

**Faculté de droit et de criminologie
École de criminologie**

Arrivée des Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles dans le secteur de l'aide à la jeunesse (dans la Belgique francophone) au regard des équipes SOS Enfants. Que dire de leur collaboration ?

Auteur : SAFY Marie

Promoteur : RENARD Bertrand

Année académique 2023-2024

Master en criminologie à finalité spécialisée : criminologie de l'intervention

Plagiat et erreur méthodologique grave

Le plagiat, fût-il de texte non soumis à droit d'auteur, entraîne l'application de la section 7 des articles 87 à 90 du règlement général des études et des examens.

Le plagiat consiste à utiliser des idées, un texte ou une œuvre, même partiellement, sans en mentionner précisément le nom de l'auteur et la source au moment et à l'endroit exact de chaque utilisation*.

En outre, la reproduction littérale de passages d'une œuvre sans les placer entre guillemets, quand bien même l'auteur et la source de cette œuvre seraient mentionnés, constitue une erreur méthodologique grave pouvant entraîner l'échec.

* A ce sujet, voy. notamment <http://www.uclouvain.be/plagiat>.

Remerciements

Je souhaite exprimer ma profonde gratitude envers toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

En premier lieu, je tiens à remercier Monsieur Renard, dont l'expertise et les précieux conseils ont été essentiels à la réalisation de ce travail.

Je remercie également tous les professionnels qui ont généreusement accepté de m'accorder leur temps, précieux et limité, pour partager leurs expériences au cours de nos entretiens.

Enfin, je tiens à adresser mes remerciements à mes parents, dont le soutien indéfectible m'a permis de mener à bien ces études. Sans leur encouragement et leur confiance, je n'aurais jamais eu l'opportunité d'entreprendre ce parcours académique.

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION.....	1
2	PARTIE THÉORIQUE	3
2.1	LA PROTECTION À LA JEUNESSE ÉVOLUTION	3
2.1.1	Évolution des politiques familiales et de protection de l'enfance : De la puissance paternelle à l'émergence de la législation protectrice.....	3
2.1.2	De la Guerre à l'État Providence : transformation de la protection de l'enfance en Belgique	6
2.1.3	Évolution des politiques de protection de la jeunesse : De la répression à la prévention..	7
2.1.4	Transformation des politiques de protection de la jeunesse : critiques des années 1970 aux réformes des années 1990.....	8
2.2	PRÉSENTATION DES ÉQUIPES SOS ENFANTS	12
2.2.1	Cadre légal.....	14
2.2.2	Le fonctionnement.....	15
2.2.3	Les spécificités des équipes SOS Enfants.....	16
2.2.3.1	La pluridisciplinarité.....	16
2.2.3.2	La confidentialité	17
2.2.3.3	L'aide thérapeutique	17
2.2.3.4	Le travail en réseau.....	18
2.2.4	Définition d'une situation de maltraitance.....	18
2.3	DÉFINITION DES VIOLENCES SEXUELLES	24
2.3.1	Le viol.....	26
2.3.2	Les mineurs.....	27
2.3.3	L'atteinte à l'intégrité sexuelle	27
2.3.4	L'inceste	28
2.4	DÉFINITION DES CENTRES DE PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES.....	30
2.4.1	La genèse	30
2.4.2	Les partenaires	33
2.4.2.1	Les partenaires primaires.....	33
2.4.2.2	Les partenaires secondaires	34
2.4.3	Le fonctionnement.....	34
2.5	PROBLÉMATIQUE.....	36
2.5.1	Prise en charge générale	36
2.5.2	Méthodologie de prise en charge.....	36
2.5.3	Rôles des spécialistes.....	36
2.5.4	Affiliation et temporalité.....	37

2.5.5	<i>Notion de collaboration</i>	37
2.5.6	<i>Collaboration interdisciplinaire</i>	38
2.5.6.1	L'interdépendance.....	38
2.5.6.2	Les activités professionnelles nouvellement créées	39
2.5.6.3	La flexibilité	39
2.5.6.4	La propriété collective des objectifs	39
2.5.6.5	La réflexion sur le processus	40
2.5.6.6	Rôle professionnel et identité	40
2.5.6.7	Caractéristiques structurelles	40
2.5.6.8	Perception des collaborateurs	41
2.5.6.9	Coordination et frictions.....	41
2.5.6.10	Caractéristiques personnelles.....	41
2.5.6.11	Historique de la collaboration.....	41
3	PARTIE EMPIRIQUE	43
3.1	MÉTHODOLOGIE	43
3.1.1	<i>Pourquoi avoir choisi l'entretien semi-directif?</i>	43
3.1.2	<i>L'échantillon</i>	44
3.1.3	<i>Les profils</i>	44
3.1.4	<i>Guide d'entretien</i>	46
3.1.5	<i>Méthode d'analyse des entretiens</i>	47
3.1.6	<i>Biais et limites</i>	47
3.2	ANALYSE DES RÉSULTATS.....	49
3.2.1	<i>L'organisation des équipes</i>	49
3.2.2	<i>La collaboration avec le réseau</i>	51
3.2.3	<i>La connaissance des CPVS</i>	54
3.2.4	<i>La perception</i>	55
3.2.4.1	La question de la preuve.....	55
3.2.4.2	L'autorité parentale partagée.....	56
3.2.4.3	Approche des CPVS.....	56
3.2.4.4	Le suivi.....	57
3.2.4.5	L'approche médical et juridique.....	58
3.2.4.6	L'accessibilité.....	59
3.2.4.7	CPVS : acteur supplémentaire	59
3.2.5	<i>La collaboration</i>	61
3.2.5.1	Les expériences collaboratives	61
3.2.5.2	La communication	62
3.2.5.3	Le processus de renvoi	62
3.2.5.4	Le CPVS comme outil de validation du vécu d'abus sexuels	63
3.2.5.5	Les réunions et protocole de collaboration.....	64
3.2.5.6	Feuille de liaison	65
3.2.5.7	Référent CPVS.....	65

3.3	MISE EN LIEN.....	66
3.3.1	<i>L'interdépendance.....</i>	66
3.3.2	<i>Les activités professionnelles nouvellement créées.....</i>	68
3.3.3	<i>La flexibilité.....</i>	68
3.3.4	<i>La propriété collective des objectifs.....</i>	69
3.3.5	<i>Réflexion sur le processus.....</i>	70
4	CONCLUSION.....	73
5	BIBLIOGRAPHIE	75

