

SYNTHÈSE

COMMENT AMÉLIORER LA DÉTECTION DE LA MALTRAITANCE INFANTILE ?



SYNTHÈSE

COMMENT AMÉLIORER LA DÉTECTION DE LA MALTRAITANCE INFANTILE ?

IRM VINCK, WENDY CHRISTIAENS, PASCALE JONCKHEER, GIGI VEEREMAN, LAURENCE KOHN, NICOLE DEKKER, LIEVE PEREMANS, ANNE-MARIE OFFERMANS, ANNA BURZYKOWSKA, MICHEL ROLAND



■ PRÉFACE

Certains événements sont tellement bouleversants que, des dizaines d'années plus tard, nous nous souvenons toujours avec précision du moment où nous en avons pris connaissance : les attaques du 11 septembre, la chute du mur de Berlin, la catastrophe de Tchernobyl... Pour nous, en Belgique, le dénouement tragique de l'affaire Dutroux figure aussi sur cette liste. Le fait qu'il nous revienne encore et toujours à l'esprit après bientôt 20 ans en dit long sur la charge émotionnelle de cet épisode de notre histoire. La maltraitance, les abus d'enfants, quelle que soit leur forme, réveillent nos principes moraux les plus fondamentaux.

Depuis cette sordide affaire, les abus d'enfants n'ont malheureusement plus guère quitté les colonnes des journaux. Et pourtant, il existe de bonnes raisons de penser que les cas médiatisés ne représentent encore que le sommet de l'iceberg, et que la violence envers les enfants, souvent intrafamiliale, est encore trop méconnue ou ignorée.

Ce projet de recherche est parti du constat que les prestataires de soins interviennent encore trop peu en matière de détection – et encore moins de signalement – de présomptions de maltraitance. Très rapidement, il est apparu qu'une telle recherche ne pouvait être confinée au seul secteur des soins de santé parce que les leviers pour améliorer le fonctionnement du système débordaient largement ce cadre. Mais en élargissant notre sujet d'étude, nous avons également fait apparaître toute la complexité institutionnelle de notre pays, puisque la prévention, la prise en charge et la répression n'appartiennent désormais plus aux mêmes niveaux de compétences. Sans compter que les visions diffèrent également au nord et au sud de la frontière linguistique quant aux stratégies les plus indiquées pour aborder la maltraitance. Le rôle du KCE dans une telle affaire n'est pas nécessairement de trouver des compromis – ni même un plus petit commun dénominateur – mais plutôt de jouer résolument la carte de l'intérêt de l'enfant.

Nos avis sur des problématiques relevant du Health Services Research s'étendent de plus en plus souvent sur plusieurs domaines de compétences. Il ne peut en être autrement si nous voulons assurer une qualité optimale de la prise en charge de ces problématiques en adoptant la perspective du patient ou du citoyen. Par conséquent, les avis que nous émettrons viendront eux aussi de plus en plus souvent s'inscrire à l'agenda de la Conférence Interministérielle Santé. D'ailleurs, en ce qui concerne le KCE lui-même, nous espérons que nous pourrons bientôt compter sur une représentation officielle des entités fédérées dans notre gouvernance.

Christian LÉONARD
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS
Directeur Général



■ MESSAGES CLÉS

- L'**ampleur de la maltraitance** infantile en Belgique n'est pas connue. Les statistiques au sujet des cas (avérés ou présumés) disponibles auprès des parquets correctionnels et de la jeunesse, les statistiques de condamnations et les chiffres de la police ne permettent pas de cerner la question parce qu'ils utilisent des termes différents pour qualifier les faits (p.ex. coups et blessures, mise en danger d'enfant,...). Il serait donc important d'uniformiser l'enregistrement des faits de maltraitance infantile.
- Les **professionnels des soins de santé**, et en particulier les médecins généralistes, **signalent rarement** des cas de maltraitance infantile (présumée). D'après les services spécialisés (Équipes SOS Enfants en Communauté française et Vertrouwenscentra Kindermishandeling-VK en Communauté flamande), seulement 2 à 3% des signalements proviennent de médecins généralistes.
- Les médecins généralistes, ainsi que d'autres prestataires de soins tels que les (pédo)psychiatres, les sages-femmes, les urgentistes,...pourraient jouer un rôle important dans la détection précoce et le diagnostic de maltraitance. Cela demande toutefois une certaine expertise. C'est pourquoi il faut engager davantage de **médecins légistes** pour apporter un soutien aux prestataires susmentionnés. Il faut également **renforcer leurs connaissances** au sujet de la prise en charge des victimes, des outils et services existants et du cadre légal, ainsi que leur apprendre des techniques de communication pour qu'ils osent aborder ce sujet délicat avec les familles à risques.
- Il n'existe en Belgique aucune obligation de signalement. Cela signifie que les prestataires de soins doivent évaluer par eux-mêmes, face à une suspicion de maltraitance, s'ils doivent la signaler, quand et à qui (police, justice, SOS Enfants/VK, concertation avec des collègues). L'utilisation **obligatoire de protocoles d'action adaptés** aux différents intervenants, hôpitaux ou institutions concernés pourrait les aider à réagir de la manière la plus adéquate.
- La communication, la coordination et la collaboration entre les différents services d'aide, la police, les services judiciaires et les professionnels des différents secteurs concernés (médecine générale, enseignement, soins de santé mentale, pédiatrie, obstétrique (y compris les sages-femmes), pédopsychiatrie, services d'urgences, accueil de la petite enfance...) doit être intensifiée.
- Évaluer si une intervention sur base volontaire est suffisante ou s'il faut signaler un cas au parquet est une étape qui se déroulerait plus rapidement et plus efficacement s'il était possible aux intervenants du secteur de l'aide, au parquet et à la police de se concerter et d'échanger des informations quand c'est nécessaire. Le cadre légal actuel du **secret professionnel** devrait être adapté en ce sens.
- Le champ de tension entre le secret professionnel et l'échange d'informations pertinentes dans l'intérêt de l'enfant doit être éclairci afin de faciliter le flux d'informations entre services d'aide (p.ex. entre l'ONE/K&G et les centres PMS/PSE/CLB) et vers les professionnels des autres secteurs concernés (médecine générale, enseignement, santé mentale, pédiatrie, maternités, accueil d'enfants,...).



- À l'heure actuelle, les législations des Communautés en matière de maltraitance infantile sont essentiellement axées sur la collaboration volontaire des parents. Cette approche a toutefois des limites. Les législations devraient aussi permettre **le diagnostic précoce de maltraitance, l'accompagnement des parents** qui ne veulent pas collaborer et les interventions dans les situations où il existe un risque manifeste pour la sécurité et/ou la santé de l'enfant (né ou à naître).
- Les moins de 3 ans forment un sous-groupe particulièrement vulnérable; ils passent souvent entre les mailles du filet parce qu'ils n'ont pas accès à des structures protectrices telles que l'école. Il faut donc prendre des mesures pour permettre aux enfants de cette tranche d'âge qui vivent dans des familles vulnérables d'être intégrés dans le système. Le signalement des risques doit faire partie intégrante des soins périnataux. Les soins postnatals doivent être planifiés à temps de manière à ce que les jeunes parents reçoivent suffisamment de soutien au sortir de la maternité. Enfin, il faut investir dans l'éducation à la parentalité.
- Les intervenants de l'aide aux adultes doivent également être attentifs aux situations où il pourrait exister un danger pour les enfants et avoir systématiquement un "réflexe-enfant" c'est-à-dire se demander : "Y a-t-il des enfants dans cette famille et comment vont-ils?".
- Les enfants victimes de maltraitance sont parfois "parqués" dans des hôpitaux car on ne trouve plus d'autre solution d'accueil pour eux. Il arrive qu'ils doivent séjourner longtemps en pédiatrie pour une observation et un suivi. Or un hôpital à haute technologie n'est pas l'environnement le plus indiqué pour ces enfants. Il faut donc prévoir des places (supplémentaires) dans les centres de réadaptation pour l'observation de longue durée, l'accueil et la prise en charge médico-psychologique d'enfants victimes de maltraitance ou ayant des problèmes psycho-médico-sociaux graves. Cela doit se faire dans le cadre d'un réseau de manière à pouvoir faire appel à un hôpital pour le diagnostic et/ou les soins médicaux nécessaires.
- Le manque de places dans le secteur de l'aide à la jeunesse doit être évalué/ suivi et un trajet d'aide adaptée, accessible en deans des délais acceptables, doit être mis en place.
- La coordination de la prise en charge de la maltraitance infantile doit être portée à l'agenda de la Conférence interministérielle santé publique.



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

| | | |
|--------|---|----|
| ■ | PRÉFACE..... | 1 |
| ■ | MESSAGES CLÉS..... | 2 |
| ■ | SYNTHÈSE | 4 |
| 1. | INTRODUCTION | 6 |
| 1.1. | UN PROBLEME TRES FREQUENT, COMPLEXE, AUX CONSEQUENCES GRAVES | 6 |
| 1.2. | OBJET DE L'ETUDE | 7 |
| 1.3. | METHODOLOGIE | 7 |
| 2. | LA POLITIQUE BELGE EN MATIÈRE DE MALTRAITANCE INFANTILE | 8 |
| 2.1. | PAS DE TRAJET STANDARDISE POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA MALTRAITANCE INFANTILE | 8 |
| 2.2. | PROTOCOLES D'ACTION ET STRUCTURES DE CONCERTATION CONSACRES A L'ECHANGE D'INFORMATIONS ENTRE LES ACTEURS | 9 |
| 2.3. | PAS D'OBLIGATION DE SIGNALEMENT AU PARQUET | 9 |
| 2.4. | PARTAGE D'INFORMATIONS : UNE MISE EN BALANCE MINUTIEUSE | 9 |
| 3. | LES DÉFIS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALTRAITANCE INFANTILE | 11 |
| 4. | SEULE UNE APPROCHE À DIFFÉRENTS NIVEAUX EST EFFICACE | 12 |
| 4.1. | PREVENTION ET DETECTION..... | 14 |
| 4.1.1. | Investir à temps dans le soutien aux familles | 14 |
| 4.1.2. | Focus sur les jeunes enfants, plus vulnérables | 17 |
| 4.2. | RENFORCEMENT DES COMPETENCES, ACCOMPAGNEMENT ET SOUTIEN DES PROFESSIONNELS..... | 17 |
| 4.3. | RENFORCER LES SERVICES SPÉCIALISÉS DANS LA MALTRAITANCE INFANTILE (SOS ENFANTS, VK) ET LE SAJ | 21 |
| 4.4. | RENFORCER L'OFFRE EN MATIÈRE D'AIDE AUX VICTIMES ET AUTEURS DE MALTRAITANCE INFANTILE | 22 |
| 4.5. | COMMUNICATION ET COORDINATION ENTRE LES DIFFERENTS SERVICES ET PROFESSIONNELS DES DIFFERENTS SECTEURS, DOMAINES ET NIVEAUX DE COMPETENCES | 23 |
| 4.6. | ENREGISTREMENT DES DONNEES, GESTION ET ANALYSE DES CONNAISSANCES | 25 |



- 4.6.1. Investir dans une politique en matière de maltraitance infantile qui soit documentée par des chiffres..... 25
- 4.6.2. Surveillance de la qualité et optimisation du processus 26
- 4.7. MESURES DE PROTECTION SUPPLÉMENTAIRES..... 27
 - 4.7.1. Parvenir à une approche différenciée en fonction du type de parent/auteur des faits de maltraitance..... 27
 - 4.7.2. Mesures de protection de l'enfant non né 28
- 4.8. PROBLEMES COMMUNAUTAIRES 29
- **REFERENCES** **30**



1. INTRODUCTION

1.1. Un problème très fréquent, complexe, aux conséquences graves

La maltraitance des enfants est un problème universel dont les conséquences peuvent être lourdes. Dans des cas extrêmes, la maltraitance infantile entraîne la mort de la victime : au sein de l'Union européenne, au moins 850 enfants de moins de 15 ans décèdent chaque année suite à de mauvais traitements. Ce sont les enfants âgés de moins de 4 ans qui constituent le groupe d'âge le plus important.¹

Les cas de décès ne représentent toutefois que le sommet de l'iceberg. La maltraitance peut avoir un impact grave sur le développement psychologique de l'enfant^a et l'affecter pour le reste de sa vie. Elle peut ainsi être à l'origine de troubles mentaux et anxieux, de tentatives de suicide, de consommation problématique d'alcool et de drogues, d'agressivité et de comportements sexuels à risque. Elle peut en outre entraîner un absentéisme scolaire fréquent qui réduit à son tour les chances de décrocher un diplôme (supérieur).

L'enfant n'est pas la seule victime. La maltraitance implique également un coût pour la société. À court terme, elle génère des frais liés aux soins prodigués à l'enfant et aux services d'accueil. Mais à plus long terme, elle est également à l'origine d'une perte de productivité chez l'adulte, qui reste confronté aux problèmes de son enfance. Sans compter que les victimes peuvent elles-mêmes devenir auteurs : il n'est en effet pas rare que la maltraitance se transmette de génération en génération.

^a Pour des raisons de lisibilité, le masculin sera utilisé pour toutes les personnes.

Qu'est-ce que la maltraitance infantile ?

La maltraitance infantile est un concept qui, dans le Code pénal belge, recouvre différents faits délictueux : viol, attentat à la pudeur, incitation à la débauche, coups et blessures, mutilations génitales féminines, torture, traitements inhumains, privation volontaire de nourriture et de soins et abandon de mineur. Les mauvais traitements psychologiques et les négligences envers mineurs ne sont pas repris explicitement comme des faits punissables. Les définitions qui sont d'application dans le secteur de l'aide^b sont basées sur la définition plus large de la Convention Internationale des Droits de l'Enfants (art. 19 CIDE) des Nations Unies (20 novembre 1989)⁴, qui a force de loi en Belgique. Cette définition inclut 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. Dans ce rapport du KCE, nous utilisons la définition de la CIDE.

Souvent dissimulée et rarement signalée

Souvent, hélas, la maltraitance infantile passe inaperçue. Et même lorsque des cas de maltraitance sont détectés, ils ne sont pas toujours signalés.

