conséquences sur l'enfant, des ressources non-exploitées, un manque de structures, le manque de certaines spécialisations, les répercussions sur le personnel, une législation peu claire, le lien avec les parents et l'impact professionnel.**

Dans la littérature, on souligne **le manque de temps** pour réaliser des entretiens de longue durée, **la notion de subjectivité de la maltraitance**, la **lourdeur administrative du signalement**, et une **sensibilisation inadéquate** des jeunes médecins (Savioz et al., 2012). De plus, les infirmières déplorent **une marge de manœuvre** trop limitée pour mener à bien la prévention (Brioschi et al., 2011). De surcroît, force est de constater que la maltraitance infantile génère un **impact émotionnel** important chez les prestataires de soins (Hiquet et al., 2016).

Tous les résultats s'accordent à dire qu'une des grosses difficultés à l'heure actuelle est le rapport entre les services de pédiatrie générale et **l'implication des services sociaux**. [M1(65) ; I3 (66) ; M3 (67)]. Cette notion est également mentionnée dans la littérature. En effet, les professionnels expliquent également que les services d'Aide à la Jeunesse ont trop de dossiers, qu'ils ne sont donc pas traités à

¹⁴ Pour les exemples aux Pays-Bas voir : Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling (LECK): 24 per dag forensisch-medisch advies (<http://leck.nu/>); Forensische polikliniek kindermishandeling Utrecht

temps. A cela s'ajoute le fait que ces services ne sont pas accessibles tous les jours, ce qui entraîne des hospitalisations non nécessaires ou des dossiers « oubliés » (CODE, 2016).

Une des barrières à laquelle nous n'avions pas pensé lors de la rédaction de notre première partie était que les soignants ressentent le besoin **d'être supervisés** lors des situations difficiles [M3(119) ; P3(122) ; P1(123)]. Un autre item soulevé traitait des répercussions sur le personnel. Il leur semble difficile de placer une **barrière émotionnelle** lorsque les situations sont trop délicates [P1(96) ; M3(97) ; I3(98) ; M3(100)]. En effet, les émotions et le ressenti des professionnels **peuvent influencer les perceptions** de la maltraitance et la manière dont ils vont jouer un rôle dans la prévention, la détection ou le signalement (OME,2018). Les revues littéraires nous démontrent également l'importance des supervisions lors de situations compliquées. De telles supervisions permettent de transformer les **difficultés vécues** par les soignants en **informations pertinentes**, afin de les aider à s'améliorer dans leur pratique (Soubeyrand, 2004). Les soignants trouvent ainsi des solutions ensemble dans le but d'accompagner au mieux les patients par la suite. Elles permettent d'amplifier la **perception du professionnel de ses propres compétences** mais également de favoriser la part active de ce dernier dans la recherche d'une solution (Soubeyrand, 2004).

Nos résultats ont fait ressortir qu'il faudrait veiller à avoir plus de places pour éviter que les enfants restent « placés » à l'hôpital trop longtemps, sans solution de sortie [M1(88) ; P3(90) ; M1(86)]. Selon la littérature, bien qu'il soit nécessaire **d'augmenter les places en structures** d'accueil, il faudrait **veiller tout d'abord à augmenter le nombre de sorties** (CODE, 2016). A l'heure actuelle, les enfants restent enfermés de plus en plus longtemps en institutions (3 ans vs. 1an). Cette notion rejoint celle des conséquences sur les enfants. En effet, le manque de places nécessite des hospitalisations plus longues dans des services non adaptés (l'hôpital), et les soignants nomment ce phénomène : **la maltraitance institutionnelle** [M1(78) ; I2(80) ; I1(81) ; P3 (83)]. Sans le vouloir, les soignants ne disposant pas d'assez de ressources pour accompagner au mieux ces enfants, les négligent et deviennent également responsable d'une forme de maltraitance. Il semble difficile d'agir dans l'intérêt de l'enfant lorsque ces derniers sont envoyés dans différents milieux d'accueil et qu'on les qualifie d'« **incasables** » (Chapon-Cruzet, 2006). En France, une étude a établi un lien entre la maltraitance institutionnelle et les conditions de travail des soignants. Étant victimes d'une non-réglementation du travail, des erreurs médicales, des maltraitements et un épuisement professionnel peuvent en découler (CNCDH, 2018). De surcroît, il existe trop **peu de partenaires spécialisés (pédopsychiatre, gynécologue, médecin légiste etc.)** (CODE, 2016), comme l'avaient mis en exergue nos entretiens.