1 INTRODUCTION

Le 18 novembre revêt une importance particulière à l'échelle internationale ; il s'agit de la Journée mondiale pour la prévention et la guérison de l'exploitation, des atteintes et des violences sexuelles à l'encontre des enfants. Ces abus, d'une gravité immense, peuvent se produire dans divers lieux fréquentés par les enfants, tels que l'école, la rue, les réseaux sociaux, ou même le domicile d'un ami (Conseil de l'Europe, s.d.). Les conséquences de ces actes sont dévastatrices, tant sur le plan physique que psychologique, marquant ainsi à jamais les jeunes victimes (CIIVISE, 2023). Selon le Conseil de l'Europe, un enfant sur cinq est victime de violences sexuelles (Conseil de l'Europe, s.d.), un constat alarmant qui appelle à une réflexion approfondie et à une action concertée pour protéger les plus vulnérables de notre société. Face à l'ampleur et à l'urgence de cette problématique, il est impératif de se pencher sur les dispositifs mis en place pour aider ces enfants à se reconstruire et à retrouver une forme de normalité.

Depuis quelques années, la maltraitance infantile est devenue une préoccupation majeure dans de nombreux pays européens, suscitant une prise de conscience collective. Autrefois perçue comme un sujet intime et impénétrable, relevant exclusivement du cadre familial, la maltraitance des enfants est aujourd'hui un enjeu de société qui émeut et mobilise l'opinion publique (Guillaume et al., 2005). Ce changement de perspective a été renforcé par des affaires retentissantes qui ont marqué l'histoire récente, telles que l'affaire Dutroux, souvent surnommée "le monstre belge", dont l'horreur des actes a choqué le monde entier, ou encore l'affaire Fourniret, tristement célèbre en France mais ayant également sévi en Belgique. Ces affaires, parmi d'autres moins médiatisées (Châles-Courtine, 2011), ont contribué à mettre en lumière l'ampleur du phénomène et l'urgence de mettre en place des mécanismes de protection efficaces pour les enfants.

C'est dans ce contexte que les autorités belges ont décidé de s'attaquer de manière systématique à la question de la maltraitance infantile. Entre 1979 et 1984, une recherche-action impliquant quatre universités belges a été menée, mettant en évidence la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire pour prévenir et traiter ces violences. À la suite de cette recherche, le 29 avril 1985, les premières équipes SOS Enfants ont été créées, et

elles se sont multipliées sur l'ensemble du territoire belge. Ces équipes, composées de professionnels de diverses professions, ont pour objectif d'offrir une assistance complète et pluridisciplinaire aux enfants en situation de maltraitance (Gérard et Godinas, 2012).

Plusieurs décennies plus tard, en 2016, la Belgique ratifie la Convention d'Istanbul, qui, dans son article 25, stipule que "*Les Parties prennent les mesures législatives ou autres nécessaires pour permettre la mise en place de centres d'aide d'urgence pour les victimes de viols et de violences sexuelles.*" En réponse à cette obligation législative, l'État belge, en collaboration avec deux universités, a mis en place des Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles (CPVS), destinés à offrir une aide d'urgence aux victimes de violences sexuelles sans distinction d'âge (Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles, s.d.).

La création de ce nouvel acteur crée aussi une nouvelle intégration dans le paysage de l'aide à la jeunesse. Mais comment deux acteurs (CPVS et équipes SOS Enfants) ayant deux modes de fonctionnement différents arrivent à collaborer et au-delà de ça que peut-on dire de cette collaboration.

Ma question de recherche est donc la suivante : Arrivée des CPVS dans le secteur de l'aide à la jeunesse (dans la Belgique francophone) au regard des équipes SOS Enfants. Que dire de leur collaboration ?

Pour explorer cette question, j'ai mené une série d'entretiens qualitatifs (semi-directifs) avec des professionnels des CPVS et des équipes SOS Enfants, afin de mieux comprendre les dynamiques de leur collaboration. Ce mémoire est structuré en quatre parties principales : une revue de littérature pour situer le contexte de la recherche, une partie dédiée à la problématique, une section méthodologique détaillant le processus de collecte et d'analyse des données, et enfin, une analyse des résultats qui sera mise en perspective avec la littérature.

L'objectif de ce mémoire est d'analyser les modalités de la collaboration entre les CPVS et les équipes SOS Enfants. L'étude portera spécifiquement sur la perception des équipes SOS Enfants. Ce travail espère contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles dans le domaine de l'aide à la jeunesse.

2 PARTIE THÉORIQUE

Dans le cadre de l'analyse de la collaboration entre les équipes SOS Enfants et les CPVS, il est essentiel de commencer par présenter l'environnement dans lequel évoluent ces deux institutions. Je débiterai donc par une rétrospective de l'évolution du secteur de l'aide à la jeunesse. Ensuite, j'examinerai les équipes SOS Enfants et leur domaine de travail, à savoir la maltraitance. Puis, je définirai les violences sexuelles avant de terminer par une présentation des CPVS.

2.1 LA PROTECTION À LA JEUNESSE ÉVOLUTION

La question de recherche s'ancre dans le domaine complexe de l'aide à la jeunesse. Pour saisir pleinement les enjeux de celle-ci, il est indispensable de commencer par explorer l'évolution historique de ce secteur en Belgique. En effet, notre analyse porte sur la collaboration entre deux acteurs majeurs : d'une part les équipes SOS Enfants et d'autre part les CPVS, qui sont tous deux impliqués dans l'accompagnement des mineurs victimes de violences sexuelles. Une compréhension approfondie de l'évolution de ce domaine nous permettra de mieux appréhender le contexte dans lequel ces acteurs évoluent, d'autant plus que l'histoire de ce secteur a façonné la création et le développement de ces deux organisations.

Nous allons donc retracer cette évolution à travers plusieurs phases historiques significatives.

2.1.1 Évolution des politiques familiales et de protection de l'enfance : De la puissance paternelle à l'émergence de la législation protectrice

Pour commencer notre exploration, plongeons au XIXe siècle, une époque où la famille était vue comme un sanctuaire inviolable par l'État (Moreau, 2022). À cette époque, le principe de la puissance paternelle était omniprésent, soutenu par la loi et l'influence prépondérante de l'Église catholique (Cliche, 1997). Les naissances à cette époque se

caractérisaient par un nombre élevé et un taux de mortalité important, avec un enfant sur quatre qui ne survivait pas au-delà de sa première année (Gélis, 2021). De plus, les enfants n'étaient pas perçus comme ayant une importance particulière pour la société ; ce n'est qu'à l'âge de six ans, lorsqu'ils atteignaient l'âge de raison, qu'ils étaient considérés comme de petits adultes prêts à intégrer le monde du travail (Guillaume et al., 2005).