Les données relatives au nombre d'affaires signalées et traitées doivent être récoltées auprès de différents acteurs. Au niveau de la justice, les parquets correctionnels et de la jeunesse disposent de statistiques concernant le nombre d'affaires de maltraitance infantile signalées. Il existe aussi des statistiques au sujet des condamnations pour maltraitance infantile. Mais toutes ces statistiques restent limitées en raison du manque d'uniformité dans l'enregistrement des dossiers. La police est également confrontée à ce problème de manque d'uniformité.

^b Art. 1, 4° Décret du 12 mai 2004 relatif à l'Aide aux enfants victimes de maltraitance²; art. 2, 32° Decreet van 12 juli 2013 betreffende de integrale jeugdhulp³



Nous disposons en revanche de données fiables concernant le nombre de signalements effectués via les services d'aide, donc dans un contexte extrajudiciaire. En 2014, les *Vlaamse Vertrouwenscentra voor Kindermishandeling* (Centres de confiance flamands pour la maltraitance des enfants ou VK) ont enregistré 7.311 plaintes. On ne dispose pas encore de chiffres sur les cas confirmés. Du côté francophone, cette même année, 5619 cas ont été signalés aux équipes SOS Enfants ; le diagnostic de maltraitance infantile a été effectivement confirmé pour 2043 d'entre eux. Les faits dénoncés relèvent de la maltraitance physique (22 %), sexuelle (36 %) et psychologique (17 %) ou à des cas d'abandon (22 %). En Communauté germanophone, les services judiciaires ont transmis en 2014 au *Sozial-Psychologisches Zentrum* (SKZ) 13 plaintes concernant des mineurs et le *Jugendhilfedienst* (Service d'aide à la jeunesse) en a traité 7 pour abus sexuel.

Entre la moitié et les trois-quarts des signalements ou demandes d'avis auprès des VK ou des équipes SOS Enfants émanent de professionnels qui sont en contact avec des enfants dans le cadre de leur activité. Ces professionnels sont actifs dans différents secteurs : soins de santé (médecins généralistes, pédiatres, psychologues, ONE, etc.), enseignement (enseignants, centres PMS, etc.) et le secteur de la justice (police, magistrats, etc.). En Communauté française (Fédération Wallonie-Bruxelles)^c, la plupart des cas de maltraitance sont signalés à SOS Enfants par les travailleurs des Services d'Aide à la Jeunesse (SAJ). En Flandre, les signalements sont surtout le fait de personnes travaillant dans le domaine scolaire (22 %), principalement par le biais des *Centra voor Leerlingenbegeleiding* (CLB) (18 %). Le pourcentage de cas signalés par le secteur médical est plutôt faible : moins de 9 % pour la Communauté française, dont 3 % émanent de médecins généralistes, et 20 % en Flandre, dont seuls 2 % proviennent des médecins généralistes. Les crèches sont encore moins représentées : elles sont à l'origine de moins de 1,5 % des signalements aux VK, et ceci alors que les enfants de moins de 3 ans représentent précisément la population la plus vulnérable.

^c Ci après dénommée « Communauté française ».

1.2. Objet de l'étude

Cette étude part du constat selon lequel les professionnels du secteur médical, et en particulier les médecins généralistes, signalent très peu de cas (présumés) de maltraitance infantile. Or, étant donné leur relation privilégiée avec les familles, ces professionnels pourraient être des acteurs clés dans la détection de la maltraitance. La question de recherche de départ était donc d'explorer des pistes pour améliorer cette détection par les soignants de première ligne. Toutefois, la détection et le signalement de la maltraitance s'opèrent dans un système bien plus large que les seuls soins de santé. C'est pourquoi il nous a semblé indispensable de prendre en considération dans notre étude les différentes phases du processus qui vont de la prévention à la prise en charge, ainsi que les acteurs qui y sont impliqués, afin d'identifier des pistes pour améliorer l'efficacité globale du système.

Nous avons pour cela analysé les obstacles actuellement rencontrés par les professionnels actifs dans les secteurs médical, psychosocial, judiciaire, du bien-être et de l'enseignement, ainsi que dans les services de l'aide à la jeunesse, lorsqu'il s'agit de constater des situations de maltraitance (présumée), de les signaler et/ou de proposer de l'aide.

À signaler toutefois que le point de vue de la victime même et de sa famille à l'égard du dispositif d'aide disponible, de même que le point de vue de l'auteur de la maltraitance, n'ont pas été examinés dans le cadre de cette étude. Dans le présent rapport, le terme 'enfant' désigne tous les mineurs^d.

1.3. Méthodologie

Dans ce projet de recherche, nous avons procédé comme suit :

- Nous avons réalisé une revue de la littérature scientifique internationale et belge consacrée à l'identification des obstacles à la détection et au signalement de la maltraitance infantile ;
- Afin de placer les résultats obtenus dans un contexte belge, nous avons décrit les intervenants actifs dans le domaine de la maltraitance infantile en nous basant sur la littérature grise, les informations trouvées sur les sites internet et des contacts avec des acteurs clés en la matière ;

^d À l'exception des enfants non nés (art 388 – 488 Code civil)



- Afin d'avoir un aperçu de la réalité du terrain, nous avons ensuite organisé des entretiens semi-structurés individuels avec 29 professionnels actifs dans les Communautés française et flamande, entre autres dans le secteur médical, psychosocial, judiciaire, du bien-être et de l'enseignement ainsi que dans les services de protection de la jeunesse^e. Ces personnes ont été interrogées sur les barrières qu'elles rencontrent lorsqu'il s'agit de constater et signaler des situations de maltraitance et/ou de proposer de l'aide en cas de suspicion de maltraitance infantile. Les entretiens ont également porté sur les éléments facilitateurs déjà existants pour une prise en charge correcte ;
- L'étude de la littérature internationale et de la littérature grise, ainsi que l'enquête qualitative par entretiens avec les acteurs professionnels concernés, nous ont permis de formuler une série de recommandations que nous avons testées, au regard de leur acceptabilité et priorité, auprès d'un groupe de stakeholders et ce par le biais d'une enquête en ligne et de plusieurs réunions avec les stakeholders en question ;
- Comme c'est le cas pour tous les projets du KCE, le rapport a finalement été soumis pour validation à 4 experts en la matière qui n'avaient pas pris part à l'étude, ni comme répondants à l'enquête, ni comme stakeholders.

Vous trouverez dans le colophon, la liste détaillée de tous les participants à cette étude, ainsi que des validateurs.

Le rapport scientifique contient une description plus détaillée de la méthodologie suivie.

^e Promotion de la santé à l'école (PSE), Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB), Centres psycho-médico-sociaux (CPMS), Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), Kind en Gezin, Ligues de Services de Santé Mentale, Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), SOS Enfants, Vertrouwenscentra Kindermishandeling (VK), Service de l'Aide à la Jeunesse (SAJ), Ondersteuningscentrum Jeugdzorg (OCJ), Service de Protection

2. LA POLITIQUE BELGE EN MATIÈRE DE MALTRAITANCE INFANTILE

2.1. Pas de trajet standardisé pour la prise en charge de la maltraitance infantile

Aucun trajet standard n'est prévu pour la prise en charge de la maltraitance infantile. Elle peut varier en fonction de nombreux facteurs : les circonstances (extrême urgence, maltraitance intra- ou extrafamiliale, ...), le type de maltraitance, sa fréquence, sa durée, sa gravité, l'âge de la victime, la problématique familiale sous-jacente (pauvreté, toxicomanie, ...), etc. Toute personne en contact avec des enfants dans le cadre de son activité professionnelle peut en principe jouer un rôle capital dans la détection de situations présumées de maltraitance et dans le suivi réservé à ces situations.

En Belgique, les professionnels ne sont pas obligés de signaler les cas de maltraitance aux services judiciaires, mais le Code pénal contient une série de dispositions sanctionnant spécifiquement les auteurs de maltraitance infantile. Sanctionner l'auteur n'est cependant pas toujours la meilleure solution, et certainement pas quand il s'agit de maltraitance par des parents sur leur enfant. L'aide fournie peut aussi viser à améliorer les conditions de vie de l'enfant et ses relations avec ses parents. C'est sur cette philosophie que se basent les trois Communautés pour organiser leur prise en charge, qui se déroule prioritairement sur une base volontaire : ce sont les parents et/ou l'enfant qui demandent, ou du moins acceptent, l'aide à laquelle ils collaborent. Si l'aide volontaire n'est pas (plus) possible, le juge de la jeunesse peut imposer un trajet de prise en charge contrainte (aide judiciaire à la jeunesse) contre la volonté des parents et/ou de l'enfant (voir annexe du rapport scientifique).

Judiciaire, des médecins généralistes, des pédiatres, des urgentistes, des infirmières, des fonctionnaires de police de la Commission permanente de la Police locale et de la Jeugdbrigade et des magistrats du Tribunal de la Jeunesse.



2.2. Protocoles d'action et structures de concertation consacrés à l'échange d'informations entre les acteurs

En Flandre, le « Protocol Kindermishandeling » (Protocole Maltraitance des Enfants) a été officiellement signé en mars 2010 par le ministre fédéral de la Justice et le ministre flamand du Bien-être ; il a été actualisé en mai 2014. Ce protocole comprend un plan d'action par étapes qui peut servir de fil conducteur pour la prise en charge d'affaires de maltraitance par les différents professionnels. C'est également sur base de ce protocole qu'a été créé un organe de concertation structurel entre les acteurs des différents secteurs, le Vlaams Forum Kindermishandeling (VFK), qui peut rendre des avis à l'attention des ministres concernés.

Dans la partie francophone du pays, on dispose également d'un « Protocole d'intervention maltraitance des enfants entre le secteur médico-psycho-social et le secteur judiciaire ». Il existe également un organe de concertation structurel, à savoir la « Conférence permanente de concertation maltraitance ». En outre, une brochure intitulée « Que faire si je suis confronté à une situation de maltraitance d'enfant? – M'appuyer sur un réseau de confiance », a été approuvée par le ministre fédéral de la Justice, la Communauté française et la Région wallonne. Il existe également une cellule de « Coordination de l'aide aux victimes de maltraitance » qui organise des formations pour les dispensateurs de soins et qui coordonne les actions des différents services publics. Cette cellule met aussi en œuvre le programme de soutien à la parentalité Yapaka⁵ de la Communauté française, destiné à aider les parents dans un rôle préventif. D'autres politiques et programmes de coopération sont présentés plus en détail dans l'annexe du rapport scientifique.

2.3. Pas d'obligation de signalement au parquet

Les dispensateurs de soins s'interrogent régulièrement sur la pertinence de leur secret professionnel lorsqu'ils sont confrontés à des situations (présumées) de maltraitance infantile. Doivent-ils le respecter et par

conséquent ne pas dénoncer les situations de maltraitance qu'ils constatent ? Ou s'exposent-ils au contraire à des sanctions s'ils ne les signalent pas ? Et avec qui peuvent-ils partager ces informations sensibles ?

De fait, dans notre pays, les dispensateurs de soins ne sont pas obligés de dénoncer les situations de maltraitance d'enfants auprès des instances judiciaires. L'argument soutenant cette attitude est que l'obligation de signalement pourrait dissuader les victimes et les auteurs de recourir à une aide. Cela pourrait en outre encourager les dispensateurs de soins à signaler plus rapidement, même en cas de doute, et ainsi reporter la responsabilité sur les instances judiciaires (pour une discussion plus détaillée des avantages et inconvénients du signalement obligatoire, voir section 6.1.3 du rapport scientifique). Dans ce même ordre d'idées, les législations des Communautés stipulent que l'aide judiciaire contrainte ne peut être imposée qu'après avoir épuisé, dans la mesure du possible, le trajet volontaire.^f Dans des cas graves et urgents (voir conditions art 422 bis du Code pénal), il va de soi qu'un signalement auprès des autorités judiciaires s'impose.

2.4. Partage d'informations : une mise en balance minutieuse

L'article 458 du Code pénal régit le secret professionnel des professionnels du secteur de la santé et du bien-être, tels que les médecins, pharmaciens, infirmiers et toutes autres personnes dépositaires, « par état ou par profession », des secrets qu'on leur confie. Certaines dispositions légales relatives à la protection de la jeunesse et à l'aide à la jeunesse prévoient également l'obligation de secret.⁹

Peut-on être dispensé du secret professionnel ?

Il peut être dérogé au secret professionnel si c'est le seul moyen de venir en aide à une personne exposée à un péril grave (art. 422bis - abstention coupable) ou si la personne soumise au secret professionnel est appelée à témoigner devant un tribunal. Depuis 2001, il existe en outre un droit de parole légal : tout intervenant tenu au secret professionnel peut informer le procureur du Roi, selon les conditions prévues à l'article 458bis du Code

^f Art. 47, 1° Decreet 12 juli 2013 betreffende de integrale jeugdhulp; Décret du 4 mars 1991 relatif à l'Aide à la Jeunesse⁶, Décret du 12 mai 2004 relatif à l'Aide aux enfants victimes de maltraitance.

⁹ Voir entre autres art. 3 Décret du 12 mai 2004 relatif à l'Aide aux enfants victimes de maltraitance ; art. 7 Decreet 12 juli 2013 betreffende de integrale jeugdhulp.



pénal, s'il constate une atteinte grave à l'intégrité physique ou psychique d'un mineur, ou si des indices révèlent que d'autres mineurs en sont également victimes, et que l'intervenant n'est plus en mesure, seul ou avec l'aide d'autres intervenants, d'assurer la sécurité du mineur. De façon plus générale, la jurisprudence et la doctrine autorisent la levée du secret professionnel quand il s'agit de protéger un intérêt évalué comme supérieur, comme par exemple, quand il y a un danger grave et imminent pour l'intégrité physique d'un enfant (état de nécessité).

Les personnes concernées peuvent-elles libérer le professionnel du secret professionnel ?