Nous avons également pu mettre en évidence que la relation entre les professionnels et les parents était souvent compliquée. La plupart des professionnels mentionnent une difficulté à aborder les parents de

manière impartiale [M1(107) ; I3(109) ; M1(116)]. Or, la littérature nous informe sur **l'importance du lien soignant-parent** dans le bon développement de l'enfant. Il semble important qu'un climat de confiance et de connaissance mutuelle s'installe entre le parent et le soignant afin d'avoir, dans des situations familiales compliquées, un effet positif autant sur l'enfant que sur les parents (Molénat, 2013). En effet, selon les experts, un accompagnement réussi nécessite une **alliance entre les parents et les soignants**. Il faut cependant poser ses limites, mettre à plat les divergences d'opinion, et ne pas coller aux représentations négatives des parents. Le but n'est donc pas de donner des conseils éducatifs mais de parler des ressentis de chacun (Favez & Frascarolo, 2011). Il est essentiel pour les parents **d'être reconnus**, tout en restant attentif au bon développement de l'enfant, et de ne pas souligner les limites auxquelles peuvent être confrontés les parents dans leurs relations avec leurs enfants (Molénat, 2013). Selon la littérature, la difficulté rencontrée sur le terrain à l'heure actuelle provient du fait que toutes les disciplines doivent s'ouvrir au dialogue. La confusion également provient de **l'ébranlement des identités professionnelles** (Molénat, 2012).

4. Le signalement

Une autre de nos sous-questions de recherche était d'évaluer le signalement au sein des trois hôpitaux sélectionnés. Il ressort de la littérature que le **taux de signalement par le secteur médical est encore, à l'heure actuelle, trop faible** (9% en Communauté Française contre 20% en Flandre en 2016) (KCE, 2016). Nous voulions donc mettre en avant les obstacles entravant le signalement. Dans nos interrogations, nous avons mis en évidence la peur des représailles, le manque de preuves, et le manque d'informations.

Notre revue de littérature a permis de souligner que tout d'abord, la notion de maltraitance est **assez complexe** (Hiquet et al., 2016, p. 1234), et qu'elle peut donc être interprétée de multiples manières, comme ce fut souligné dans nos entretiens [P3 (157)] . Les **sensibilités professionnelles et individuelles** jouent un rôle extrêmement important et influencent la manière de réagir (OME, 2018). Il en va de même pour la **notion de non-assistance à personne en danger** [P1(162) ; M1(164)].

Ensuite, certains professionnels ont tendance à **s'attarder sur les conséquences plutôt que sur les causes** du problème lors d'un passage en salle d'urgence, et à éviter de poser trop de questions (Gautier, 2008). Cet aspect fait référence à la **minimisation** [P1(148) ; M1(146)] et à la **conscientisation** [M1 (143) ; I3 (145)] évoquées dans nos entretiens.

Les résultats parlent également de **l'influence culturelle** [M3 (169)] qui pouvait entraver le signalement. La littérature met en évidence que la violence éducative ordinaire (OVEO, 2018) varie en fonction des

pays et des cultures. Il est donc important que les pays se positionnent et définissent une législation contre les châtiments corporels. Il a été prouvé que les pays où la loi interdisait certaines pratiques (Suède, Finlande, Autriche), induisait un changement des pratiques (CODE, 2018). Ensuite, **la notion de culpabilité** des enfants [P1(167)] a été mentionnée lors de nos entretiens. En effet, il ressort que l'enfant, qui **par filiation**, a un sentiment **de loyauté** envers ses parents, refusera de dénoncer son agresseur dans certaines situations (de Becker, 2009).

Qui plus est, **l'école a une importance capitale** dans la détection de la maltraitance (Brioschi et al., 2012). C'est ce qui ressort de la littérature et également de nos entretiens [P1(160) ; M1(158)].