Sous cette logique patriarcale : le père détenait une domination sur sa femme et ses enfants (Lerner, 1986). Considéré comme un bon citoyen, il était présumé qu'il souhaitait que ses enfants le soient également : l'État n'avait pas de raison d'intervenir dans la famille, perçue comme bien gérée par l'autorité paternelle (Moreau, 2022). Toute tentative d'intervention extérieure pouvait être perçue comme une rivalité à cette dernière, rendant ainsi la famille impénétrable et supposément bien administrée (Le Clercq, 1999).

Cependant à la fin du XIXe siècle, des traités commencent à critiquer les méthodes éducatives basées sur le patriarcat (Galland, 1997). Néanmoins, aucune législation spécifique relative à la protection de la jeunesse n'existe à cette époque (Dupont-Bouchat, 2001). Dans ce contexte, c'est Jean Pic qui se distinguera en encourageant les parents à adopter un système éducatif basé sur la récompense et la punition, suscitant l'intérêt des classes sociales bourgeoises (Guillaume et al., 2005). Suite à ces différentes critiques, dans la seconde moitié du XIXe siècle, des doutes émergent quant à l'adéquation de l'éducation dispensée par certains pères, incitant plusieurs juges à invoquer l'intérêt de l'enfant pour intervenir dans la sphère familiale (Moreau, 2022). Ces débats conduisent progressivement à une prise de conscience sur l'importance de protéger les enfants, même au sein de la famille. C'est un premier pas vers des lois protégeant les enfants.

C'est à la fin du XIXe et au début du XXe siècle que des changements législatifs importants voient le jour en Belgique (Dupont-Bouchat, 2001). Bien que l'intérêt du mineur soit invoqué pour justifier ces lois, en réalité, l'intérêt collectif est en jeu. En effet, étant donné que ces enfants représentent les futures générations, il est crucial pour le bien-être futur de la communauté que celles-ci se développent harmonieusement (Moreau, 2022).

La première avancée notable survient en 1888 avec l'adoption d'une loi visant à protéger les enfants travaillant dans des professions ambulantes¹, première brèche, dans le mur de la domination paternelle (Guillaume et al., 2005).

En 1889, le ministre de la Justice Jules Lejeune propose un projet de loi ambitieux pour la protection des enfants, incluant des mesures telles que la déchéance paternelle, l'amélioration des poursuites contre les auteurs de crimes contre les enfants, et la mise en place d'un système pour les jeunes délinquants (Guillaume et al., 2005).

Toutefois, il faudra attendre vingt-trois ans pour voir ces mesures adoptées. Parallèlement, l'instruction obligatoire est introduite à la fin du XIXe siècle, marquant un tournant crucial dans la protection et l'éducation des jeunes (*ibid.*).

En revisitant l'évolution des politiques familiales et de la protection de l'enfance en Belgique, nous observons un parcours marqué par une transformation progressive des perceptions et des législations.

Ces évolutions témoignent d'une transformation des attitudes sociétales et législatives face à la protection de l'enfance. Elles révèlent une prise de conscience croissante de la nécessité de protéger les enfants, non seulement en tant que membres individuels de la société, mais aussi comme futurs acteurs de celle-ci. Le passage d'une vision paternaliste à une approche plus protectrice et inclusive marque ainsi une étape significative dans l'histoire de l'aide à la jeunesse en Belgique.

En conclusion, cette rétrospective historique met en lumière les bases sur lesquelles les politiques actuelles de protection de l'enfance reposent, offrant un contexte essentiel pour comprendre les dynamiques et les changements réalisés dans ce domaine au fil du temps.

¹ “Le colporteur est un petit commerçant ambulant et indépendant qui possède généralement un domicile fixe, mais pas d'établissement commercial et qui vend au détail, la plupart du temps de porte à porte, des marchandises qu'il transporte avec lui et qui ne lui ont pas été commandées.” (Jaumain, 1985, p.309).

2.1.2 De la Guerre à l'État Providence : transformation de la protection de l'enfance en Belgique

Cette seconde période est caractérisée par la Première Guerre mondiale, surnommée "la guerre de la famine" (Tanielian, 2012). En pleine crise économique et sociale, l'État déploie une série de mesures d'aide pour prévenir la famine qui sévit au sein des familles. Cette situation, dans laquelle l'accès aux aides alimentaires est désormais conditionné par une visite médicale obligatoire, entraîne un changement radical dans la perception de la santé infantile. Ce qui était autrefois une préoccupation privée devient une priorité publique, incitant les familles à consulter des médecins pour bénéficier de l'aide (Guillaume et al., 2005).

Vient alors la période de l'entre-deux-guerres, une période charnière où l'on constate que les acquis de la Première Guerre mondiale restent préservés. Cette période est marquée par la création de l'Œuvre Nationale de l'Enfance (ONE), le 5 septembre 1919. Cette création à caractère public représente une avancée majeure pour la Belgique, car les aides précédentes étaient principalement d'origine privée. La naissance de l'ONE signale un changement profond dans la logique de protection des enfants, marquant le passage d'une famille perçue comme intouchable à une famille ouverte à l'influence de politiques publiques, notamment en matière de santé (Masuy-Strooban, 2021).

Faisant suite à cette période économiquement difficile, une nouvelle guerre éclate, la Seconde Guerre mondiale, suivie de la libération. C'est après cette libération que le concept d'État providence émerge (Hassenteufel, 1996). Cette nouvelle approche se caractérise par une intervention accrue de l'État dans les sphères sociale et économique, prenant en charge des fonctions essentielles telles que la santé, l'éducation, le logement et la sécurité sociale. En assumant un rôle protecteur et de soutien envers ses citoyens, l'État providence transforme profondément les relations entre l'État, la société et les individus (Guillaume et al., 2005). Cette période marque ainsi une nouvelle ère, dans laquelle l'État occupe un rôle central au sein des familles, redéfinissant les contours de la protection de l'enfance.