Tant dans la jurisprudence que dans la doctrine, les opinions sont partagées sur la possibilité, pour les personnes concernées, de donner leur accord pour faire connaître certaines informations confidentielles et donc de rompre par-là le secret professionnel. Les arguments et jugements existants vont dans les deux sens^h. Une tendance récente de la doctrine autorise l'échange d'informations à la condition que l'autorisation porte sur la délivrance d'une partie bien définie de l'information à une personne préalablement identifiée. Cet accord doit être donné librement, explicitement et de manière informée.^{7, 8}

Secret professionnel partagé entre professionnels de l'aide

Les dispensateurs d'aide tenus au secret professionnel qui traitent un même bénéficiaire peuvent s'échanger des informations confidentielles concernant ce dernier dès lors qu'elles sont nécessaires au traitement (secret professionnel partagé). Dans ce cas, le bénéficiaire doit au moins savoir quelles données sont communiquées et à qui. Dans la mesure du possible,

^h **Arguments contre la levée du secret professionnel suite à l'accord de la personne concernée** : Cassation 20 février 1905, *Pas.* 1905, I, 141; Art. 64 Code de déontologie médicale; Bruxelles 8 mars 1972, *RDP* 1971-72, 922; Cour du travail de Mons 5 septembre 1980, *RDP* 1981, 99. C. Braas, Précis de droit pénal, Bruxelles, Et. E. Bruylant, 1936, 154-155, nr. 227 ; L. Nouwynck, La position des différents intervenants psycho-médico-sociaux face au secret professionnel dans un contexte judiciaire, *Revue de Droit Pénal et de Criminologie*, 2012, 589-641. **Reconnaissance du secret professionnel dans l'intérêt de la personne** : Cour de Cassation, 13 mars 2012, *NJW*, 268, p. 597; Avis de l'Ordre National des Médecins du 30 avril

cela doit se faire avec le consentement du bénéficiaire et de préférence en sa présence. Il importe également que le professionnel avec lequel sont partagées les informations poursuive le même objectif. Ainsi par exemple, les fonctionnaires de police sont soumis à une obligation de réserve mais aussi à une obligation de signalement.ⁱ La transmission de données sous secret professionnel partagé n'est donc pas possible entre dispensateurs d'aide actifs dans le contexte judiciaire et dispensateurs d'aide extérieurs au contexte judiciaire.

Ces dernières années, quelques projets pilotes ont mené des expériences sur les limites du secret professionnel dans le cadre de collaborations entre les secteurs de l'aide, de la justice et de la police. D'importants projets en la matière sont le 'Protocol van Moed' et le 'CO3-project', tous deux menés à Anvers, le projet *LINK* de la province du Limbourg et le projet *Korte Keten* de Malines (voir annexe du rapport scientifique).

Secret professionnel vis-à-vis des parents

Les dispensateurs d'aide sont également tenus au secret professionnel vis-à-vis des parents des mineurs. En qualité de représentants légaux de leur enfant mineur, les parents ont toutefois le droit de connaître certaines informations confidentielles. Ils peuvent par exemple en avoir besoin pour pouvoir se constituer partie civile devant un tribunal.

Il peut parfois y avoir conflit d'intérêt entre parents et enfants, notamment lorsque l'un des parents est aussi l'auteur de la maltraitance. Le mineur peut alors demander que certaines informations ne soient pas communiquées aux parents. Le principe est que plus la capacité de discernement de l'enfant augmente, moins les parents doivent intervenir et moins il est nécessaire de leur communiquer certaines informations^j. Parfois, lorsque les victimes sont

2011 – Information Secret professionnel – Information à la VDAB concernant le handicap à l'emploi *J. Ordre des Médecins* 2011, nr. 133 ; Avis de l'Ordre National des Médecins du 29 octobre 2011 – Information Secret professionnel – Information à la VDAB concernant le handicap à l'emploi *J. Ordre des Médecins* 2011, *J. Ordre des Médecins* 2011, nr. 135.

ⁱ Art. 29 Code d'instruction criminelle⁹ et art. 40 Loi sur la fonction de police du 5 août 1992¹⁰

^j Art. 8, § 1er et art. 12 Loi du 22 août 2002 relative aux Droits du Patient¹¹ et art. 30 et 61 du Code de Déontologie médicale.



très jeunes, on est toutefois confronté à la situation problématique où un parent auteur consulte le dossier de l'enfant victime.

Secret professionnel et devoir de discrétion dans les écoles

Les enseignants, contrairement aux travailleurs des PMS^k/CLB^l, ne sont pas liés par le secret professionnel légal parce qu'ils ne sont pas considérés comme des dispensateurs d'aide professionnels.^{15, 16} Ils ont toutefois un devoir de discrétion. Ceci a pour conséquence que le personnel scolaire ne peut se prévaloir d'un droit au silence vis-à-vis de ses supérieurs ou collègues. Il doit cependant tenir compte de l'intérêt de l'élève. Lors d'un partage d'informations avec le PMS/CLB, les enseignants peuvent en principe invoquer leur devoir de discrétion pour ne pas divulguer l'ensemble de leurs informations. Ils doivent donc évaluer s'il s'agit de données suffisamment pertinentes pour être partagées. Pour l'échange d'informations entre les travailleurs des PMS/CLB et d'autres acteurs du secteur de la santé mentale et du bien-être, instances d'aide ou dispensateurs d'aide individuels, l'accord des parents ou de l'enfant (de plus de 14 ans) est nécessaire.^{13, 17, 18}

3. LES DÉFIS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALTRAITANCE INFANTILE

Les difficultés et défis que nous ont rapportés les acteurs interrogés sont similaires à ceux épinglés dans la littérature. Les éventuelles différences trouvent généralement une explication dans l'organisation même de la prévention et de l'aide, qui varie d'une Communauté à l'autre. Vous trouverez une description détaillée des constats issus du volet qualitatif de notre étude dans le chapitre 7 du rapport scientifique.

Les professionnels et services qui font partie de l'**accès large**^m sont essentiellement confrontés à un manque de temps et de moyens. Ils éprouvent souvent le sentiment de ne pas avoir les capacités suffisantes pour pouvoir détecter les cas de maltraitance infantile et amorcer la discussion à ce sujet avec leurs patients/ bénéficiaires. Ils connaissent généralement peu le réseau existant, le cadre légal qui régit le secret professionnel et les modalités de signalement. Ils disent se sentir trop peu formés et trop peu soutenus. En particulier les professionnels qui exercent en pratique individuelle expriment un besoin de se concerter avec d'autres professionnels pour pouvoir prendre une décision conjointe sur la première approche d'un cas (préssumé) de maltraitance. La confrontation au phénomène de maltraitance infantile est par ailleurs très lourde sur le plan émotionnel, en plus de la charge supplémentaire de travail qu'elle occasionne. Les médecins généralistes soulignent aussi que leur proximité avec les familles peut constituer un frein à la détection de situations de maltraitance.

^k Art. 12 Décret du 14 juillet 2006 relatif aux missions, programmes et rapport d'activités des Centres psycho-médico-sociaux¹²; Avis n°13/1205 du Conseil supérieur de la Guidance psycho-médico-sociale et de l'Orientation scolaire et professionnelle sur le secret professionnel des membres du personnel des Centres Psycho-médico-sociaux¹³.

^l Art. 11 Décret du 1 décembre 1998 relatif aux centres psycho-médico-sociaux¹⁴.

^m Par accès large, nous désignons les services auxquels chacun peut s'adresser pour toute question. En d'autres mots, il s'agit des services qui jouent un rôle de premier contact quand il n'y a eu aucun contact préalable avec des services d'aide, par exemple les médecins généralistes, ou les Centres de planning familial.



La charge de travail excessive combinée à un manque de personnel semble également représenter l'un des défis majeurs que doivent relever les **services spécialisés** (SOS Enfants et VK) et les SAJ. Cela constitue également une entrave à la collaboration efficace entre les différents acteurs intervenant dans le trajet. Chaque maillon de la prise en charge souhaite que le suivi d'un cas soit le plus rapide et efficace possible.

Plusieurs acteurs déplorent par ailleurs un feedback insuffisant par rapport au suivi réservé à une affaire pour laquelle ils ont « passé la main ». D'après certains répondants, ce feedback est parfois impossible à donner en raison des limites inhérentes au secret professionnel, mais il arrive aussi que cet argument soit indûment invoqué pour justifier une politique défailante en matière de feedback. L'absence de circulation de l'information constitue parfois aussi un frein à une collaboration efficace entre les services d'aide, la police et la justice.

Tous les acteurs intervenant dans les cas de maltraitance infantile s'accordent également pour dénoncer le manque de places d'accueil, résidentielles ou non, pour les enfants victimes de maltraitance (et, le cas échéant, leur famille).

Enfin, les personnes interrogées ont épinglé la nécessité d'une politique qui mise sur la prévention et mette l'accent sur la coordination et la continuité des soins.

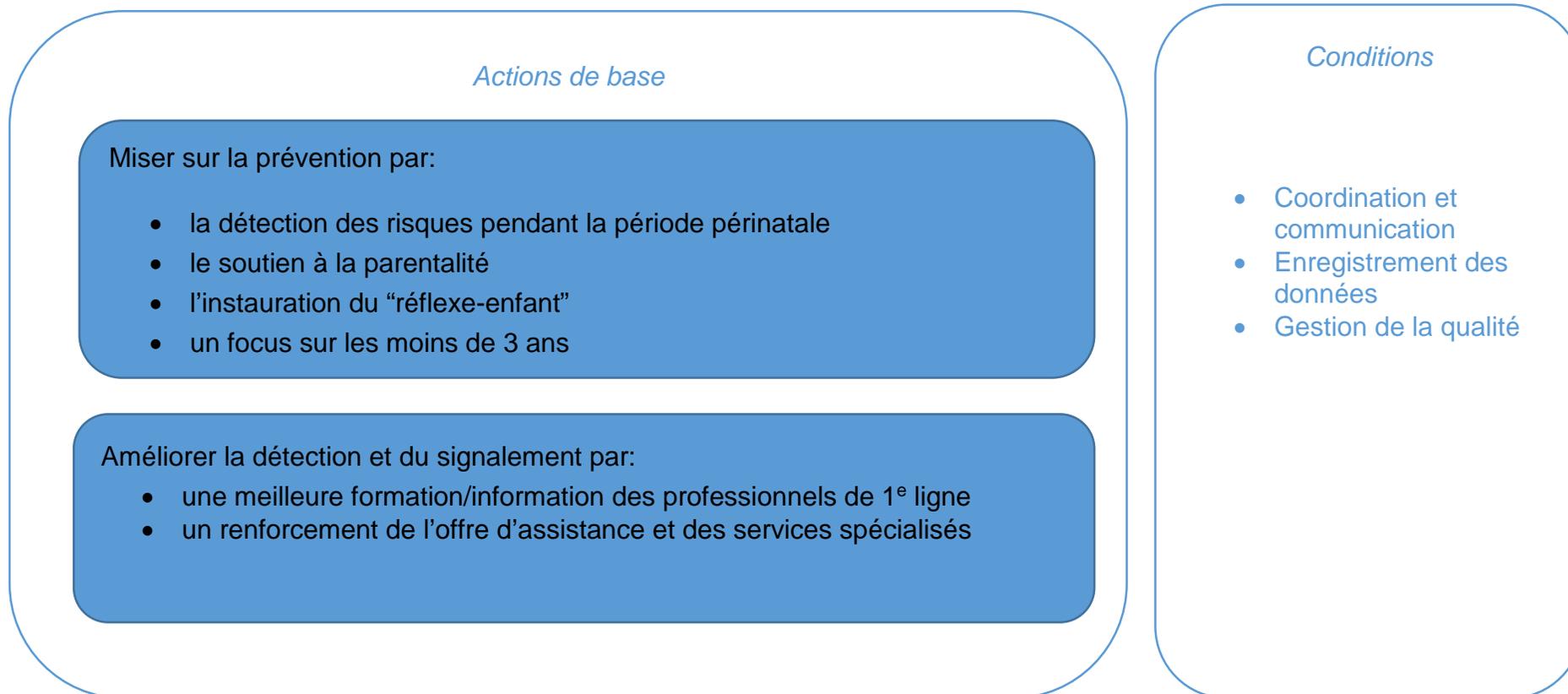
Un enregistrement correct des données pourrait en outre contribuer à une meilleure identification du problème et des domaines où intervenir.

4. SEULE UNE APPROCHE À DIFFÉRENTS NIVEAUX EST EFFICACE

Une approche systémique large s'impose. Elle permet de mettre en lumière la problématique de manière globale et, par conséquent, de limiter à la fois le nombre de victimes de maltraitance infantile à long terme (transmission intergénérationnelle) et le préjudice subi par chacune de ces victimes. Pour cela, les éléments suivants sont nécessaires : un accent sur la prévention et le signalement précoce, un soutien efficace pour les professionnels confrontés en première ligne à la maltraitance infantile, des ressources adéquates pour les services spécialisés et une adéquation de l'aide spécifique aux victimes et auteurs (voir aussi figure 1).



Figure 1 : Une approche à différents niveaux





4.1. Prévention et détection

La maltraitance des enfants trouve souvent son origine dans une accumulation de facteurs de risque tels que la pauvreté, le chômage, les divorces (conflituels), les problèmes relationnels, la violence entre partenaires, l'isolement, les familles recomposées, l'absence de réseau d'aide informel, les assuétudes, les troubles psychiques ou de la personnalité, les antécédents personnels de maltraitance, un déficit d'aptitudes cognitives ou pédagogiques chez les parents ou encore des handicaps affectant l'enfant. Jusqu'à présent, la prise en charge de la maltraitance infantile n'a pas accordé suffisamment d'attention spécifique aux familles présentant des facteurs de risque. Pourtant, il ressort de la littérature qu'une politique de prévention efficace est essentielle si l'on veut aborder efficacement le problème.

4.1.1. Investir à temps dans le soutien aux familles

Les données de la littérature montrent que le soutien aux familles vulnérables durant des périodes cruciales comme que la grossesse, l'accouchement et le début de la parentalité permet de réduire les facteurs de risque et de renforcer les ressources de ces familles.

4.1.1.1. Accompagnement périnatal

Recommandation 1

Identifier, durant la grossesse, les familles présentant des facteurs de risque. Intégrer le signalement des risques dans l'accompagnement périnatal.