Enfin, une notion que nous n'avons pas trouvée dans la littérature consultée est **la banalisation du sexe** et son influence dans la maltraitance sexuelle comme l'expliquait une psychologue [P1(168)]. Selon elle, à cause d'un accès trop facile aux technologies, l'image du corps est beaucoup plus perturbée à l'heure actuelle, ce qui porte à confusion dans la perception qu'on les enfants de ce que l'on peut accepter et ce qu'on ne peut pas, dans le cadre des maltraitances sexuelles.

5. Les formations

La rubrique des formations est tout à fait claire. En effet, les soignants interrogés [P1(175) ; I2 (178)] et la littérature se rejoignent en tous points pour dire que **les formations sont plus que nécessaires pour accompagner les enfants maltraités**. Tous s'accordent à dire que le niveau de formation du personnel soignant pose problème (Tursz & Greco, 2012). « (...) *Cette connaissance est souvent anecdotique, parcellaire, biaisée par des a priori idéologiques, des jugements hâtifs, sans nuances* » (Manciaux, 2001). Le manque de formations peut provoquer que le personnel s'alarme « trop vite » ou au contraire, pas assez, si la situation à l'hôpital ne reflète pas la situation vécue au quotidien (CODE, 2016).

Le KCE a d'ailleurs émis dans les recommandations liées à la maltraitance qu'il était important que les prestataires de soins **bénéficient d'informations et de formations sur le sujet** (KCE, 2016). Il ressort également qu'une bonne connaissance des réseaux existants et de personnes à contacter **augmente la confiance** en soi du personnel. C'est pourquoi, il est aussi préconisé d'organiser des séances d'informations plusieurs fois par an sur ces matières, à l'image de ce qui existe déjà dans chaque province flamande (KCE, 2016).

Enfin, pour les formations qui ont eu lieu dans un cursus ou un autre, notons que d'une manière générale, elles sont souvent orientées sur la détection des signes physiques, ce qui ne représente qu'une partie

visible de l'iceberg (OME, 2018). Toutefois, il est important de remarquer que la formation passe également par **la pratique quotidienne** et le **partage de connaissances** [I1(179)] (OME, 2018).

D'une manière générale, les formations sont reconnues pour permettre une mise à jour continue des **qualifications** personnelles (Monville & Léonard, 2008). De plus, **la notion de « supervision »** qui a été évoquée plus haut par nos répondants [M3(119) ; P3(122) ; P1(123)], rejoint également la notion de formation. En effet, le besoin de supervision intervient lorsque la personne se sent démunie face à la situation et a besoin d'un avis externe. En Belgique, on a pu relever ces dix dernières années une augmentation de la demande de supervision (Rouzel, 2010).

6. La collaboration interdisciplinaire

La collaboration est **indispensable** pour accueillir et accompagner un enfant maltraité. Cependant, il est nécessaire que cette collaboration soit optimale pour en voir des effets positifs, ce qui, malheureusement, n'est pas toujours le cas comme en témoignent nos entretiens [M3(201) ; P3 (207)].

Dans la littérature aussi, on a mis en évidence que certains professionnels se plaignaient de ne pas être suffisamment entendus, alors qu'ils passent beaucoup de temps dans l'observation de l'enfant (OME, 2018). Bien qu'en théorie, chacun prône l'importance de la collaboration interdisciplinaire, dans la pratique, il en va tout autrement. Pour l'OME, ce décalage serait en lien avec le **travail en réseau** (manque de concordance des horaires, temps, nécessité de coordination etc.), **les enjeux de pouvoirs, d'influence et de territoires entre les institutions** (Roulet Schwab, 2012). Selon l'OME, les professionnels soutiennent que la collaboration interdisciplinaire aide à pallier la subjectivité de l'évaluation des situations de maltraitance (Roulet Schwab, 2012).

La collaboration avec les service d'Aide à la Jeunesse est néanmoins compromise [I3(211) ; M1 (212) ; I3 (213)]. En effet, il existe **des disparités** dans la qualité de l'intervention et le temps de réaction selon les assistants sociaux (Roulet Schwab, 2012). Dans nos entretiens, il a été mis en évidence qu'il y avait **encore une différence entre le médecin et l'infirmier** [I2 (208)]. Dans la littérature, on soulève l'importance de ne plus établir de distinction et de voir le binôme médico-soignant comme un tout. Cela permet **un « double » regard**, qui commence par un regard infirmier, durant plus longtemps que celui du médecin. (OME, 2018).