En résumé, la période allant de la Première Guerre mondiale à l'émergence de l'État providence a été déterminante dans l'évolution de la protection de l'enfance en Belgique. La guerre a d'abord transformé la santé infantile en une priorité publique, suivie par la

création de l'Œuvre Nationale de l'Enfance qui a marqué une avancée significative dans la protection des enfants. Enfin, l'avènement de l'État providence a consolidé le rôle de l'État dans la vie des familles, affirmant une approche intégrée de soutien et de protection qui redéfinit les relations entre les institutions publiques et les citoyens. Cette transformation illustre un changement profond dans la manière dont la société belge perçoit et prend en charge le bien-être de ses jeunes générations.

2.1.3 Évolution des politiques de protection de la jeunesse : De la répression à la prévention

Abordons ici la troisième grande période de l'évolution de l'aide à la jeunesse en Belgique. La protection de la jeunesse a connu une transformation majeure, passant d'une approche répressive à une approche préventive. En 1945, la création d'un service spécifiquement dédié aux jeunes marque un tournant important (Menschaert, 1998). Bien que cette initiative visait à structurer l'aide pour les jeunes, elle a été critiquée pour son manque de soutien étatique véritable, se limitant à organiser les aides volontaires existantes (*ibid.*).

Toutefois, cette époque voit l'émergence d'une conscience collective croissante quant à l'importance de protéger les jeunes, en reconnaissance de leur rôle crucial dans l'avenir de la société (Guillaume et al., 2005).

Pour la première fois, un réseau de protection à la jeunesse a émergé (David et al., 2012). Cependant, malgré les efforts de communication entre les différents intervenants, la collaboration reste complexe, souvent marquée par la concurrence et la méfiance dues aux questions de financement et aux divergences idéologiques (Guillaume, 2014). La collaboration entre les acteurs de la protection de la jeunesse révèle ainsi des défis significatifs. En ce qui concerne le cadre judiciaire, la première loi sur la protection de l'enfant, promulguée en 1912, a suscité des critiques. Fondée sur une approche répressive, celle-ci ne permettait qu'une intervention postérieure à un délit, et donc les juges se trouvaient souvent confrontés à des besoins élevés avec des ressources limitées (Guillaume et al., 2005).

En 1965, apparaît une réforme législative. Ce nouveau cadre législatif se distingue par son approche préventive, en intégrant les progrès des services médico-psycho-sociaux

(Guillaume et al., 2005). Contrairement à la loi de 1912, elle permet une intervention avant qu'une infraction ne soit commise (logique préventive), offrant une aide aux jeunes à risque, qu'ils aient ou non commis un délit (Baeselen et de Fraene, 2000). La réforme de 1965 introduit également une distinction entre les mineurs délinquants et les mineurs victimes de carences familiales, tout en veillant à ce qu'aucune différence de régime ne soit faite entre eux. L'accent est mis sur la protection plutôt que sur la punition, considérant l'acte délinquant comme un symptôme d'un problème de socialisation chez le jeune. De plus, la loi modifie l'âge de la majorité pénale de seize à dix-huit ans, offrant ainsi une protection renforcée aux jeunes mineurs considérés comme étant en état de non-discernement (*ibid.*).

Cette nouvelle législation comporte ainsi deux volets principaux : la protection sociale et la protection judiciaire. Elle mobilise des techniques psychosociales pour mettre en place une aide consentie et collaborative avec les parents, favorisant ainsi une forme d'aide non contraignante. Le but étant de réduire le nombre de placements en privilégiant l'aide au sein de la famille plutôt qu'une intervention du Tribunal de l'aide à la jeunesse (Guillaume et al., 2005). L'architecture de la loi se structurait ainsi : en première ligne, la famille ; en deuxième, la protection sociale ; et en dernier recours, la protection judiciaire. Cette nouvelle approche met l'accent sur la protection de l'enfant, contrairement aux législations précédentes qui se focalisèrent davantage sur le bien-être de la société et la formation de "bons" citoyens pour des objectifs sociétaux (*ibid.*). Par le biais de l'État providence, l'intégration de l'État dans les familles ne se faisait plus seulement par la santé, mais aussi par les fonctions sociales, marquant ainsi une nouvelle ère dans la protection et l'encadrement des jeunes.

2.1.4 Transformation des politiques de protection de la jeunesse : critiques des années 1970 aux réformes des années 1990

Au début des années 1970, la loi de 1965 fait l'objet de sévères critiques. Les espoirs placés dans cette législation, censée favoriser l'aide plutôt que la pénalisation, semblent montrer ses limites. En pratique, la majorité des dossiers finissent entre les mains des juges, et les placements d'enfants deviennent monnaie courante, contredisant ainsi les objectifs initiaux (Bartholomé et Vallée, 1988). Quatre principaux problèmes émergent de cette situation.

- Premièrement, la judiciarisation contraignante a triplé, concentrant les budgets sur les placements plutôt que sur des alternatives. Les comités de protection de la jeunesse (CPJ), censés jouer un rôle psychosocial, sont critiqués pour leur inefficacité, renforçant une logique répressive au lieu de soutenir l'évolution des pratiques d'aide (Somerhausen, 1976).
- Deuxièmement, le CPJ, normalement perçu comme un acteur psychosocial, est accusé de maintenir un lien trop direct avec le système judiciaire, entraînant une judiciarisation excessive des affaires (CEDJ, 1974). Les tribunaux, confrontés à des situations relevant de l'aide sociale comme la pauvreté, préfèrent souvent opter pour des placements plutôt que pour une aide (Blondeel, 1979), adoptant ainsi une logique de contrôle social plutôt que de protection (Tulkens et Moreau, 2000).
- Troisièmement, dans près de huit cas sur dix, les mesures provisoires débouchent sur un placement des mineurs, soulignant l'incapacité à explorer des solutions alternatives plus favorables aux enfants (Baeselen et de Fraene, 2000).
- Enfin, quatrièmement le manque de moyens alloués à la mise en œuvre des principes protecteurs de la loi est un problème majeur : les juges de la jeunesse sont submergés de dossiers et les places en milieu ouvert manquent (Blondeel, 1979).

Ces critiques mettent en lumière les contradictions et les défis liés à l'application des politiques de protection de la jeunesse, soulignant le besoin urgent de réévaluer les pratiques et de mieux allouer les ressources pour véritablement soutenir les jeunes à risque.