Point d'action 1.1 : Prévoir un protocole d'action obligatoire dans chaque maternité.

Une prévention efficace débute de préférence avant la naissance de l'enfant par un accompagnement périnatal des femmes enceintes/familles (avec une attention particulière pour les plus vulnérables). Il s'agit là de la première étape d'une bonne chaîne de soins assurant une continuité entre les soins

prénatals, les soins postnatals et les soins de santé des enfants et des jeunes. Les professionnels (e.a. gynécologues, sages-femmes, médecins traitants) peuvent identifier les familles à risque durant la phase prénatale, leur offrir un soutien et contribuer au renforcement de leur réseau social. Ils devraient systématiquement évaluer la présence d'un (ou de plusieurs) des facteurs de risque suivants : jeune âge des futurs parents, faible niveau de formation, chômage, handicap d'un enfant, problèmes psychologiques ou psychiatriques chez un des parents, déficit intellectuel (léger) chez un des parents, parent lui-même victime de maltraitance infantile, grossesse non désirée, violence entre partenaires, famille monoparentale ou famille recomposée, problème d'assuétude. Ces informations devraient être reprises dans un plan de soins périnatals et inclus dans le dossier de maternité informatisé (voir recommandation 2, point d'action 2.1 du Rapport KCE 232B¹⁹). Un coordinateur de soins périnatals pourrait jouer un rôle essentiel dans le suivi des facteurs de risque tout au long de la grossesse, de la naissance et du postpartum et il pourrait garantir une continuité dans les soins dans les moments cruciaux tels que la sortie (rapide ou non) de la maternité.

Il ressort des interviews que ni les équipes de l'Office de la naissance et de l'Enfance (ONE) ou de SOS Enfants, ni celles de Kind&Gezin (K&G) n'utilisent des checklists pour identifier les familles à risques. Pourtant, la checklist utilisée au sein de l'Aide intégrale à la Jeunesse est accessible pour tous les intervenants ; K&G a par ailleurs un instrument scientifiquement validé, l'échelle POS (*Screening van Ernstige Problematische Opvoedingssituaties met Risico op Kindermishandeling*).²⁰ Le guideline actuel de Domus Medica relatif à l'accompagnement de la grossesse incite pour sa part à identifier, dès le premier contact, un éventuel risque de dépression et à être attentif aux symptômes ou signes de violence domestique.²¹

Dans la partie francophone du pays, l'ONE organise des consultations prénatals gratuites afin d'assurer l'accompagnement médico-social durant la grossesse. Les travailleurs médico-sociaux (TMS) proposent également un soutien aux futurs parents. Il existe des conventions entre les gynécologues et l'ONE pour envoyer les futures mamans vulnérables aux consultations prénatals. Par ailleurs, trois services périnatals (Aquarelle (CHU Saint-Pierre), Ecoline (Charleroi) et Seconde Peau (Liège)) proposent un accompagnement personnalisé, subsidié par l'ONE, pour les femmes



enceintes ou nouvellement accouchées se trouvant en situation précaire. La mise en place d'initiatives similaires dans d'autres provinces est également envisagée.²²

En Flandre, l'accompagnement prénatal est renforcé par une approche au niveau des réseaux locaux. Celui-ci doit impliquer tous les intervenants tels que les sages-femmes, les médecins traitants, les gynécologues, les assistants de maternité ainsi que d'autres partenaires actifs dans les « Huizen van het Kind ». Le soutien préventif aux familles fera également l'objet d'une réorganisation en ce sens que les équipes régionales de Kind & Gezin pourront proposer une offre qui réponde mieux aux besoins locaux. Elles pourront également mettre en œuvre des solutions adaptées à chaque famille, comme des visites à domicile, une offre de services en ligne, le portail 'mijnkindengezin.be' ou de contacts en groupe.²³

Recommandation 2

Investir dans l'accompagnement postnatal tel que recommandé dans le rapport KCE 232-2014¹⁹ et soutenir les pères et mères dans leur (nouveau) rôle de parents.

Point d'action 2.1 : Renforcer les réseaux d'aide informelle aux parents en leur proposant des groupes d'éducation durant la grossesse et la période du postpartum.

De nombreuses initiatives à petite échelle consistent à inviter les parents à rencontrer d'autres parents et à encourager ainsi la formation de réseaux d'aide informelle. Citons par exemple les « Mama cafés », les ateliers de massage pour bébés et les ateliers prénatals. Mais souvent, ces activités ne touchent pas les parents qui en ont le plus besoin.

L'idée des groupes de parents est issue de la littérature. Cette initiative, née aux États-Unis, a déjà été adoptée dans les pays scandinaves et aux Pays-Bas. Le *CenteringParenting* est un modèle intéressant de groupes de parents destiné à structurer à long terme les soins postnatals et à conseiller les parents.²⁴ Il combine les soins médicaux, l'information, l'éducation et

l'échange d'expériences entre les femmes enceintes, et touche aussi des femmes qui participent moins souvent à des cours sur la grossesse ou sur la préparation à l'accouchement et au postpartum.

Point d'action 2.2 : Organiser dès avant la naissance des soins postnatals à domicile, de manière à ce qu'une sage-femme passe à domicile dans les 24 heures qui suivent la sortie d'hôpital et qu'elle assure le suivi de la mère et de l'enfant durant les 10 premiers jours au moins. Un suivi à domicile doit être assuré avant que les mères vulnérables ne quittent la maternité.

Vu le raccourcissement du séjour en maternité et l'absence de plus en plus fréquente de réseau d'aide informel autour des jeunes parents, la période postnatale est souvent un moment difficile pour les familles, et en particulier pour les plus vulnérables. La réduction de la durée d'hospitalisation peut aussi perturber la présentation des soins préventifs par une TMS de l'ONE/Kind & Gezin ou par une infirmière durant le séjour en maternité. Afin de remédier à cette situation, l'ONE envisage de proposer une consultation prénatale 2 mois avant la date présumée de l'accouchement.

Au moment de la rédaction de cette synthèse, sept projets pilotes sur le thème « accouchement avec séjour hospitalier écourté » ont été lancés dans plusieurs hôpitaux qui collaboreront avec d'autres établissements et avec des dispensateurs de soins de première ligne, tels que les sages-femmes, les infirmiers à domicile et les médecins traitants. Des centres d'expertise, Kind & Gezin, l'ONE et quelques partenaires privés y participent également. Ce sont les futures mères qui décident de leur participation au projet.

Point d'action 2.3 : Mettre en place des actions coordonnées destinées à soutenir les familles vulnérables et à éviter qu'elles ne soient exclues du trajet de soins périnatals.

Le livre blanc sur l'accès aux soins de santé en Belgique (INAMI 2014) recommande une approche globale des soins prodigués à la mère et à l'enfant.²⁵ Il s'agit dans ce cas des risques liés à la santé chez les enfants en général, quelle que soit l'origine de ces risques. Le rapport insiste sur



l'importance d'un programme de soins intégré pour les familles vulnérables et ce jusqu'à ce que l'enfant fréquente l'école primaire. Une détection précoce par les médecins généraliste, les gynécologues ou les sages-femmes peut y être incluse. Le plan de soins postnatals doit être élaboré consciencieusement (surtout pour ce qui concerne le suivi pédiatrique) et adapté aux besoins spécifiques de la famille. Il faut également prévoir davantage de solutions de logement pour les jeunes mères dans le besoin et leurs bébés. Ces solutions doivent être incluses dans l'offre des maternités et non pas dépendre d'initiatives privées ou caritatives.

4.1.1.2. *Soutien éducatif*

Recommandation 3

Investir dans le soutien éducatif coordonné pour tous, avec une attention particulière pour les familles vulnérables.

L'analyse des entretiens révèle que les « situations éducatives complexes » (*problematistische opvoedingssituaties*) peuvent souvent mener à de la maltraitance infantile. Il n'est cependant pas évident de déterminer à partir de quel moment une situation éducative problématique évolue vers une maltraitance. Ce constat, ainsi que certaines expériences menées à l'étranger (notamment aux Pays-Bas), plaident en faveur de la mise en place d'un **soutien éducatif** afin 1) de pouvoir entamer la discussion sur la maltraitance et 2) d'éviter que des situations éducatives problématiques ne débouchent sur de la maltraitance infantile.

En Belgique, on compte déjà bon nombre d'initiatives visant à soutenir l'ensemble des parents, avec toutefois un soutien supplémentaire pour les familles à risque (voir annexe du rapport scientifique sur la prévention dans les Communautés française et flamande). Ces initiatives restent cependant facultatives et fragmentées, sans continuité entre elles et sans concertation entre les partenaires concernés. Par exemple, les consultations de l'ONE /K&G ne transmettent pas systématiquement l'ensemble des dossiers aux centres PMS/CLB lorsque l'enfant entre à l'école, ce qui oblige ces centres à repartir de zéro.

4.1.1.3. *Un "réflexe enfant"*

Recommandation 4

Veiller à une concordance suffisante entre l'aide aux adultes et l'aide à la jeunesse. Les intervenants qui s'occupent de parents à problèmes doivent intégrer un « réflexe » au sujet des enfants : y a-t-il des enfants dans le ménage et quelle est leur situation ?

Les entretiens ont révélé que les problématiques parentales – qui sont souvent des assuétudes et/ou des troubles psychiatriques – sont insuffisamment identifiées par l'aide à la jeunesse et qu'il n'existe aucune coordination entre cette aide et, par exemple, la psychiatrie adulte.

Par ailleurs, le personnel médico-social actif dans l'aide aux adultes a trop peu souvent le réflexe d'envisager la possibilité de maltraitance infantile chez les enfants d'un/de parent(s) confronté(s) à une situation à risque. Les Pays-Bas ont prévu à cet effet, dans leur code de signalement (voir plus loin), un « *kindcheck* » – ce que l'on pourrait traduire par un "réflexe enfant" – qui implique que, dans certains cas, le professionnel est tenu d'investiguer si son patient adulte cohabite avec des enfants mineurs dont il s'occupe. S'il existe un risque de préjudice majeur en raison de la situation médicale ou de toute autre circonstance, le professionnel doit s'entretenir avec l'adulte pour déterminer si d'autres actions doivent être entreprises selon des étapes prévues par le code de signalement.²⁶ Toujours aux Pays-Bas, on envisage d'inclure aussi un « réflexe parents » dans le code de signalement, c'est-à-dire que les intervenants de l'aide à la jeunesse et des soins de santé devraient également vérifier, chaque fois qu'ils identifient un enfant à problèmes, s'il n'y a pas certains risques de maltraitance dans le chef de ses parents (problèmes psychiques, assuétudes, handicap mental,...).



4.1.2. Focus sur les jeunes enfants, plus vulnérables

Recommandation 5

Investir davantage dans la prévention et la détection de la maltraitance dont sont victimes les enfants de moins de 3 ans, par la formation du personnel des crèches et des gardiennes à domicile à la détection des risques et par la création de « filets de sécurité » dans les maternités et les soins postnatals.

Les statistiques montrent que les enfants entre 0 et 3 ans – plus vulnérables et dépendants – sont davantage exposés au risque de maltraitance physique et de négligence que les enfants plus âgés. En effet, à cet âge, ils sont sans défenses, avec pour conséquence que, sauf en cas de lésions incontestables, il est très difficile d'affirmer l'existence de maltraitance.

Disposer d'infrastructures sociales et pédagogiques (crèches, écoles) de bonne qualité et largement accessibles constitue un facteur de prévention de la maltraitance infantile. Non seulement cela permet d'alléger, à titre préventif, la « charge » qui pèse sur les parents, mais ces structures peuvent aussi remplir une fonction de signal importante lorsque la situation risque de déraiper.

Malheureusement, les plus jeunes enfants sont précisément ceux qui risquent de glisser entre les mailles du filet. En effet, les places dans les structures d'accueil se font de plus en plus rares, surtout dans les grandes villes, et sont souvent inabordables pour les parents au chômage ou à bas revenus.

L'ONE et Kind&Gezin peuvent également convoquer les familles avec enfants de moins de 3 ans et/ou effectuer des visites à domicile mais ces actions restent facultatives. Si les parents évitent systématiquement de se présenter, un suivi est mis en place, par exemple par contact téléphonique, pour les inciter à se présenter ou pour tenter de savoir s'ils ont contacté d'autres intervenants. Dans les crèches liées à l'ONE, les visites médicales sont systématiques ; les parents qui y inscrivent leur enfant donnent donc *de facto* leur accord pour ces consultations.

Les enfants qui ne fréquentent pas une garderie et/ou dont les parents ne se rendent pas aux consultations de l'ONE/K&G échappent donc au

système. Par ailleurs, comme l'obligation scolaire ne débute qu'à l'âge de 6 ans, ils échappent aussi aux visites médicales « obligatoires » en milieu scolaire. À noter toutefois que le caractère obligatoire des visites médicales scolaires est relatif vu qu'aucune sanction n'est prévue en cas de non-présentation de l'enfant.

Des formations à la détection des risques pour le personnel des crèches et les gardiennes à domicile, ainsi que des mécanismes de sécurité dans les soins postnatals et dans les maternités sont autant d'actions qui pourraient faire partie d'une approche intégrée de la prévention et de la détection des cas de maltraitance chez les enfants de cette tranche d'âge la plus jeune.

4.2. Renforcement des compétences, accompagnement et soutien des professionnels

Recommandation 6

Intégrer les connaissances et aptitudes requises pour la prévention, la détection et le signalement de la maltraitance infantile dans les programmes de formation et dans les recyclages des médecins urgentistes, généralistes, gynécologues, pédiatres, ainsi que des infirmiers, des sages-femmes, et du personnel des structures d'accueil de jour.

Point d'action 6.1 : Améliorer la connaissance des facteurs de risque et les aptitudes communicationnelles des prestataires de soins qui pourraient être confrontés à la maltraitance infantile.