Notons qu'en plus de l'infirmier et du médecin, beaucoup de personnes [I1 (190) ; I2 (193)] gravitent autour de l'enfant, augmentant donc le nombre d'observations (OME, 2018). La pluridisciplinarité **minimise les risques d'erreur** dans le signalement d'une situation délicate (Perruson, 2008). La place

du pédopsychiatre est importante dans la littérature, ce qui prouve que l'absence de ce dernier est un inconvénient comme le mentionnent les professionnels de nos entretiens [M3 (203)]. En effet, ce dernier aide à soulager l'équipe médico-soignante. Il **soigne l'esprit** quand le médical soigne le corps (OME, 2018).

On ne peut pas parler de collaboration sans parler de la **communication**. Dans nos entretiens, il est apparu que la communication n'était pas toujours facile. D'une part, la mise en place des **dossiers informatisés** nuit à la bonne communication des observations [P3(204)]. D'autre part, la présence d'intervenants augmente la **perte d'informations** et l'accompagnement de qualité des enfants [P3 (202)].

7. Le retour de l'enfant

Le retour de l'enfant a également été abordé au cours de nos entretiens. En effet, les professionnels dénoncent également des difficultés liées **au manque de solutions** pour l'enfant suite à l'hospitalisation [M3 (218)], **un manque d'explications à l'enfant** [I1 (222)], et enfin, l'absence **de nouvelles** après son départ [M3 (226) ; P3 (228) ; I3 (224)]. Le retour de l'enfant n'est pas beaucoup abordé dans la littérature alors qu'il est tout aussi essentiel dans l'accompagnement de ce dernier. Selon les recommandations du KCE, il est nécessaire de renforcer l'offre d'aide spécialisée pour les enfants victimes de maltraitance (KCE, 2016). Cependant, comme nous l'avons vu plus haut, les places sont saturées (CODE, 2016). Le manque de nouvelles de l'enfant par la suite dépend également de son lieu de placement ; est-il retourné en famille, est-il dans un centre, ... ? Tous ces facteurs peuvent également jouer un rôle dans le devenir de l'enfant. Néanmoins, il semble important de permettre à l'enfant de se projeter en lui expliquant ce qu'il va arriver, comme l'ont expliqué les infirmières interrogées [I1(230) ; I2(231)].

II. Les pistes de réflexion

Suite aux résultats que nous avons pu mettre en évidence, il nous semble judicieux de suggérer des pistes de réflexion pour le futur.

Tout d'abord, il nous apparaît intéressant de se pencher sur l'importance du suivi des familles à risques durant l'hospitalisation en maternité. Étant donné la restriction du séjour en maternité, il pourrait être intéressant de former une équipe spécialisée, de sages-femmes et de psychologues, effectuant les visites

à domicile dans les familles plus précarisées, de manière plus intensive afin de prévenir le risque de maltraitance infantile.

Ensuite, il serait judicieux de prendre exemple sur les Pays-Bas et de fixer des échelles ou des protocoles concernant les suspicions de situations de maltraitance, permettant ainsi aux soignants d'évaluer l'importance de ces situations délicates et d'adapter les prises en charge au contexte familial. Comme mentionné plus haut, il apparaît que les soignants se sentent plus à l'aise lorsqu'ils sont équipés d'échelles de référence ou d'autres outils tels que les check-list (KCE, 2016). En parallèle, il semble nécessaire de briefer les nouveaux engagés sur les protocoles relatifs du service. Lors de nos entretiens, il apparaissait très clairement que les engagés ne sont pas formés à apprendre les protocoles et que ces carences peuvent les desservir lorsqu'ils sont en contact avec des situations suspectes. De plus, la plupart des personnes interrogées qui ne connaissaient pas le protocole ont indiqué se sentir « plus démunies » face aux cas de maltraitance, car elles ne savent pas qui peut être contacté ou ce qu'elles doivent faire en cas de suspicion.