Mais ce n'est pas tout pour les années 1970 car celles-ci voient également émerger deux concepts majeurs en criminologie, apportant des changements significatifs dans la perception de la délinquance : l'interactionnisme symbolique et la théorie de la réaction sociale. Selon l'interactionnisme symbolique (Blumer, 1969), la société est façonnée par de multiples niveaux d'interactions, qui définissent les réalités sociales (Lacaze, 2013). La théorie de la réaction sociale, de Becker (1963), remet en question la notion traditionnelle de déviance, affirmant que les comportements déviants ne sont pas intrinsèquement déviants mais jugés comme tels par la société en fonction de ses normes, valeurs et attentes. Cette théorie évoque les effets de l'étiquetage social, pouvant mener à la marginalisation ou à la criminalisation accrue d'un individu (Lacaze, 2008).

Ces concepts introduisent une nouvelle manière d'appréhender la déviance, mettant en exergue le rôle de la société dans sa construction et le passage d'une logique causale à une compréhension plus complexe du crime comme phénomène dynamique résultant des interactions sociales (Baeselen et de Fraene, 2000).

Dans les années 1980, une évolution majeure se produit avec la communautarisation de l'aide à la jeunesse. En 1991, l'ONE - devenue l'Office de la Naissance et de l'Enfance- est transférée à la Communauté française par le décret du 4 mars 1991. Celle-ci réorganise le secteur de l'aide à la jeunesse en ciblant non seulement les jeunes mais aussi leurs familles (Guillaume et al., 2005).

Le décret instaure le concept de déjudiciarisation, introduisant des Services d'Aide à la Jeunesse (SAJ) dans chaque arrondissement. Ceux-ci, axés sur une approche protectionnelle et collaborative, orientent les jeunes et leurs familles vers d'autres organismes de première ligne pour fournir une assistance protectrice (Décret relatif à l'Aide à la Jeunesse, 1991). Ce décret s'inscrit dans la mise en œuvre de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant, ratifiée par la Belgique le 20 novembre 1989. Cette Convention, en reconnaissant les enfants comme des sujets de droit, pousse les États à réviser leurs politiques de protection de l'enfance (Baeselen et de Fraene, 2000). Sur le plan opérationnel, le décret prévoit que les acteurs de première ligne (PMS², CPAS³, AMO⁴, etc.) peuvent solliciter l'intervention du SAJ en cas de difficultés non résolues. En cas de refus de coopération, le conseiller peut, s'il estime la situation préoccupante et que le jeune a plus de quatorze ans, saisir le juge de la jeunesse. Celui-ci, par le biais du Service de Protection de la Jeunesse (SPJ), peut décider d'imposer une aide à la famille et au jeune. Cette assistance peut aller jusqu'à retirer l'enfant de sa famille, le placer en autonomie s'il a 16 ans, ou lui fournir un accompagnement éducatif (Guillaume et al., 2005 ; Décret relatif à l'Aide à la Jeunesse, 1991).

Pour résumer, le décret repose sur les principes fondamentaux suivants : 1) Il souligne le caractère complémentaire de l'aide spécialisée, organisée selon une hiérarchie de services. 2) Il accorde une priorité à la prévention. 3) La déjudiciarisation est favorisée en encourageant la collaboration avec les familles dans la mesure du possible. 4) Il met en

² Centres psycho-médico-sociaux

³ Centre public d'action sociale

⁴ Service d'action en milieu ouvert

avant le maintien du jeune au sein de sa famille autant que possible, le placement étant envisagé en dernier recours. 5) Enfin, la réponse aux besoins des jeunes et de leurs familles doit être assurée à la fois par des services publics et des initiatives privées, tout en encadrant l'accès aux subventions (Guillaume et al., 2005).

On constate donc l'évolution de la protection de l'enfance en Belgique est marquée par une transformation progressive des perceptions et des législations et est façonnée par des contextes historiques, sociaux et politiques variés. Depuis le XIX^e siècle, période à laquelle la famille était considérée comme une entité inviolable sous la domination paternelle, jusqu'à l'avènement de politiques publiques visant à protéger les enfants, plusieurs progrès ont été observés. Ce retour en arrière historique offre un contexte essentiel pour comprendre les dynamiques actuelles de la protection de l'enfance en Belgique. Les évolutions législatives et institutionnelles ont jeté les bases sur lesquelles des entités comme SOS Enfants et les CPVS opèrent aujourd'hui. Une compréhension approfondie de ce contexte historique permet de mieux appréhender les défis et les opportunités de collaboration entre ces acteurs, cruciaux pour améliorer l'accompagnement des mineurs victimes de violences sexuelles. Ce parcours montre un désir de tendre vers une approche plus intégrée et collaborative, jugée nécessaire pour répondre aux besoins complexes des enfants et des familles dans le cadre moderne de la protection de l'enfance.

2.2 PRÉSENTATION DES ÉQUIPES SOS ENFANTS

Les équipes SOS Enfants émergent dans cette dynamique évolutive de la protection de l'enfance. Elles ont été créées en réponse aux transformations législatives et aux besoins croissants d'une prise en charge spécialisée des mineurs en danger. En explorant l'évolution des équipes SOS Enfants au fil du temps et en analysant leurs pratiques en détail, nous pouvons mieux saisir leur fonctionnement et les opportunités de collaboration avec les CPVS.

Ainsi, comme susmentionné, dans les années 80, la Belgique a connu des modifications significatives en matière d'aide à la jeunesse. La manière d'aborder la criminalité a changé, et la protection des enfants est devenue une préoccupation nationale. Cette évolution ne s'est pas limitée à la sphère législative, car dans le milieu scientifique, les travaux du Dr. Kempe, en collaboration avec Silverman et Steele (Kempe, Silverman, et Steele, 1962), ont mis en lumière le syndrome de l'enfant battu, marquant ainsi le début de la sensibilisation à la maltraitance infantile (SOS Enfants Tournai-Mouscron, 2022). Ce syndrome décrit non seulement les blessures subies par les enfants, mais aussi le comportement des parents, permettant au secteur médical de jouer un rôle crucial (Kirton, 1999). En conséquence, les pédiatres se sont vus attribuer de nouvelles missions (Serres, 2004). Cette prise de conscience a évolué au fil du temps, entraînant une mobilisation croissante pour le dépistage, la prévention et le traitement de la maltraitance (SOS Enfants Tournai-Mouscron, 2022).

Nous nous retrouvons à une période où l'aide à la jeunesse devient une compétence de la Communauté française, dont le souhait est de déjudiciariser cette aide. Dans ce contexte, une recherche-action est mise en place entre 1979 et 1984 par des équipes universitaires belges (UCL, ULB, Université d'Anvers, Université de Liège) et est financée par l'ONE (Beague, 2015). Les premières observations de cette recherche sont triples : *“les conséquences physiques des maltraitements, la prévention périnatale et les aides thérapeutiques aux enfants et à leur famille”* (Fédération des Equipes SOS Enfants, 2012 cité par Gerard et Godinas, 2012, p.549).