Lors des entretiens, les dispensateurs de soins de première ligne ont déclaré avoir le sentiment de ne pas être suffisamment informés pour reconnaître les signaux d'alarme (red flags), les situations à risques ou les cas de maltraitance. Ils doivent donc être formés à identifier systématiquement les facteurs de risque. Ils ont également signalé éprouver des difficultés à amorcer la discussion sur un cas (préssumé) de maltraitance. Ils craignent de compromettre la relation patient-dispensateur de soins parce qu'ils estiment ne pas disposer des aptitudes de communication



requis. Les prestataires de soins de première ligne devraient dès lors également bénéficier d'informations et de formations au sujet de la manière d'entamer un dialogue avec les parents dans des situations complexes et à risque. D'après les professionnels interrogés, une telle formation n'est à ce jour pas reprise – ou ne l'est que de manière fragmentaire – dans le curriculum de formation.

Point d'action 6.2 : Renforcer la fonction consultative de SOS Enfants/VK afin de soutenir les prestataires de soins dans la détection et le signalement de la maltraitance infantile.

A l'heure actuelle, plusieurs instances comme par exemple les Commissions de coordination de l'aide aux enfants victimes de maltraitance, l'ONE, YAPAKA, les VK, Kind & Gezin, ...proposent déjà des formations et des sessions d'information destinées aux professionnels. Pour le moment, ces formations se déroulent souvent à la demande et sur une base volontaire ; elles ne sont pas systématiquement incluses dans la formation continuée des professionnels. De plus, il arrive fréquemment que les services spécialisés ne puissent satisfaire toutes les demandes de formation par manque de temps et de financement. Il n'existe pas non plus de vision globale de toutes les formations/sessions d'information existantes ; les professionnels doivent donc souvent passer beaucoup de temps à rechercher les informations souhaitées.

Les équipes SOS Enfants/VK devraient pouvoir offrir systématiquement un soutien aux professionnels, à condition de recevoir des moyens spécifiques à cet effet. Le personnel des consultations et les référents de l'ONE pour la maltraitance (qui sont en support des intervenants de l'ONE) sont formés à la détection des risques et devraient également pouvoir former à leur tour d'autres professionnels. De même, les centres de formation des professionnels des différents secteurs concernés devraient pouvoir intégrer systématiquement des formations à la détection et à la prise en charge de la maltraitance infantile dans leurs programmes de formation continuée.

Point d'action 6.3 : Organiser régulièrement, pour tous les professionnels susceptibles d'être confrontés à des situations de maltraitance infantile, des séances d'information sur l'offre d'aide existante et les personnes à contacter.

Tel qu'il ressort de la littérature et des expériences rapportées par les différents acteurs, une bonne connaissance des réseaux existants et des personnes de contact augmente la confiance en soi des prestataires de soins et les incite à intervenir de manière plus active dans la prise en charge de la maltraitance infantile. Il semble donc indiqué d'organiser régulièrement des séances d'information sur ces matières. Dans chaque province flamande, des communautés de pratique sont organisées de façon formelle par l'*Intersectoraal Regionaal Overleg Jeugdhulp*. Les professionnels, qu'ils fassent partie ou non de l'Aide intégrale à la Jeunesse, se réunissent pour des échanges au sujet de cas (anonymisés), signaler des points d'attention et des opportunités dans les collaborations, etc. Ce canal peut aussi être utilisé pour diffuser des informations au sujet du réseau existant.

Les équipes SOS Enfants ou les VK pourraient, elles aussi, organiser des réunions destinées à certains groupes professionnels. Les nouveaux venus dans un service, ou ceux qui souhaitent remettre à jour leurs connaissances sur les réseaux en place, pourraient s'y inscrire.

Recommandation 7

Imposer aux institutions des différents secteurs concernés un protocole d'action obligatoire pour ancrer structurellement la détection et le signalement de la maltraitance infantile.

En Belgique, il n'existe aucune obligation de signalement, ce que la majorité des personnes interrogées voient comme un point positif, qui permet de ne pas fragiliser la relation avec le bénéficiaire. En revanche, un professionnel qui ne signale pas un cas de maltraitance peut se voir inculper de non assistance à personne en danger.

Comme ils ne sont soumis à aucune obligation formelle de signalement, les professionnels assument une responsabilité morale plus importante mais sont par ailleurs libres de choisir l'acteur à impliquer dans le processus (la



police, la justice, une équipe SOS Enfants/VK ou le SAJ...) ainsi que le moment où ce dernier doit intervenir. Or les professionnels ne peuvent faire le bon choix que s'ils connaissent les démarches possibles et les conséquences qui en découlent. Bon nombre d'entre eux considèrent qu'il existe aujourd'hui des outils (checklists, brochures, sites internet, protocoles d'intervention, guideline de Domus Medica...) qui peuvent les aider à réagir de manière adéquate en cas de suspicion de maltraitance. Il ressort toutefois des entretiens que ces outils sont méconnus et/ou que les professionnels ignorent comment y accéder.

Aux Pays-Bas, les professionnels actifs dans les secteurs des soins de santé, de l'enseignement, de l'accueil d'enfants, du soutien social et de l'aide à la jeunesse sont légalement tenus, depuis juillet 2013, d'utiliser un code de signalement en cas de suspicion de violence et/ou maltraitance dans le cercle familial.²⁷ Ce code de signalement est une sorte de code de comportement et comporte, outre les étapes à suivre, une checklist et un guide d'entretien. Chaque secteur peut élaborer en interne son propre code de signalement, mais il doit se fonder sur un modèle de base (« *basis meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* »). Les professionnels reçoivent le soutien des autorités pour la mise en œuvre de ce code de signalement (p.ex. via des lettres d'information, des kits, des formations, une campagne de sensibilisation, etc.)

Un code de signalement obligatoire n'équivaut pas à une obligation de signalement. En effet, une obligation de signalement implique pour le professionnel le devoir de signaler ses soupçons de violence à d'autres instances. Avec un code de signalement, le professionnel reste libre de signaler ou non des suspicions de violence domestique ; le protocole d'action lui fournit alors des points de repère. Il ressort d'une enquête que les professionnels disposant d'un code de signalement interviennent trois fois plus souvent que les professionnels qui n'utilisent pas un tel outil.²⁸

En Flandre, les institutions agréées sont tenues, dans le cadre du décret sur la qualité²⁹, de définir une procédure pour la prise en charge des comportements excessifsⁿ. Une obligation de signalement à l'autorité compétente est également prévue. Les prestataires de soins n'y sont toutefois pas soumis. De plus, l'accent est mis sur la prise en charge des

comportements excessifs intervenant « sur le lieu de travail » de l'institution concernée (par ex. dans une crèche) et/ou dans le cadre de la relation patient/bénéficiaire-professionnel. Les autres formes de comportements telles que la violence ou maltraitance intrafamiliale ne sont pas visées. Certaines organisations ont déjà pris l'initiative d'établir un protocole d'action. C'est ainsi que le VK de Bruxelles a élaboré un plan pour les crèches : « *aanpak van verontrusting en vroegdetectie van kindermishandeling* » (approche des situations inquiétantes et détection précoce de la maltraitance infantile) qui constitue un fil conducteur pour la détection, l'évaluation, l'analyse et la prise en charge de problèmes présumés chez les jeunes enfants. Kind & Gezin a également élaboré un document d'orientation pour les situations préoccupantes, basé sur le Code de signalement hollandais.

Recommandation 8

Les hôpitaux doivent disposer d'un protocole et d'un instrument de dépistage pour gérer les suspicions de maltraitance infantile. Les médecins urgentistes et les pédiatres doivent recevoir une formation spécifique à ce sujet.

Les soins d'urgence peuvent jouer un rôle important dans le dépistage de la maltraitance infantile. Les chiffres produits par les VK révèlent qu'en 2014, seuls 487 sur 7311 signalements, soit 6,6 %, émanent du secteur hospitalier (médecins hospitaliers, services sociaux des hôpitaux, autre personnel hospitalier) (voir tableau 4 du rapport scientifique pour le rapport signalement/type de signaleur). De nombreux hôpitaux belges ne disposent dans leurs services d'urgence d'aucun protocole pour le signalement de la maltraitance infantile. De plus, les hôpitaux n'enregistrent pas (complètement) les cas de maltraitance. Pour chaque patient se présentant aux urgences, la raison de la consultation doit être enregistrée. Pour assurer un enregistrement uniformisé, il serait bon d'intégrer un item « (suspicion de) maltraitance infantile » dans la classification des affections à enregistrer.

ⁿ Une situation où un enfant est (ou risque d'être) victime de menaces ou de violence de la part d'une personne présente, p.ex. dans un lieu d'accueil.



Dans les variables UREG, les items « Violence mutuelle, agression physique/sexuelle, négligence » et « violence intrafamiliale » sont utilisés.^o En ce qui concerne les enfants hospitalisés, les données diagnostiques sont enregistrées dans les résumés hospitaliers minimum (RHM). Les stakeholders sont d'avis que le nombre de cas est sous-évalué étant donné que la maltraitance infantile n'est pas toujours (correctement) enregistrée.

Recommandation 9

Mandater formellement les médecins légistes afin qu'ils puissent être consultés par d'autres médecins lorsqu'il s'agit de diagnostiquer la maltraitance infantile.

Le diagnostic est l'étape incontournable entre le signalement de la maltraitance infantile et une approche sur mesure. Une interprétation erronée d'une lésion corporelle peut en effet donner lieu à une accusation – voire une condamnation – injuste ou à la non-protection d'enfants réellement en danger. Pour de multiples raisons, les médecins ne se sentent toutefois pas à l'aise lorsqu'il s'agit de diagnostiquer une maltraitance. Ils considèrent qu'ils ne sont pas suffisamment compétents pour faire la distinction entre la maltraitance et des lésions 'normales'. Ils éprouvent parfois aussi une certaine gêne à poser le diagnostic parce qu'ils ont des doutes ou qu'ils redoutent les conséquences pour l'enfant ou pour leur relation avec les parents. Le soutien d'un tiers indépendant et spécialisé, tel un médecin légiste, peut débloquer de telles situations.

Aujourd'hui, le rôle des médecins légistes, en cas d'agression sexuelle et de maltraitance infantile, consiste à examiner les victimes et les auteurs. Ils peuvent mener ces missions tant dans le contexte d'une enquête pénale que dans le cadre d'une procédure civile (en qualité d'experts ou de médecins-conseils). Leur fonction peut être étendue à un soutien médico-

légal à d'autres professionnels pour la qualification de lésions physiques. Les services de certains hôpitaux peuvent être impliqués dans le processus, renforcés par les médecins légistes compétents. Une autre option serait de confier un rôle aux futurs centres spécialisés pour les victimes de violence sexuelle, qui fonctionneront comme des centres multidisciplinaires pour l'accueil et l'accompagnement des victimes, ou aux équipes SOS Enfants ou VK. On pourrait aussi opter pour la création d'équipes mobiles avec un médecin légiste et éventuellement une infirmière, comme c'est le cas aux Pays-Bas.^p L'équipe peut se déplacer à la demande d'un médecin qui soupçonne un cas de maltraitance ou d'abus sexuel. L'examen des lésions requiert toutefois toujours le consentement des parents et/ou de l'enfant (> 14 ans).

Au cas où il serait fait appel à davantage de médecins légistes pour soutenir les autres médecins, il faudra libérer suffisamment de moyens pour leur formation. Cette spécialité est en effet en pénurie aigue actuellement. Il faudra également tenir compte des risques de confusion des rôles : les médecins légistes qui jouent un rôle consultatif ne doivent plus pouvoir intervenir dans une procédure judiciaire concernant le même cas.

^o UREG est un système d'enregistrement de données en real time centré sur les services d'urgence agréés des hôpitaux de Belgique ([ou http://www.health.belgium.be/fr/publications-ureg](http://www.health.belgium.be/fr/publications-ureg)); il existe aussi une obligation d'enregistrement du module URGADMIN dans les RHM : http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_the

[me file/directives domaine 5 donnees medicales m 2015-12.pdf](http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_the). Le désavantage est que ces données ne sont disponibles qu'après deux ans.

^p Pour des exemples aux Pays-Bas voir : Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling (LECK): 24 per dag forensisch-medisch advies (<http://leck.nu/>); Forensische polikliniek kindermishandeling Utrecht (<https://www.polikindermishandeling.nl/>)



4.3. Renforcer les services spécialisés dans la maltraitance infantile (SOS Enfants, VK) et le SAJ

Recommandation 10

Renforcer les services spécialisés (SOS Enfants, VK) afin qu'ils puissent assumer convenablement – et développer – les différentes fonctions qui leur incombent:

- **soutenir et conseiller les professionnels de différents secteurs (fonction consultative)**
- **apporter aux enfants et aux familles une aide adéquate aussi longtemps que nécessaire (fonction de deuxième ligne)**
- **développer et mettre en œuvre des stratégies de prévention (fonction préventive)**
- **en tant que services mandatés, agir en collaboration avec les services judiciaires (fonction de service mandaté)**
- **affecter du personnel à la ligne d'assistance 1712/103 et en assurer le bon fonctionnement, de préférence 7/7 (ligne d'assistance)**
- **enregistrer les données relatives aux fonctions clés précitées et les mettre à disposition (fonction d'information).**

Point d'action 10.1 : Mesurer la charge de travail et l'efficacité des méthodes de travail des équipes SOS Enfants/ VK / SAJ et adapter les moyens humains et financiers aux fonctions qui leur incombent.

Le principe, tant en Communauté flamande qu'en Communauté française, est qu'un cas (présumé) de maltraitance infantile ne doit (sauf urgence ou refus de coopérer) être rapporté à la justice qu'après avoir épuisé l'aide volontaire. La force d'action des principaux acteurs de l'aide volontaire devrait dès lors être adaptée à cette philosophie. Cela implique des effectifs et une expertise suffisants, dont ne disposent pas, pour le moment, les services concernés. En Flandre, par exemple, les VK se sont vu attribuer la mission d'intervenir en qualité de service mandaté sans que le cadre de leur personnel n'ait été adapté. À l'heure actuelle, un VK doit disposer d'une équipe de base minimale composée d'un médecin, d'un licencié/master en psychologie ou pédagogie, d'un assistant social et d'un collaborateur administratif.