Pour rebondir là-dessus, il semble évident que les formations sont vraiment trop pauvres pour permettre aux soignants de travailler correctement avec les enfants maltraités. Il serait clairement important de mettre en place un cours particulier axé sur la maltraitance dans l'option « Pédiatrie », car c'est une branche qui fait partie intégrante de cette spécialité, malheureusement. Les personnes interrogées sont unanimes pour demander plus de formations notamment sur tous les aspects psychologiques et judiciaires liés à la maltraitance. Il faudrait pouvoir instaurer des formations internes/externes obligatoires minimum 1x/an pour permettre au personnel de pouvoir se tenir informé des changements éventuels au niveau légal mais aussi au niveau des documents administratifs ou des personnes à contacter. Nous avons également mis en avant la notion de supervision qui est d'actualité pour les psychologues surtout. Cela semble pertinent de travailler cette notion de supervision également pour les pédiatres et les infirmiers/infirmières avec des débriefings plus fréquents leur permettant d'être supervisés par des équipes spécialisées telles que SOS-Enfants, pour faire état des situations déjà vécues dont le passage en revue, à posteriori, conduirait à l'amélioration continue des professionnels.

Il ressort également de nos entretiens qu'il importe de revoir la collaboration interdisciplinaire pour améliorer le travail en équipe. Le travail en équipe reste une tâche difficile et la communication peut être bénéfique tout autant qu'elle peut être néfaste. Il serait préférable de déterminer les places de chacun et définir le rôle de chacun auprès de l'enfant. Cela permettrait à chaque intervenant de « cadenciser » son rôle, et savoir qui intervient et à quel moment. Ensuite, il faudrait collaborer de façon plus optimale avec les services d'Aide à la Jeunesse, de mettre en place une aide disponible 24h/24h, et ce, en définissant des délégués spécifiques en charge des dossiers. Dans un même cadre, il serait intéressant

de pouvoir avoir le ressenti des délégués de l'Aide à la Jeunesse car ces derniers pourraient également mettre en évidence les problèmes qu'ils rencontrent au quotidien.

Enfin, il semblerait nécessaire, suite aux résultats obtenus, de revoir le cadre légal de la maltraitance. Les lois devraient être clarifiées et adaptées afin de permettre à chacun de savoir ce qu'il peut ou ne peut pas faire.

III. Les limites et difficultés rencontrées

Tout d'abord, nous voudrions mentionner que le présent mémoire est un mémoire à but exploratoire et qu'il a donc pour but de rechercher des données, et pas d'affirmer des conclusions. De plus, il est l'expression d'un état des lieux qui prend en compte des points de vue individuels de professionnels ne provenant que de trois hôpitaux. Pour cette raison, il ne peut donc pas être considéré comme représentatif de l'ensemble du secteur ou de l'ensemble de la problématique. En effet, il aurait été judicieux de mener l'enquête sur l'ensemble d'une région, pour faire apparaître encore plus de résultats, mais dans les délais impartis, la chose n'était pas possible. Par ailleurs, les résultats obtenus proviennent en partie d'un ressenti subjectif de chaque personne, ne permettant donc pas de tirer une généralité.

Parallèlement, nous avons tenu à sélectionner les professions qui nous semblaient les plus appropriées, à savoir les médecins, les infirmiers et les psychologues. Or, il existe bien plus de professionnels s'occupant de l'enfant, en règle générale.

Concernant les chiffres cités dans le mémoire, il est impératif de considérer le fait qu'il n'existe pas de base de données exacte, sachant qu'encore un bon nombre de cas ne sont pas renseignés aux services de référence.

Enfin, la réalisation de tous les entretiens prévus n'a pas pu être menée à terme en raison des décisions gouvernementales tombées le 11 mars 2020 suite à la propagation du virus COVID-19.

CONCLUSION

L'objectif de ce travail de recherche était de mettre en évidence les enjeux et les difficultés auxquels les soignants doivent faire face lors de l'accueil et de l'accompagnement d'enfants maltraités dans un service de pédiatrie générale. Nous voulions travailler ce sujet car il nous semblait important de ne pas sous-estimer l'impact que peut avoir la maltraitance infantile tout au long d'une vie. C'est une situation qu'il est impératif de détecter le plus rapidement possible si l'on veut pouvoir aider l'enfant.