Pourquoi est-il nécessaire d'effectuer de la prévention périnatale ? Des recherches indiquent qu'un nombre significatif d'enfants ne bénéficient jamais d'une intervention pour des cas de maltraitance (Gilbert et al., 2009).

Un garçon de quatre ans a été retrouvé mort à son domicile de Stains, [...] son corps présentait des traces d'ecchymoses et de brûlures, selon une source proche de l'enquête, qui ont conduit au placement en garde à vue de la mère et du beau-père. Des traces de maltraitance ont été découvertes sur tout son corps (Monforta, 2024).

“La mère et le beau-père de Lisa ont reconnu avoir maltraité la petite fille de 3 ans. Selon le rapport d'autopsie, le corps présentait de nombreuses traces d'hématomes anciens.” (Traino et Descours, 2023). Capelier (2012) évoqua Marina, une fillette de huit ans, décédée des suites de violences parentales malgré les signalements répétés aux autorités, dont le dossier a été classé sans suite à plusieurs reprises.

Ces exemples mettent en lumière le nombre important de cas de maltraitance infantile qui restent sans réponse appropriée, et pouvant entraîner un destin peu souhaitable pour ces enfants. Face à cette réalité, la prévention périnatale apparaît comme une solution viable. Permettant ainsi aux professionnels de la santé de se former sur la question et ainsi de repérer les familles potentiellement à risque et cela même avant la naissance de l'enfant. Ce travail peut être poursuivi après la naissance, grâce, notamment, à des visites médicales régulières pour les enfants en bas âge (Tursz, 2018).

Mais revenons à la recherche-action. La mise en place de cette recherche montre que, pour une prise en charge optimale des situations de maltraitance et afin d'améliorer la prévention de ce phénomène dans le but de l'endiguer, il est nécessaire de mettre en place une équipe pluridisciplinaire (Gérard et Godinas, 2012). En effet, *"l'interdisciplinarité nous permet d'avoir une connaissance plus enrichie du sujet étudié"* (Tonnetti et Lentillon-Kaestner, 2019, p.10). Suite à la mise en place de cette recherche action et grâce à l'aide de différents médecins, c'est en octobre 1979 que la première équipe pluridisciplinaire voit le jour. En 1985, un décret a permis la reconnaissance officielle de ces équipes. Ces équipes ont alors commencé à se multiplier dans la zone de la Communauté française, étant donné qu'elles disposaient désormais d'un cadre légal pour

effectuer ce qui sera qualifié d'"équipes pluridisciplinaires spécialisées dans la prévention et le traitement des situations de maltraitance" (Gérard et Godinas, 2012 ; Beague, 2015, p.17).

Les missions attribuées par ce décret sont estimées "très étendues" :

Information et formation des professionnels, du public, des autorités concernées, prévention des mauvais traitements, prise en charge médico-psychosociale des familles maltraitantes en intervenant sur demande de toute personne, institution ou organisme qui a connaissance ou qui suspecte l'existence de mauvais traitements, de privations ou de négligence dont est victime l'enfant. (Beeckmans, 1994 cité par Gérard et Godinas, 2012, p.550).

Les équipes ont désormais la possibilité de gérer des affaires de maltraitance par le biais de méthodes psychosociales sans passer par la case justice. Le but étant toujours, conformément au contexte historique et des idées sur l'aide à la jeunesse de l'époque, de privilégier la prévention (Gérard et Godinas, 2012). Elles sont désormais au nombre de quatorze réparties sur le territoire belge (Office de la Naissance et de l'Enfance, s.d.).

2.2.1 Cadre légal

Suite à de nombreux ajouts et modifications, c'est désormais le décret du 12 mai 2004 qui régit ces équipes. Les principes adoptés lors de ces différentes évolutions les spécialisent dans les situations de maltraitance et les relient directement à l'ONE notamment par le biais de subsides. La notion de confidentialité est abordée et donc les travailleurs de ces équipes sont soumis à la juridiction du secret professionnel. Les relations avec les différents acteurs du paysage de l'aide à la jeunesse sont également régies (Beague, 2015). Les équipes ont pour mission d'assurer la prévention individuelle et le traitement des situations de maltraitance, d'établir un bilan pluridisciplinaire de la situation de l'enfant et de son milieu familial, et de veiller à apporter une aide appropriée à l'enfant victime ou en situation de risque de maltraitance (SOS Enfants Tournai-Mouscron, 2022).

2.2.2 Le fonctionnement

Les équipes représentent des espaces flexibles d'intervention, permettant d'être un lieu de confession pour les enfants mais aussi d'aide pour les parents et professionnels sans devoir passer nécessairement par la case justice. Comme évoqué précédemment, chaque équipe SOS Enfants fonctionne de manière pluridisciplinaire, rassemblant des professionnels qualifiés chacun dans leurs domaines (SOS Enfants Verviers, s. d.). Selon l'article 11 du décret du 12 mai 2004. Les équipes sont composées d'un médecin généraliste/pédiatre, un médecin pédopsychiatre/psychiatre pour adultes, un juriste, un assistant social, un psychologue clinicien, un secrétaire administratif ainsi qu'un coordinateur d'équipe (Décret fixant le statut des membres du personnel administratif, du personnel de maîtrise, gens de métier et de service des établissements d'enseignement organisé par la Communauté française, 12 mai 2004). Grâce à cela, la prise en charge à la fois juridique, médicale, psychologique, sociale et psychiatrique est assurée (Communauté française de Belgique, s.d.). Dans le même décret (articles 17 et 18), il est mentionné que les collaborateurs de terrain doivent suivre des formations annuelles afin de demeurer spécialisés dans les cas de maltraitance (Décret fixant le statut des membres du personnel administratif, du personnel de maîtrise, gens de métier et de service des établissements d'enseignement organisé par la Communauté française, 12 mai 2004). Une autre caractéristique des équipes est leur investissement dans différents systèmes de coordination. En effet, elles sont impliquées dans divers projets tels que le Comité de projets institué par l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française visant à coordonner la prévention de la maltraitance en Fédération Wallonie-Bruxelles, plus connu sous le nom de "Yapaka". De plus, elles participent au comité de pilotage du service Écoute-Enfants, au Conseil communautaire de l'aide à la jeunesse Child Focus gérant les disparitions d'enfants ainsi que les problèmes liés aux réseaux de prostitution infantile et à la pédopornographie. Les cas d'enfants abusés sexuellement dénoncés à Child Focus sont réorientés vers les équipes SOS Enfants (Office de la Naissance et de l'Enfance, s.d.).