Certains VK confient aux mêmes membres du personnel des tâches relevant de l'aide 'régulière' de base et des missions qui s'inscrivent dans le cadre de leur rôle de service mandaté. Alors que, pour sa mission d'aide 'régulière', le VK mise pleinement sur la famille et l'enfant, il travaille indirectement pour les autorités et la justice lorsqu'il assume son rôle de service mandaté. Non seulement cette double mission complique la tâche du dispensateur d'aide concerné, mais elle entame aussi la confiance de la famille.



Le gouvernement flamand envisage de réformer le cadre réglementaire et de subventions des VK afin qu'ils puissent continuer d'assumer pleinement leur mission à l'égard des citoyens et des professionnels, à savoir la mise à disposition d'un centre multidisciplinaire proposant aide et expertise en soutien. La poursuite de la mise en place et du suivi des *Ondersteuningscentra Jeugdzorg* (OCJ) devrait se faire en parallèle et être cohérente par rapport à cette mission.

Dans la partie francophone du pays, les services d'aide à la jeunesse doivent également faire face à une pression de travail accrue, notamment due au fait que les collègues qui partent ne sont pas toujours remplacés. Le plan de politique générale de la Communauté française prévoit de garantir au moins le maintien de l'effectif actuel des services d'aide à la jeunesse.²²

Point d'action 10.2 : Investir dans un réseau belge de spécialistes de référence.

Le recrutement de personnel au sein des services spécialisés (SOS Enfants, VK) est un point d'attention. Les stakeholders signalent que, pour les spécialistes, aucune rémunération concurrentielle ne peut être garantie, pas plus que la sécurité d'emploi à long terme. De ce fait, l'emploi de médecins au sein des équipes SOS Enfants et VK est problématique. Lorsqu'il s'agit d'engager un médecin, se pose aussi le choix d'investir dans un généraliste ou spécialiste. Parfois, la proportion de soins médicaux dans un dossier n'est pas suffisante pour occuper substantiellement un médecin dans une équipe SOS Enfants/VK. Pouvoir disposer de budgets pour des expertises à la demande pourrait être une alternative à l'engagement. Certains VK ont déjà aujourd'hui recours à des experts externes, surtout à des pédiatres légistes. À partir de ce scénario, un investissement dans un réseau de spécialistes de référence pourrait être envisagé.

4.4. Renforcer l'offre en matière d'aide aux victimes et auteurs de maltraitance infantile

Recommandation 11

Évaluer les besoins et prévoir une offre suffisante d'aide spécialisée à l'attention des victimes et auteurs de maltraitance infantile.

Point d'action 11.1 : Prévoir des places (supplémentaires) dans les centres de réadaptation pour les observations de longue durée, l'accueil et la prise en charge des traumatismes des enfants ou adolescents victimes de maltraitance ou présentant des besoins médico-psycho-sociaux graves. Ceci doit se dérouler dans le cadre d'un réseau de manière à pouvoir faire appel à un hôpital pour le diagnostic et la délivrance des soins médicaux nécessaires.

Étant donné que la maltraitance infantile va souvent de pair avec des lésions ou plaintes médicales, on peut rencontrer des victimes dans les services d'urgence ou de pédiatrie des hôpitaux. Au moment où nous rédigeons ce rapport, on ne dispose toutefois d'aucun chiffre concernant le nombre de consultations aux urgences ou d'admissions dans les services pédiatriques par suite de maltraitance. À l'avenir, une telle évaluation devra être rendue possible (voir recommandation n°8).

Certains hôpitaux ont déjà mis en place un vaste dispositif pour l'accueil et le traitement des victimes de maltraitance infantile par une équipe multidisciplinaire présente dans le service pédiatrique. D'après l'expérience de ces services, il est nécessaire de prévoir une période de 3 à 4 semaines pour pouvoir poser un diagnostic, soigner l'enfant et finalement le réorienter vers une solution plus durable. Il n'y a aujourd'hui aucun financement spécifique prévu pour ces équipes multidisciplinaires, ni de lits hospitaliers spécifiques pour ce type d'admissions. En effet, la tendance au raccourcissement des durées d'hospitalisation et à la concentration de soins hautement technologiques dans les hôpitaux aigus va à l'encontre du besoin d'observation et des soins à (plus) long terme. Et comme ce n'est pas



intéressant financièrement, certains hôpitaux refusent d'admettre ces enfants. Il existe déjà aujourd'hui des centres de réadaptation pédiatriques ayant une convention avec l'INAMI, comme par exemple Clairs Vallons à Ottignies, qui propose un programme de réadaptation en internat pour des enfants atteints de pathologies diverses, dont une majorité souffrant d'obésité ou de conséquences de maltraitance.³⁰ L'observation de longue durée et les soins des victimes de maltraitance ne peut se faire que moyennant un élargissement du nombre de lits disponibles dans ces centres. Il faudrait pour cela élargir le système actuel des conventions INAMI pour le financement de la prise en charge de ces enfants par une équipe multidisciplinaire dans ces centres. Des accords de collaboration avec les hôpitaux aigus doivent aussi être prévus, de manière à pouvoir assurer les diagnostics et soins spécialisés nécessaires.

Point d'action 11.2 : Évaluer la demande d'aide directement accessible et non directement accessible pour les victimes et auteurs de maltraitance et prévoir une offre d'aide adéquate pouvant être assurée dans un délai d'attente acceptable.

Le manque de places dans les structures d'aide à la jeunesse est un problème récurrent. En Flandre, l'attribution de l'aide non directement accessible (séjours de crise, structures adaptées pour jeunes enfants, institutions pour jeunes avec problématiques psychiatriques, programmes de soutien familial global) via l'accès intersectoriel (*Intersectorale toegangspoort*) permet de chiffrer les besoins (demandes) et le nombre de places disponibles (attribuées). Le rapport annuel de l'agence flamande *Jongerenwelzijn* révèle qu'en 2014, 11 569 enfants et jeunes ont eu besoin de cette aide non-directement accessible, c'est-à-dire des soins spécialisés lourds.³¹ Près de quatre mille mineurs atteints d'un handicap et trois mille « jeunes en difficultés » n'ont pas pu en bénéficier^q. Le protocole d'action *Jeugdhulp* établi par les autorités flamandes aligne plusieurs points d'action dont l'objectif à l'horizon 2020 est que les enfants et les jeunes puissent

avoir accès, endéans un délai raisonnable, à l'aide appropriée, directement ou non directement accessible.³²

En Communauté française, il est prévu de redéployer l'offre de services sur la base de critères de programmation objectifs (indices socio-économiques et d'accessibilité) et des besoins spécifiques par zones géographiques et par problématiques.²²

4.5. Communication et coordination entre les différents services et professionnels des différents secteurs, domaines et niveaux de compétences

Recommandation 12

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

Point d'action 12.1: Lancer un large débat de société sur les limites du secret professionnel et les échanges de données confidentielles.

La question de l'échange d'informations mérite de faire l'objet d'un large débat de société. Un tel débat transcende la thématique de la maltraitance infantile car il se pose aussi dans d'autres phénomènes de société tels que la radicalisation des jeunes.

^q Ces chiffres concernent les jeunes qui sont signalés et/ou inscrits sur liste d'attente pour avoir accès à l'aide; voir p. 23 Rapport Annuel 2014 *Jongerenwelzijn*³¹



Point d'action 12.2 : Prévoir dans les procédures de travail des intervenants de SOS Enfants/VK/SAJ qu'ils informent systématiquement les professionnels-signaleurs, dans les limites du secret professionnel partagé, que le cas notifié est pris en charge.

Pour pouvoir proposer à chaque enfant une prise en charge optimale, l'échange d'informations entre les différents acteurs est primordial. Le cadre légal actuel régissant le secret professionnel ne le permet pas toujours. Il ressort des entretiens menés dans le cadre de cette étude que les acteurs concernés se heurtent souvent aux limites de ce secret professionnel et/ou ne connaissent pas très bien le cadre juridique. Ceux qui signalent des cas se plaignent du manque de feedback sur le suivi, ce qui nuit à leur implication dans le dossier ou les démotive à signaler d'autres cas par la suite. Le feedback entre instances d'aide et professionnels-signaleurs est pourtant possible dans le cadre du secret professionnel partagé, à certaines conditions précises (voir plus haut). Le feedback du parquet vers les signaleurs ou les instances d'aide n'est toutefois pas possible dans le cadre juridique actuel.

Point d'action 12.3 : Rendre juridiquement possible l'opérationnalisation des instruments d'évaluation des risques, de concertation et de coordination.

Lors des entretiens, les acteurs des différents secteurs ont clairement exprimé leur préoccupation face au manque d'harmonisation et d'action conjointe entre la police, la justice et les services d'aide et ce, tant en Flandre que du côté francophone. Ils ont également souligné l'absence de cadre juridique clair pour un tel partage d'informations. En Flandre, plusieurs projets ont été mis sur pied pour tester la collecte d'informations et la collaboration entre le secteur du bien-être et la justice, comme le *Protocol van Moed*, qui met l'accent sur la prise en charge de la maltraitance infantile. D'autres exemples sont CO3 à Anvers, *de Korte Keten* à Malines, *Link* dans le Limburg et *For Kid* à Louvain, tous axés sur la violence intrafamiliale. Le *Protocol van Moed* prévoit une concertation mensuelle entre les prestataires de soins et les représentants du parquet pour aborder les dossiers de maltraitance d'enfants (concertation sur chaque cas). L'avantage d'une telle

concertation est de pouvoir procéder, au départ de deux cadres distincts, à une évaluation de la bonne volonté des parents et de leur éventuel accord pour recevoir une aide, ainsi que de la situation familiale et des menaces pour l'intégrité de l'enfant.

De telles initiatives sont perçues de façon très positive. Actuellement, l'implémentation des trois instruments, à savoir (1) l'évaluation des risques (demande adressée par le secteur de l'aide à la jeunesse au parquet, ou inversement, pour savoir si une personne déterminée est déjà connue), (2) la concertation menée sur chaque cas et (3) la coordination des cas, est en discussion avec les ministères de la Justice, des Affaires intérieures, de l'Enseignement ainsi que les administrations locales et provinciales flamandes. Une initiative du même type a également été prise récemment à Bruxelles.

Pour que de tels instruments puissent être opérationnalisés, il faut toutefois disposer d'une base juridique solide. L'analyse juridique réalisée dans le cadre du projet *Protocol van Moed* révèle qu'il serait préférable de créer une justification légale pour partager l'information entre le secteur de l'aide et le parquet. En effet, les dérogations au secret professionnel qui existent actuellement semblent parfois inadéquates. Il conviendrait d'étudier d'abord la faisabilité sociétale et juridique d'un tel « secret professionnel adapté ». Mais une justification légale peut également entraîner des problèmes de compétence juridique ; on a affaire à des domaines relevant de la compétence de l'autorité fédérale (organisation de la justice, du parquet et des enquêtes judiciaires) et des autorités communautaires (protection de la jeunesse – volontaire et judiciaire). On peut choisir d'adapter les dispositions du Code pénal relatives au secret professionnel ou opter pour un examen des options possibles au niveau communautaire.

Tant du côté francophone que du côté flamand, on a choisi de miser au maximum sur le dialogue avec les parents et sur le soutien à la parentalité, dans un cadre volontaire. Mais du côté francophone, il n'entre pas dans les intentions d'implémenter de tels instruments (à l'exception d'une initiative à Bruxelles) parce que l'on estime que l'échange d'informations constitue une menace pour la relation d'aide. Une réglementation au niveau communautaire semble donc une option plus réaliste qu'une adaptation du Code pénal.



Point d'action 12.4 : Envisager la possibilité de mettre en place des centres de justice familiale.

Il ressort également des entretiens que la réunion, au sein d'un seul et même bâtiment, des différents acteurs impliqués dans le trajet d'approche de la maltraitance des enfants permettrait de concrétiser une approche globale, cohérente et coordonnée. Plusieurs provinces flamandes travaillent pour l'instant sur un modèle de chaîne interdisciplinaire. À Anvers, cela s'est traduit sous la forme d'un *Family Justice Center* où tous les partenaires de la chaîne de prise en charge de la violence intrafamiliale – police et justice, reclassement, accueil et assistance – sont physiquement réunis dans un même bâtiment. Les victimes peuvent s'adresser à eux pour une déclaration, une aide, un soutien, un accueil, ou une demande de protection par la police. Les services d'aide, de police et de justice, de même que les services publics locaux, détachent des collaborateurs motivés et formés pour offrir aux bénéficiaires l'éventail de services dont ils ont besoin. D'autres projets pilotes devraient permettre d'évaluer la faisabilité et les modalités de tels centres. Il va de soi qu'une communication claire au sujet des objectifs d'éventuels centres de justice familiale et une sensibilisation de la population sont des conditions essentielles pour leur succès et permettront d'éviter que ces instances soient associées à une approche judiciaire.

Point d'action 12.5 : Porter à l'agenda de la Conférence interministérielle santé publique la coordination de la prise en charge de la maltraitance infantile

Jusqu'à présent, les représentants de la Santé publique fédérale n'ont été impliqués que de manière très limitée dans la prise en charge de la maltraitance infantile. Pourtant, cette problématique a des ramifications dans des domaines qui sont de leur compétence, comme p.ex. l'organisation du séjour à la maternité ou le financement des centres de réadaptation fonctionnelle via des conventions INAMI. Il est donc nécessaire de mettre en place une concertation entre les niveaux fédéraux et communautaires.

4.6. Enregistrement des données, gestion et analyse des connaissances

4.6.1. Investir dans une politique en matière de maltraitance infantile qui soit documentée par des chiffres

Recommandation 13

Investir dans la centralisation et l'uniformisation des données chiffrées des différents services (services spécialisés, justice, *death review teams* à constituer éventuellement,...) afin de pouvoir analyser l'ampleur du phénomène de la maltraitance infantile et poser des choix politiques en connaissance de cause.

Point d'action 13.1 : Adapter les instruments de diagnostic existants au contexte belge.

Un premier pas pourrait consister à utiliser des instruments validés, adaptés au contexte belge, pour poser le diagnostic.

Point d'action 13.2 : Investir dans un enregistrement uniforme de la maltraitance infantile par les parquets et la police.