Afin de répondre à cette question de recherche, nous avons décidé de mener des entretiens semi-directifs à travers trois hôpitaux du Hainaut, dans la région de Charleroi. Le but de ces entretiens était de mettre en exergue les difficultés telles qu'elles sont vécues sur le terrain. Pour ce faire, nous avons interrogé des infirmiers, des médecins et des psychologues travaillant en pédiatrie. A travers eux, nous avons abordé les différents aspects de la problématique.

Grâce à ces entretiens, nous avons pu mettre en évidence que les difficultés rencontrées par nos soignants étaient similaires à celles relatées par la littérature consultée telles que le manque de formations des professionnels, des protocoles peu présents (voire absents), une collaboration interdisciplinaire compliquée etc. Mais nous avons découvert d'autres difficultés dont la littérature ne faisait pas état, à savoir : le besoin d'être supervisé, l'importance de la prévention durant le séjour à la maternité, l'influence culturelle etc. Ces dernières nécessitent une réelle remise en question de l'organisation actuelle des hôpitaux face aux situations de maltraitance infantile. Il semble important de permettre aux soignants d'avoir tous les « outils » pour permettre un accompagnement optimal des situations difficiles. Enfin, il importe aussi de faire la part des choses et d'extraire le ressenti « subjectif » des difficultés relatées par les professionnels. En effet, certaines difficultés sont propres au vécu de chacun et sont donc plus difficiles à changer.

Il n'est donc pas aisé de répondre à la question de recherche. Telle qu'organisée aujourd'hui, l'accompagnement d'un enfant maltraité restera un programme aléatoire tant qu'il n'y aura pas de protocole commun, admis et respecté de tous : un protocole dont la raison d'être absolue, au-delà de toute considération religieuse, politique, médicale ou autre, serait de protéger l'enfant et de sauvegarder les bases de son avenir.

Un protocole commun, car il serait impensable que d'un hôpital à l'autre, d'une ville à l'autre ou d'une région à l'autre, il puisse en être autrement. Admis, car sans adhésion de la part de tous les acteurs de ce protocole, il ne pourra déboucher sur de meilleurs résultats. Et respecté, car sans cette condition, tout

serait continuellement remis en cause en fonction des intérêts des uns ou des autres et la raison absolue du protocole serait très vite oubliée ...

Ensuite, nous pourrions dire que la plus grosse priorité serait de travailler la formation des soignants travaillant dans le domaine de la pédiatrie. Il semble important que les soignants soient mieux formés à gérer les situations de maltraitance et qu'ils puissent continuer à se former tout au long de leur carrière. De plus, il serait intéressant de mettre plus en avant les supervisions dans les services de pédiatrie pour permettre à chacun de s'exprimer et de communiquer sur les difficultés qu'il rencontre face à des situations problématiques du quotidien.

Enfin, je pense également qu'il serait bénéfique de créer un « réseau médico-psycho-juridico administratif », une sorte de conseil permanent (accessible 24h/24), obligatoirement détaché des acteurs de terrain, dont la mission serait, dès le signalement d'un cas de maltraitance, l'accueil de l'enfant et son accompagnement « supervisé » dans les dédales du système. Ce réseau de surveillance est à mes yeux le chaînon manquant dans la gestion de la problématique.

Former une équipe, une vraie, avec un capitaine, un entraîneur et avoir des règles de jeu claires. C'est le défi que ce mémoire lance à partir de maintenant.

BIBLIOGRAPHIE

AUJOULAT I. (2018). *Introduction aux méthodes qualitatives*. Université Catholique de Louvain : Bruxelles.

BRIOSCHI N., KNUSEL R. (2012) : « *Face à la maltraitance infantile : quelles pratiques ?* » Mis en ligne le 15 novembre 2012

CENTRE PSYCHOMEDICO SOCIAUX LIBRES (2018) : Note informative sur la maltraitance infantile. Bruxelles

CHAMBERLAND C., DURNING P. (2009) : *La violence et la maltraitance envers les enfants : un enjeu social et scientifique*. In : Santé, Société et Solidarité n°1, Violence et maltraitance envers les enfants. pp. 5-11

CHAPON-CROUZET N. (2006) : *De la maltraitance à la bienveillance institutionnelle*. Empan, n° 62(2), 122-126. doi:10.3917/empa.062.0122.