Les équipes fonctionnent à travers l'établissement d'un bilan pluridisciplinaire de la situation de l'enfant et de son milieu familial. Étant non mandatées, elles bénéficient d'une flexibilité dans leur approche. Leur travail se divise en trois missions principales (SOS Enfants Liège, 2010). La première phase est celle de l'analyse de la demande. Les équipes sont sollicitées par des particuliers ou d'autres professionnels tels que des hôpitaux ou des

centres PMS. L'assistant social écoute et considère les inquiétudes de la personne. Ensuite, vient la seconde phase d'évaluation et de diagnostic. L'objectif est de comprendre les dynamiques familiales en jeu. L'enfant est rencontré par un psychologue tandis que les adultes détenteurs de l'autorité parentale sont pris en charge par l'assistant social, en plus des professionnels qui gravitent autour de l'enfant, comme l'école ou le pédiatre. Dans la dernière et troisième phase, les équipes élaborent le projet thérapeutique. Celui-ci prend forme lors de réunions pluridisciplinaires au cours desquelles chaque professionnel apporte son expertise pour concevoir un plan d'aide adapté à la famille et au jeune (Office de la Naissance et de l'Enfance, s.d.). Il existe également un protocole de collaboration entre les équipes SOS Enfants et les SAJ/SPJ, permettant à tous de travailler main dans la main sur un dossier sollicité par l'une ou l'autre partie (*ibid.*).

Une dernière mission existe, plus particulière, celle-ci souligne l'engagement des équipes dans le domaine des connaissances scientifiques pour la prévention et le traitement de la maltraitance. À cet effet, les équipes développent des actions spécifiques telles que des groupes de parole, des conférences, des sessions de sensibilisation auprès d'autres acteurs et du réseau d'aide à la jeunesse, ... (Office de la Naissance et de l'Enfance, s.d.).

2.2.3 Les spécificités des équipes SOS Enfants

2.2.3.1 La pluridisciplinarité

Comme évoqué précédemment les équipes SOS Enfants se distinguent principalement par leur caractère pluridisciplinaire, regroupant une diversité de métiers et d'approches nécessaires à leur fonctionnement interdépendant. Chaque décision est prise collectivement lors de réunions d'équipe, sans qu'aucun membre ne prenne une décision individuelle. Cela garantit une répartition équitable des responsabilités et favorise une approche collaborative dans la gestion des rendez-vous (SOS Enfants BW, 2020). La pluridisciplinarité au sein de l'équipe représente un avantage significatif, offrant un fondement qui empêche les travailleurs de se retrouver dans un rôle de sauveur et de prendre en charge toutes les responsabilités individuellement. De plus, elle favorise la possibilité de discuter et de concevoir des approches alternatives à celles généralement utilisées de manière isolée. Cette diversité permet d'améliorer l'approche des cas de maltraitance en élargissant les compétences de chacun et en élevant la perspective au-delà

de leur spécialisation initiale (Agrali, 2018). Par exemple, une assistante sociale pourrait enrichir son approche en intégrant des aspects psychologiques qu'elle n'aurait pas explorés si elle travaillait seule.

Toutefois, la pluridisciplinarité au sein de l'équipe peut présenter des avantages tout en engendrant des défis potentiels. En effet, elle exige une adaptation constante des méthodes de travail, ce qui entraîne une remise en question régulière des pratiques. Cette dynamique peut parfois susciter des conflits internes qui nécessitent une gestion proactive. De plus, la présence d'un coordinateur est nécessaire pour organiser les efforts au sein de l'équipe pluridisciplinaire (Barlet, 2015). Ce rôle supplémentaire ajoute une complexité au poste de directeur, qui doit également assumer les fonctions traditionnelles de gestion. Enfin, la communication joue un rôle essentiel dans la synchronisation des actions (SOS Enfants BW, 2020).

2.2.3.2 La confidentialité

La confidentialité est primordiale au sein des équipes et est régie par l'article 458 du Code Pénal, relatif au secret professionnel. Elles sont également tenues au secret professionnel partagé, permettant le partage d'informations dans le respect des dispositions légales (458 et 458bis) et sous certaines conditions (Code pénal, 1867). En effet, ces informations peuvent être communiquées dans l'intérêt de l'enfant, à un collaborateur indispensable partageant les mêmes objectifs, ou uniquement dans la mesure nécessaire pour l'intérêt de la personne concernée (Office de la Naissance et de l'Enfance, 2020). Étant donné que les équipes travaillent en coopération avec les familles sur la base du consentement, il est impératif de réguler juridiquement la confidentialité afin de protéger leurs informations personnelles.

2.2.3.3 L'aide thérapeutique

Comme précédemment mentionné, les équipes SOS Enfants s'engagent à fournir une aide spécialisée médico-psycho-sociale. Leur objectif principal est donc d'intervenir auprès de la famille et de l'enfant, en collaborant avec d'autres professionnels spécialisés si besoin (Office de la Naissance et de l'Enfance, s.d.). Leur prise en charge vise à offrir des soins et à favoriser la réparation de l'enfant et de sa famille, avec pour objectif de rétablir la place de chacun au sein de la cellule familiale. Pour cela, ils se concentrent sur les

dynamiques familiales (*ibid.*). Il est fréquent que des tensions violentes et pulsionnelles s'installent progressivement au sein des familles. Pour prévenir ces situations et favoriser un apaisement émotionnel, il est essentiel de recourir à l'aide de professionnels, permettant de redéfinir les rôles de chacun (Tamian, 2017).

L'intervention vise également à empêcher la transmission transgénérationnelle de comportements abusifs. En tant qu'êtres humains, notre développement est profondément influencé par les groupes auxquels nous appartenons, tels que la famille, qui joue un rôle crucial comme espace transitionnel (Winnicott, 1975). Ces groupes ne sont pas seulement des entités externes ; ils façonnent nos pensées, nos émotions et nos comportements (Rouchy, 2009). Ainsi, les groupes parentaux exercent une influence prédominante dans la transmission des valeurs à l'enfant (Sabatier, 2013). Il est donc essentiel que les équipes gèrent efficacement les situations afin d'éviter la reproduction de schémas dysfonctionnels au sein des familles à l'avenir.