Les données relatives au nombre d'affaires de maltraitance peuvent être obtenues à différents niveaux au sein de la justice. Le nombre de cas de maltraitance d'enfants peut être examiné au niveau des tribunaux pénaux. Il s'agit de dossiers de maltraitance infantile dont l'auteur est adulte, ouverts devant les parquets correctionnels, ainsi que des statistiques de condamnations. Les statistiques relatives aux affaires traitées par les parquets de la jeunesse sont également disponibles. Le problème de toutes ces données est leur manque d'uniformité. La maltraitance infantile est un terme générique recouvrant plusieurs catégories d'infractions possibles (viol, coups et blessures, homicide, mais aussi négligence, abandon de famille, non-présentation d'enfants, ...). Bien qu'un code de prévention



spécifique « maltraitance d'enfants » ait été prévu^r, ces dossiers sont parfois enregistrés sous des codes moins spécifiques tels que « coups et blessures » ou « mise en danger d'enfant ». Les statistiques existantes ne permettent dès lors pas de se prononcer sur le nombre de cas de maltraitance infantile. Le même problème se retrouve au niveau de la police, où il n'est actuellement pas possible de constituer un fichier reprenant le nombre de procès-verbaux en lien avec la maltraitance infantile.

Point d'action 13.3 : Prévoir dans le Code pénal que la maltraitance émotionnelle ou psychique, ainsi que la négligence, soient considérées comme de la maltraitance infantile.

Les maltraitements émotionnelles ou psychiques ne sont actuellement pas explicitement reprises comme punissables dans le Code pénal. Ces formes de maltraitance infantile ne peuvent donc pas être distinguées dans les chiffres de la justice et de la police.

Point d'action 13.4 : Centraliser l'information relative à l'intégrité physique, psychique et sexuelle des mineurs ainsi qu'à la violence. Investir dans l'analyse des données disponibles et à générer. Documenter et analyser les nouvelles formes de maltraitance infantile comme le cyber-harcèlement, le phénomène de prostitution infantile (loverboys), ...

En Flandre, l'intégration de la politique d'information au sujet des comportements transgresseurs dans différents secteurs est en phase de réalisation. Dans la foulée du rapport d'enquête sur « la violence, signalée et comptabilisée » (« *Geweld, gemeld en geteld* »)³³ du Commissariat aux droits de l'enfant, le département Bien-être, Santé publique et Famille, en concertation avec les départements en charge de l'enseignement et du sport, va mettre sur pied une étude quantitative quinquennale sur l'incidence

et la prévalence de la violence sur les enfants et les adolescents de 10 à 18 ans au sein de la famille, des écoles et dans le cadre des loisirs. L'objectif est de faire en sorte que la collecte et la diffusion d'informations sur l'intégrité physique, psychique et sexuelle des mineurs, ainsi que sur toutes les formes de violence, puissent se faire dans le cadre d'une collaboration structurée (« plate-forme sur l'intégrité ») entre les organisations existantes. Toutefois, à l'heure de rédiger ce rapport, les modalités de cette plate-forme ne sont toujours pas disponibles.

4.6.2. Surveillance de la qualité et optimisation du processus

Recommandation 14

Envisager des projets pilotes réunissant des experts qui, à la suite de drames familiaux ou de décès suspects de mineurs, analyseront l'ensemble du dossier à l'instar des « *child death review teams* ». Ces équipes analysent ce qui s'est passé, ce qui aurait pu être fait différemment et comment les situations similaires peuvent être identifiées et prévenues. De cette manière il sera possible d'évaluer en permanence l'aide existante et de lui apporter les corrections éventuellement nécessaires (optimisation du processus).

À l'heure actuelle, n'importe quel médecin peut constater le décès d'un individu en toute autonomie. S'il estime qu'il n'y a aucun élément suspect relevant de la médecine légale, le décès est qualifié de naturel et il ne peut en principe pas y avoir d'autre enquête, sauf dans le cas d'un décès inattendu et inexplicable d'un enfant de moins de 18 mois. En Grande-Bretagne, des *child death review teams* ont été mises sur pied pour enquêter après un décès suspect ou un drame familial et pour déterminer de quelle manière le drame aurait pu être évité. Une telle enquête fournit des données précieuses pour la prévention et peut orienter la politique adoptée en la matière. Le *Vlaams Forum voor Kindermishandeling* (VFK – Forum flamand sur la maltraitance d'enfants) a fait réaliser un rapport politique sur la possibilité de créer de telles équipes en Flandre. Le rapport

^r Code qui fait référence à une infraction pour laquelle une personne a été signalée au parquet. Il est donc possible, dans une même affaire, d'enregistrer plusieurs codes de prévention.



fait en premier lieu une proposition de protocole à suivre en cas de décès d'un mineur, avec possibilité de réaliser une enquête multidisciplinaire sur le décès ou de faire une reconstitution. Le rapport conseille également de démarrer par des projets pilotes pour explorer dans le contexte flamand cette façon de procéder. La mise sur pied d'un tel projet-pilote au sein du *Vlaams Forum voor Kindermishandeling* se décidera en concertation avec les départements de la Justice et des Affaires intérieures.

4.7. Mesures de protection supplémentaires

Recommandation 15

Organiser un vaste débat éthique sociétal au sujet des mesures supplémentaires de protection à mettre en place pour les enfants (nés ou à naître) lorsqu'il existe un risque pour leur sécurité et/ou leur santé.

À l'heure actuelle, les cadres réglementaires des Communautés en matière d'intervention autour de la maltraitance infantile se basent sur avant tout sur la collaboration volontaire des parents. Il s'agit de les soutenir au maximum dans leur parentalité, et de prévenir les situations d'insécurité pour l'enfant. Les parents se trouvent parfois dans des situations tellement difficiles qu'ils n'ont plus (ou ne peuvent plus avoir) de vision du problème et/ou ne sont pas prêts à se laisser accompagner. Peut-on prévoir des mesures de protection supplémentaires pour les enfants (nés ou à naître) dans ces familles où des faits de maltraitance se répètent et où la possibilité d'accompagner les parents semble absente? Des mesures alternatives telles que l'éloignement de l'auteur peuvent-elles constituer une solution? La société doit-elle intervenir dans l'organisation des possibilités de séjour? Ces considérations requièrent un vaste débat éthique, sociétal et juridique sur la mise en balance des droits de l'enfant (né ou à naître) versus le droit au respect de la vie privée des auteurs. Les recommandations suivantes vont plus en profondeur dans ces questions.

4.7.1. Parvenir à une approche différenciée en fonction du type de parent/auteur des faits de maltraitance

Recommandation 16

Différencier la prise en charge de la maltraitance infantile en fonction du type de parent/auteur et, pour le groupe de parents/auteurs difficilement gérables qui évitent toute forme d'aide, développer une approche distincte qui soit moins axée sur le volontariat et davantage sur l'aide forcée.

Point d'action 16.1: Octroyer aux équipes SOS Enfants/VK/SAJ un mandat qui les habilite à diagnostiquer les parents souffrant d'un trouble de la personnalité ou d'une assuétude, à les orienter vers des services spécialisés et à contrôler l'assiduité avec laquelle ils suivent leur thérapie auprès de ces services.

La maltraitance infantile est très répandue et les causes d'une maltraitance par les parents ne sont pas toujours claires. Mais le risque semble plus important lorsque les parents sont confrontés à des problèmes personnels, ou ne parviennent pas à gérer correctement (les problèmes de) l'enfant, ou encore lorsque les conditions de vie de la famille sont délicates. La prise en charge des cas (présumés) de maltraitance infantile devrait dès lors être différenciée en fonction de la problématique sous-jacente. Il ressort des entretiens que l'aide volontaire fonctionne bien avec les parents dont la maltraitance résulte d'une méconnaissance du développement normal et de l'éducation de l'enfant. Ces parents veulent le meilleur pour leur enfant mais ils ne sont pas à la hauteur de leur tâche éducative. Ils acceptent généralement une aide extérieure. Dans ce cas, l'accent est mis sur une approche pédagogique.

Il existe aussi des parents qui maltraitent leur enfant sous la pression de circonstances extérieures (pauvreté, problèmes relationnels,...). Dans ces familles, l'équilibre entre la charge que constitue un enfant et la capacité à la supporter est rompu. Il n'est pas rare que ces parents soient eux aussi ouverts à une aide et à un accompagnement extérieurs.



Le troisième groupe de parents est composé d'auteurs difficilement gérables, confrontés à une assuétude, à des troubles psychiatriques, à un passé personnel de maltraitance ou à un handicap intellectuel. Ils évitent généralement les offres d'aide parce qu'ils ne perçoivent pas leur problème comme tel (ou en sont incapables). Dans ce contexte, il est important qu'un diagnostic de la problématique sous-jacente soit posé afin de pouvoir la prendre en charge. Pour l'instant, les réglementations accordent une grande importance à l'action volontaire tant au nord qu'au sud du pays. Mais la réglementation devrait aussi être orientée sur le diagnostic précoce et l'accompagnement de ceux qui rechignent à collaborer et sur l'approche des situations où il existe un risque manifeste pour la sécurité et/ou la santé de l'enfant (né ou à naître).

Aujourd'hui, on peut être mis en observation dans une institution psychiatrique lorsqu'on est mentalement malade, que l'on traverse une crise et que l'on représente un danger pour soi-même ou pour les autres (et qu'il n'y a pas d'autre alternative à cette mise en observation). Les troubles de la personnalité et les assuétudes ne font cependant pas partie de cette catégorisation, sauf s'ils s'accompagnent d'autres difficultés. Les équipes SOS enfants/VK/SAJ ne sont actuellement pas mandatés pour procéder à un examen diagnostique des parents, ni pour prendre contact avec un thérapeute en charge p.ex. d'un éventuel problème psychiatrique, sans disposer de l'autorisation du parent concerné.

Encadré 1 : L'exemple du placement sous surveillance aux Pays-Bas

Aux Pays-Bas, il existe une mesure de limitation de l'autorité (le placement sous surveillance) qui impose une aide et un soutien au(x) parent(s) pour désamorcer une situation menaçante pour l'enfant. Le tuteur familial peut ainsi veiller à ce que le(s) parent(s) reçoive les soins médicaux requis et peut agir d'autorité, via une injonction écrite, si le(s) parent(s) ne s'en tient(nen)t pas aux accords convenus. Une injonction écrite, par exemple l'obligation de se soumettre à un test d'urine ou à un contrôle médical, peut être décrétée par le juge des enfants.

Les autorités néerlandaises ont encore d'autres mesures à leur disposition, comme l'imposition d'une interdiction temporaire de résidence (au membre de la famille qui représente une menace pour l'enfant) ou la mise sous tutelle du parent.

4.7.2. Mesures de protection de l'enfant non né

Recommandation 17

Développer et implémenter des mesures de protection pour l'enfant non né et les intégrer dans la législation.

Point d'action 17.1 : Envisager l'introduction d'une base légale distincte portant sur la protection explicite de l'enfant non né lorsqu'il est gravement mis en péril dans son développement.

Contrairement au droit néerlandais, le droit belge n'offre aucune protection explicite à l'enfant non né lorsqu'il est gravement mis en péril dans son développement. En droit néerlandais, l'article 255 combiné à l'article 2 du Livre 1 du Code civil (CC) offre une protection explicite à l'enfant non né. Cet article stipule que le juge de la jeunesse peut placer un enfant sous surveillance (voir ci-dessus) s'il est gravement menacé dans son développement. Il peut aussi s'agir d'un enfant n'ayant pas encore vu le jour,



comme il découle de l'article 2 du Livre 1 du CC qui stipule que l'enfant non né est considéré comme déjà né dès lors que son intérêt l'exige.

Le fait que l'enfant non né n'ait pas de personnalité juridique ne signifie pas que le droit belge ne peut mettre en œuvre aucune mesure de protection supplémentaire. Il existe aujourd'hui dans la législation belge différentes mesures de protection pour l'enfant non né^s.

Point d'action 17.2 : Envisager l'introduction d'un mandat explicite pour les services spécialisés (SOS Enfants, VK), le SAJ et les OCJ afin qu'ils puissent ouvrir des dossiers et agir dans l'intérêt d'un enfant non né

Il ressort des chiffres de signalements à SOS Enfants et aux VK que certaines notifications concernent parfois des enfants à naître. On ignore précisément si les services spécialisés sont habilités à ouvrir un dossier concernant un enfant non encore né. Les SAJ argumentent qu'un enfant qui n'a pas encore vu le jour ne peut pas être intégré dans un trajet de prise en charge. On peut toutefois objecter que les parents eux aussi « tombent sous le coup du décret », même s'il a encore des discussions pour savoir si ce serait aussi valable pour les futurs parents d'un premier enfant. Un projet-pilote est mené en ce sens à Mons.

^s Voir par ex. la législation relative à l'interruption de grossesse, qui étend les mesures de protection à l'enfant non né (art. 348-352 Sw), les garanties pour les femmes enceintes en matière de radiations ionisantes (art. 20.1.1.3 al. 2 et 3 Arrêté royal du 20 juillet 2001 portant règlement général de la protection de la population, des travailleurs et de l'environnement contre le danger des rayonnements ionisants³⁴). Pour une analyse du statut juridique de l'embryon et du fœtus, voir Avis n° 53 du Comité consultatif belge de Bioéthique du 14

4.8. Problèmes communautaires

Recommandation 18

Faire en sorte que les enfants ayant droit à une prise en charge dans une Communauté puissent également faire l'objet d'une demande d'intervention dans l'autre Communauté si cela s'avère nécessaire.

Point d'action 18.1 : Organiser une concertation entre les services compétents pour l'aide à la jeunesse des différentes Communautés au sujet des accords conclus pour l'aide à la jeunesse apportée dans une Communauté aux mineurs résidant en dehors de la Communauté en question.