CODE PENAL : La constitution belge : article 478 et 478bis

COORDINATION DE L'AIDE AUX VICTIME DE MALTRAITANCE (2002) : *L'aide aux enfants victimes de maltraitements* : Guide à l'usage des intervenants auprès des enfants et adolescents.

COORDINATION DES ONG POUR LES DROITS DE L'ENFANT (CODE) (2016) : « *Enfants placés à l'hôpital par l'Aide à la Jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles. Et les droits de l'enfant dans tout ça ?* » Ed. Hayez, Bruxelles.

CONVENTION INTERNATIONALE DES DROITS DE L'ENFANT (1989) : Article 19 relatif au droit de la jeunesse

DE BECKER E. (2007): "*How does intrafamily mistreatment recur?*". Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 55 (2007) 185–193

DELEFOSSE M., CARRAL M. (2017). « *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé* ». Malakoff : Dunod.

DELVENNE, V. (2014) : « *Traumatisme infantile et devenir psychopathologique. Les négligences chez l'enfant de 0 à 3 ans et ses conséquences.* » SAJ de Charleroi

DESQUESNES G., BEYNIER D. (2012). « *Parcours de vie et réseaux personnels de familles dites maltraitantes* ». La revue internationale de l'éducation familiale, 31(1), 97-121. doi:10.3917/rief.031.0095.

DURET I., LEFEBVRE A. (2000). Représentations de la famille et des liens familiaux dans les processus psychiques perturbés d'enfants victimes d'abus sexuels intrafamiliaux. In: *Psychologie clinique et projective*, vol. 6, 2000. Organisation et désorganisation psychiques chez l'enfant. pp. 115-144.

FAVEZ N., FRASCAROLO F. (2011) : « Le développement des interactions triadiques mère-père-enfant » Devenir, n°4, p. 23

FIASSE L., HAINAUT H., DECLEIRE J. (2009). *Quelques réflexions sur l'approche de la maltraitance de l'enfant : le fruit d'une expérience.* Groupement belge des pédiatres de langue française (GBPF), 20 p.

FRAPPAT P. (2004). Maltraitance à enfants [Page WEB]. Accès : <http://www-sante.ujfgrenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/pedia/santpub/37/lecon37.htm#>.

FREUD S. (1920). Au-delà du principe du plaisir. IN : Essai de psychanalyse. Paris. 1998 ed. Payot

GAUTHIER C. (2008). Sommes-nous tous des abusés ? *Comprendre, détecter, soigner les abus par une approche psychosomatique.* Chêne-Bourg : Georg, 3.

GERARD M. (2014) : Guide pour prévenir la maltraitance. Temps d'arrêts/Lectures. Bruxelles. Ed Fabert, p.7

HAQUENNE G. (2014) : La négligence chez l'enfant de 0 à 3 ans. Les négligences chez l'enfant de 0 à 3 ans et ses conséquences. SAJ de Charleroi

HIQUET J., CHRISTIN E., DUBOURG O., FOU GAS J., BAUP C., BRUNET G., MILLIGTON J., GROSLERON N., & GROMB-MONNOYEUR S. (2016). Apport de la médecine légale à la protection de l'enfance : présentation d'un mode d'évaluation pluridisciplinaire. Archives de Pédiatrie, 23, 1233-1239.

HOFNER M-C., AMMANN Y., BREGNARD D. (2001). *Recherche sur la maltraitance envers les enfants dans le canton de Vaud*.

KAES R., FAIMBERG H., ENRIQUEZ M., BARANES J-J. (2003). *Transmission de la vie psychique entre générations*. Paris. Dunod.

KAKAI H. (2008) : *Contribution à la recherche qualitative*, cadre méthodologie de rédaction de mémoire, Université de Franche-Comté, Février 2008

KCE. (2016) : *Comment améliorer la détection de la maltraitance infantile ? Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. KCE Report 269Bs*

KIVITS J., BALARD F., FOURNIER C., WINANCE M. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. Malakoff : Armand Colin.

LEJEUNE C. (2014) : *Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer*. Louvain-la-Neuve : De Boeck

MANCIAUX M. (2001) : « Maltraitance, résilience, bientraitance ». *Revue médicale Suisse*, volume n°3.