Des jeunes qui habitent en Communauté française mais qui sont néerlandophones, par exemple, peuvent choisir de faire appel à un service d'aide à la jeunesse situé en Communauté flamande et vice-versa. Les acteurs du secteur ont toutefois fait état de difficultés dans l'organisation de cette aide pour les mineurs qui résident en dehors de la Communauté en question. Pourtant, il existe des accords de coopération, notamment entre les Communautés flamande et française, pour les personnes atteintes d'un handicap, ainsi que des conventions entre l'agence *Jongerenwelzijn* et l'administration de l'aide à la jeunesse dans le cadre d'un projet d'accord de coopération portant sur l'assistance aux jeunes, sans oublier la réglementation européenne relative à l'aide à la jeunesse.^t

mai 2012 relatif au refus de soins médicaux par une femme enceinte ayant une incidence sur le fœtus.³⁵

^t Règlement (CE) n° 2201/2003 du Conseil du 27 novembre 2003 relatif à la compétence, la reconnaissance et l'exécution des décisions en matière matrimoniale et en matière de responsabilité parentale, abrogeant le Règlement (CE) n° 1347/2000³⁶ ; voir aussi le rapport « De bevoegdheid van de Intersectorale Toegangspoort buiten Vlaanderen ».³⁷



■ REFERENCES

1. UNICEF. A league table for child maltreatment deaths in rich nations, Innocenti report card issue Nr. 5. September 2003. Available from: <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard5e.pdf>
2. Décret du 12 mai 2004 relatif à l'Aide aux enfants victimes de maltraitance, M.B. 14 juin 2004.
3. Decreet 12 juli 2013 betreffende de integrale jeugdhulp, B.S. 13 september 2013.
4. Convention on the Rights of the Child, Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989, entry into force 2 September 1990, in accordance with article 49, <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>
5. www.yapaka.be.
6. Décret du 4 mars 1991 relatif à l'Aide à la Jeunesse, M.B. 12 juin 1991.
7. Goffin T. Toestemming in het medisch recht. Een nieuwe lezing van een oud probleem. RW. 2007-08 afl. 32:1306-17.
8. Van der Straete I, Put J, Leenaerts E. Het beschikkingsrecht en het beroepsgeheim. De hulpverlener wikt, de cliënt beschikt. TPR 2003:1123-9.
9. Code d'instruction criminelle du 17 novembre 1808, M.B. 27 novembre 1808.
10. Loi sur la fonction de police du 5 août 1992 M.B. 22 août 1992.
11. Loi du 22 août 2002 relative aux Droits du Patient, M.B. 26 septembre 2002.
12. Décret du 14 juillet 2006 relatif aux missions, programmes et rapport d'activités des Centres psycho-médico-sociaux, M.B. 5 septembre 2006
13. Conseil supérieur de la Guidance psycho-médico-sociale et de l'Orientation scolaire et professionnelle. Avis n°13/1205: Le Secret professionnel des membres du personnel des Centres Psycho-médico-sociaux.



14. Décret du 1 décembre 1998 relatif aux centres psycho-médico-sociaux, M.B. 10 avril 1999.
15. Villée C. Secret professionnel à l'école. JDJ. mai 2007(n°265):18-23.
16. Put J, Ankaert E. Advies Beroepsgeheim en ambtsgeheim in het onderwijs en de CLB's, met specifieke aandacht voor de vertrouwensleerkracht en de bijstandspersoon. 2007.
17. Besluit van de Vlaamse Regering van 12 september 2008 betreffende het multidisciplinaire dossier in de centra voor leerlingenbegeleiding, B.S. 17 november 2008.
18. Van der Straete I, Put J. Het multidisciplinair dossier in de centra voor leerlingenbegeleiding. T.O.R.B. 2001-2002 282.
19. Benahmed N, Devos C, San Miguel L, Vankelst L, Lauwerier E, Verschuere M, et al. De organisatie van de zorg na een bevalling – Health Services Research (HSR). Brussel: 2014. KCE Reports 232As. D/2014/10.273/79
20. Schaal 'Screening van Ernstige Problematische Opvoedingssituaties met Risico op Kindermishandeling'. https://wvg.vlaanderen.be/rechtspositie/04-good_practices/belang/pos_schaal.htm.
21. Domus Medica. Richtlijn rond zwangerschapsbegeleiding <http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/zwangerschap.html>.
22. Fédération Wallonie-Bruxelles. Fédérer pour réussir 2014-2019. http://www.culture.be/index.php?eID=tx_nawsecured1&u=0&file=fileadmin/sites/culture/upload/culture_super_editor/culture_editor/documents/Documents_utiles/Federer_pour_reussir-declaration_de_politique_gvt_14-19.pdf&hash=8f1ad6c952841a527b1917eeb1ecaaf9c58298b3.
23. Vlaamse Gemeenschap: Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Beleidsnota 2014-2019. <http://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/beleidsnota-2014-2019-welzijn-volksgezondheid-en-gezin>.
24. <http://www.sag-jeugdgezondheidszorg.nl/2014/06/12/centering-parenting-van-start/>.
25. INAMI. Livre blanc sur l'accès aux soins de santé en Belgique <http://www.inami.fgov.be/information/fr/studies/study69/pdf/livre-blanc.pdf>: 2014.
26. <http://amw.handelingsprotocol.nl/signaleren1/kindcheck>.
27. Meldcode Nederland. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/inhoud/meldcode> [Web page].
28. Koninklijk Nederlands Medisch Genootschap. Kindermishandeling en huiselijk geweld – Stappenplannen [Web page]. http://www.kenniscentrum-kip.nl/app/webroot/files/tmpwebsite/Downloadables_trauma_en_kindermishandeling_bijlagen/knmg_brochure_stappenplannen_meldcode_kindermishandeling_en_huiselijk_geweld_maart_2012_1_1.pdf;maat 2012.
29. Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen, B.S. 10 november 2003.
30. <http://www.clairsvallons.com/indications/unite-medico-psychologique>.
31. Jongerenwelzijn. Jaarverslag 2014 [Web page]. https://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/assets/docs/publicaties/jaarverslagen/jaarverslag_2014.pdf;2014.
32. Vlaamse Gemeenschap. Welzijn Volksgezondheid. Actieplan Jeugdhulp. Met de kracht van de jeugd naar 2020. <http://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/assets/docs/nieuws/2014/4/actieplan-jeugdhulp-20140401.pdf>: 2014.
33. Kinderrechtencommissariaat. Geweld, gemeld en geteld. Aanbevelingen in de aanpak van geweld tegen kinderen en jongeren. <https://issuu.com/kinderrechten/docs/b7b2e052-dd7c-4dc2-b72c-d99ef219ad83?e=6593254/2862972#search>. 2011.
34. Arrêté royal du 20 juillet 2001 portant règlement général de la protection de la population, des travailleurs et de l'environnement contre le danger des rayonnements ionisants, M.B. 30 août 2001.
35. Comité consultatif belge de Bioéthique. Avis n° 53 du 14 mai 2012 relatif au refus de soins médicaux par une femme enceinte ayant une incidence sur le fœtus [Web



- page].<http://www.health.belgium.be/fr/avis-ndeg-53-refus-de-soins-medicaux-par-une-femme-enceinte>.
36. Règlement (CE) n° 2201/2003 du Conseil du 27 novembre 2003 relatif à la compétence, la reconnaissance et l'exécution des décisions en matière matrimoniale et en matière de responsabilité parentale, abrogeant le Règlement (CE) n° 1347/2000 JO L 338 23.12.2003.
37. De bevoegdheid van de Intersectorale Toegangspoort buiten Vlaanderen [Web page].<https://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/professionelen/assets/docs/jeugdhulpaanbieders/itp/bijlage-H2-bevoegdheid-ITP-buiten-vlaanderen.pdf>.



COLOPHON

| | |
|--------------------------|---|
| Titre : | Comment améliorer la détection de la maltraitance infantile ? – Synthèse |
| Auteurs : | Irm Vinck (KCE), Wendy Christiaens (KCE), Pascale Jonckheer (KCE), Geneviève Veereman (KCE), Laurence Kohn (KCE), Nicole Dekker (Universiteit Antwerpen), Lieve Peremans (Universiteit Antwerpen), Anne-Marie Offermans (Université Libre de Bruxelles), Anna Burzykowska (Université Libre de Bruxelles), Michel Roland (Université Libre de Bruxelles). |
| Coordinateur de projet : | Marijke Eysen (KCE) |
| Program manager : | Dominique Paulus (KCE) |
| Relecture : | Jef Adriaenssens (KCE), Gudrun Briat (KCE), Karin Rondia (KCE) |
| Experts externes : | Peter Adriaenssens (Directeur Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Vlaams-Brabant - kinderpsychiater), Jean-Luc Agosti (Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) - SOS Enfants), Jean-Marie Brabant (Police Bruxelles), Audrey Bynens (SOS Enfants Aide et Prévention Université de Liège), Jean Danis (Collège des directeurs de l'enseignement fondamental, initiative Projet Maltraité émoi), Evy De Boosere (Centrum voor gerechtelijke geneeskunde Antwerpen), Christel De Craim (FOD Justitie – SPF Justice), Karen Dekoninck (FOD Justitie – SPF Justice), Tine Destoop (Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Antwerpen), Carine De Wilde (Vlaamse Gemeenschap, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin), Ruth Dufromont (Centrum voor Leerlingenbegeleiding Vlaanderen), Lieve Krobea (Kind & Gezin), Marie-Joëlle Lambert (Centre de Référence en Santé Mentale), Hilde Lauwers (LUCAS - KULeuven), Lucien Nouwynck (Avocat général à la Cour d'Appel de Bruxelles), Kaat Peerenboom (Consulent Forensische Pediatrie), Josée Pelzer (Pédopsychiatre), Marleen Petermans (Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Limburg), Marie-Joëlle Picas (SOS Enfants Brabant Wallon), Renilde Rens (Politie Antwerpen), Genevieve Robesco (Avocat général Cour d'appel de Liège, Présidente du groupe « maltraitance »), An Schillemans (Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Gent), Patrick Schlessier (Centre Hospitalier Chrétien Liège), Jessica Segers (ONE - SOS Enfants), Karen Smets (Domus Medica), Paul Spaens (Commission permanente de la police locale), Marie Thonon (Fédération Wallonie-Bruxelles - Administration générale de l'aide à la Jeunesse), Wim Van de Voorde (KULeuven - forensische geneeskunde), Erik Van Dooren (Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Brussel), Guido Van Hal (Sociologue médical Universiteit Antwerpen), Philippe Vanparijs (Médecin Légiste), Roel Verellen (Vlaamse Gemeenschap, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin), Roos Vergrote (Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Brugge), Marc Vranckx (Centre Hospitalier Universitaire Charleroi). |



- Validateurs externes : Emmanuel de Becker (SOS Enfants, Cliniques Universitaires Saint-Luc Bruxelles), Kristof Desair (Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Vlaams-Brabant), Johan Marchand (UZ Brussel), Remy Vink (TNO Child Health - Leiden - Nederland).
- Remerciements : Daniel Dinant (Sozial-Psychologisches Zentrum Eupen), Julien Ligot (infographist, Fedopress), Vanessa Schmitz (Jugendhilfedienst Eupen), Alain Uyttendaele (analyste statistique du parquet de la cour d'appel de Bruxelles) et Flore (5 ans) pour le dessin de couverture.
- Autres intérêts déclarés :
Appartenance à un groupe de parties prenantes pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Emmanuel de Becker (membre du CAEM et de la Fédération des équipes SOS Enfants), Kristof Desair (diverses structures de concertation de jeugdhulp in Vlaanderen), Hilde Lauwers (kindvriendelijk 1712), Anne-Marie Offermans (Société Scientifique de Médecine Générale), Patrick Schlessen (SOS Familles – Service de pédiatrie), Remy Vink (branche Néerlandaise de l'ISPCAN), Marc Vranckx (BESEDIM).
Honoraires ou autres compensations pour la rédaction d'une publication ou la collaboration à un tel travail : Anne-Marie Offermans (Recommandation de bonne pratique Maltraitance Infantile), Remy Vink (publications diverses sans conflit d'intérêts)
Participation à une étude scientifique ou expérimentale en qualité d'initiateur, de chercheur principal ('principal investigator') ou de chercheur : Anne-Marie Offermans (Recherche Fonds Houtman, 'L'enfant exposé à la violence entre partenaires'), Remy Vink (études diverse concernant la maltraitance mais sans conflit d'intérêts)
Consultance ou emploi dans une société, association ou organisation à laquelle les résultats de ce rapport peuvent apporter des gains ou des pertes : Anne-Marie Offermans (Société Scientifique de Médecine Générale), Kaat Peerenboom (tewerkstelling op het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling te Antwerpen), Marie-Joëlle Picas (employée à l'Equipe SOS-Enfants), Marie Thonon (employée à l'Administration générale de l'aide à la jeunesse), Remy Vink (prestations diverses concernant la maltraitance mais sans conflit d'intérêts)
Rémunération pour une communication, subside de formation, prise en charge de frais de voyage ou paiement pour participation à un symposium : Emmanuel de Becker (dans le cadre de conférence lors de journées d'étude, colloques), Johan Marchand (Symposia en pédiatrie – congres), Paul Spaens (Communication, Ethique, Holocaust - Recht en Politie - Politie)
Présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel/laquelle les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Emmanuel de Becker (responsable de l'unité Psychiatrie infanto-juvénile et de l'équipe SOS Enfants des Cliniques Universitaires Saint-Luc Bruxelles), Kristof Desair (Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Vlaams-Brabant), Jessica Seghers (responsable du service SOS Enfants), Marc Vranckx (Centre Hospitalier Universitaire de Charleroi – service d'urgence)
- Layout : Joyce Grijsseels, Sophie Vaes



Disclaimer :

- Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.
- Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.
- Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).
- Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.

Date de publication : 6 juin 2016
Domaine : Health Services Research (HSR)
MeSH : Child Abuse; Child Welfare; Domestic Violence; Child, Abandoned
Classification NLM : WA 325
Langue : Français
Format : Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal : D/2016/10.273/52
ISSN : 2466-6440
Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-rapports-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Vinck I., Christiaens W., Jonckheer P., Veereman G., Kohn L., Dekker N., Peremans L., Offermans A-M., Burzykowska A., Roland M. Comment améliorer la détection de la maltraitance infantile ? – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2016. KCE Reports 269Bs. D/2016/10.273/52.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.