MOLENAT F. (2012). « *Écouter les femmes enceintes... et après ?* », *Revue médicale périnatale*.

MOLENAT F. (2013) : *La qualité des liens entre parents et professionnels : clé d'un accompagnement adéquat de l'enfant dans son développement* n°37 p.185 à 207

MONVILLE M., LEONARD D. (2008). La formation professionnelle continue. *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 1987-1988(2), 7-67. doi:10.3917/cris.1987.0007.

OBSERVATOIRE DES MALTRAITANCES POUR ENFANTS (OME) (2018) : *Prévention et détection de la maltraitance envers les enfants dans les services d'urgences du Canton de Vaud*.

ONE (2017) : *L'ONE en chiffres. Rapport d'activités, année 2017*. Fédération Wallonie-Bruxelles

ONE (2018) : *L'ONE en chiffres. Rapport d'activités, année 2018*. Fédération Wallonie-Bruxelles

ORDRE DES MEDECINS (2011) : *Secret professionnel* : projet de modification de l'article 458bis du Code Pénal. Conseil National

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2002) : « *Rapport mondial sur la violence et la santé : résumé* » Genève.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2016) : « *Rapport de situation sur la prévention de la violence dans le monde* ».

OVEO. (2018) : Rapport du gouvernement au Parlement relatif aux violences éducatives. Paris.

PAILLE P., MUCCHIELLI A. (2016). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales-4e éd, Armand Colin.

PERRUSSON O. (2008). Accompagnement psychologique des enfants maltraités. *Laennec*, tome 56(1), 34-44. doi:10.3917/lae.081.0034.

ROULET SCHWAB D., BRIOSCHI N., SAVIOZ F., KNUSEL R. (2012) : Maltraitance infantile (MI) et coordination : Regards croisés d'acteurs professionnels et institutionnels confrontés au processus préalable au signalement. Rapport scientifique déposé au RECSS le 23 mai 2012.

ROUZEL J. (2010). La supervision d'équipe en travail social : le retour !. *Le Journal des psychologues*, 274(1), 63-65. doi:10.3917/jdp.274.0063.

RUSSEL M., LAZENBATT A., FREEMAN R., MARCENES, W. (2004): *Child physical abuse: health professional's perceptions, diagnosis and responses*. British Journal of Community Nursing

SAVIOZ F., BRIOSCHI N., SCHWAB D., KNUSEL R. (2012) : *Représentations et pratiques des pédiatres face à la maltraitance infantile dans le Canton de Vaud*. Paediatrica, vol. 23, no.3

SAVIOZ F., BRIOSCHI N., ROULET SCHWAB D., KNUSEL R. (2012) : « *Les infirmières face à la maltraitance infantile : les enjeux du signalement* ». Soins infirmiers, 9

SCHUTZENBERGER A-A. (1999) : *Aie mes aïeux ! Liens transgénérationnels, secrets de famille, syndrome d'anniversaire et pratique du géosociogramme*. Paris : Desclée de Brouwer

SOUBEYRAND P. (2004). *Le langage centré sur les solutions dans la supervision d'équipe*. Thérapie Familiale, vol. 25(4), 505-519. doi:10.3917/tf.044.0505.

SOS-ENFANTS (2015) : « *Le dispositif de prévention et de prise en charge de la maltraitance infantile en Fédération Wallonie-Bruxelles* »

SOS-ENFANTS (2016) : « *Rapport d'activités : analyse statistiques de l'activité de l'équipe SOS-enfants-parents Verviers* »

TURSZ A. (2010) : *Les Oubliés, Enfants maltraités en France et par la France*. Paris : Éditions du Seuil

TURSZ A. (2013) : Rapport du comité de suivi du colloque national sur les violences faites aux enfants « *Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels* » Revue française des affaires sociales. p.32-50

TURSZ A., GRECO C. (2012) : « *La maltraitance envers les enfants : comment sortir concrètement du déni ?* », Arch Ped, n° 19, p. 680-683.

UMOTINI L-D., MAHELE S. (2016) : *Suspicion de maltraitance : du secret professionnel au devoir de discrétion*.

UNICEF (2015) : *Rapport annuel mondial sur la maltraitance. États-Unis*