2.2.3.4 Le travail en réseau

Un réseau d'aide à la jeunesse a été établi pour soutenir les familles sur tous les aspects problématiques, qu'ils soient d'ordre scolaire, social, ou autre. Il est donc essentiel pour les équipes SOS Enfants de développer un travail en réseau, impliquant la rencontre avec la famille ainsi qu'avec les différents intervenants de la jeunesse qui gravitent autour d'elle. En cas de mise en place préalable d'un service, une collaboration étroite est établie avec ces acteurs. L'objectif est d'appréhender la problématique de la maltraitance de manière holistique, en prenant en compte divers aspects, d'où l'importance de solliciter les partenaires impliqués, comme par exemple les écoles, pour mettre un terme à ces situations (Office de la Naissance et de l'Enfance, s.d.).

2.2.4 Définition d'une situation de maltraitance

Les équipes SOS Enfants ont pour mission d'assurer la prévention individuelle et le traitement des situations de maltraitance (article 3, § 1, décret relatif à l'Aide aux enfants victimes de maltraitance, 2004).

Définir la maltraitance est complexe, car elle varie selon les perceptions au sein de la population. Mais nous allons nous baser sur la définition de l'Observatoire de l'Action Sociale Décentralisée (2001), il existe trois types d'enfants :

- L'enfant en risque de maltraitance : tout enfant connaissant des conditions d'existence qui mettent en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, sans pour autant être maltraité ;
- L'enfant maltraité : tout enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violence psychologique, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ;
- L'enfant en danger : catégorie regroupant les deux précédentes.

Cette définition est intéressante car elle introduit la notion de risque de maltraitance, obligeant à envisager une nouvelle perspective : la prévention primaire. Cette approche, qui n'était pas explorée dans les années 80, représente un changement de paradigme notable (Tursz, 2018).

La littérature internationale montre que la maltraitance infantile ne se limite pas aux seules conséquences physiques (Miller, 1984). En 1969, le psychiatre anglais John Bowlby a mis en lumière sa théorie de l'attachement, soulignant le rôle parental pour le bon développement de l'enfant. Celui-ci incarne alors un lien sécurisant destiné à la croissance et à l'épanouissement (Dugravier et Barbey-Mintz, 2015). L'importance de ce lien parent-enfant met en évidence les carences affectives et psychologiques comme des formes de maltraitance à part entière. Mary Ainsworth (1978), collaboratrice de Bowlby, a ensuite identifié différents styles d'attachement. En 1978, en réalisant des expériences de séparation et en évaluant les réactions des enfants face à la figure d'attachement. Mais c'est George, Main et Kaplan (1991) qui ont défini quatre types d'attachement (George, Main, et Kaplan, 1991, cité par Dugravier et Barbey-Mintz, 2015, pp. 19-20) :

L'attachement de type sécure. Il s'accompagne, chez l'enfant, d'une meilleure estime de soi et de la capacité de faire appel lorsqu'il en a besoin. Il favorise également la capacité d'exploration. L'enfant manifeste une forme de protestation lors des séparations et accueille sa mère avec plaisir, à son retour.

L'attachement de type insécure évitant. L'enfant ne fait pas appel à autrui au fur et à mesure que son stress augmente. Il a tendance à masquer sa détresse

émotionnelle, ou à se sentir invulnérable, et à considérer que l'on ne peut pas faire confiance aux autres. Il essaie de garder le contrôle dans les situations de détresse en diminuant la réactivité du système d'attachement et en réduisant ses signaux de détresse en direction des parents.

L'attachement de type insécure ambivalent ou résistant. L'enfant se montre très ambivalent en situation de stress, comme s'il résistait à son besoin d'être réconforté. Il adopte une stratégie visant à renforcer le fonctionnement du système d'attachement et de ses signaux. Il manifeste de la détresse lors de la séparation, alternant entre la recherche de contact et le rejet coléreux, et éprouve des difficultés à être réconforté.

L'attachement désorganisé : il s'agit d'enfants qui, typiquement, se figent dans une posture évoquant l'appréhension et la confusion. La séquence temporelle, chez ces enfants, donne une impression de désorganisation ; des comportements apparemment opposés sont exprimés simultanément (comme s'approcher en détournant la tête) ; les mouvements semblent incomplets et l'expression des affects mal dirigée. On parle d'enfants désorientés-désorganisés. Il s'agit, pour beaucoup, d'enfants victimes de maltraitance ou témoins de violence ; c'est-à-dire d'enfants dont les figures d'attachement sont elles-mêmes terrifiées et/ou terrifiantes.

Ces théories mettent en lumière les besoins fondamentaux de l'enfant ainsi que les conséquences relatives aux traitements qui ne respectent pas ces besoins (Dugravier et Barbey-Mintz, 2015).

Définissons maintenant la maltraitance telle qu'envisagée par les équipes SOS Enfants. L'article 1, 4°, du décret du 12 mai 2004, définit une situation de maltraitance comme toute situation de violences physiques, de sévices corporels, d'abus sexuels, de violences psychologiques ou de négligences graves qui compromettent le développement psychologique ou affectif de l'enfant ; une attitude ou un comportement maltraitant peuvent être intentionnels ou non (Décret relatif à l'Aide aux enfants victimes de maltraitance, 2004). Ajoutant à cela l'article 1, 1°, du même décret qui précise que l'enfant se comprend comme toute personne âgée de moins de dix-huit ans (*ibid.*).

Il est crucial de noter qu'il existe une gradation continue dans chaque catégorie de maltraitance, allant de formes bénignes à des formes extrêmes. La gravité est influencée par la durée, la fréquence et l'intensité des actes, ainsi que par leurs conséquences (Gérard, 2014). Il est évident qu'un acte violent isolé peut avoir des conséquences variables en fonction des circonstances et des blessures subies. Cependant, soulignons la règle générale selon laquelle la maltraitance est un processus dont la gravité augmente, parfois rapidement. Bien qu'elle puisse s'arrêter spontanément sans causer de dommage majeur, cette éventualité est, selon Gérard (2014), rare en l'absence d'une intervention extérieure.

De fait, la maltraitance des enfants englobe plusieurs grandes catégories : 1. Maltraitance physique 2. Négligence grave 3. Maltraitance sexuelle 4. Maltraitance psychologique 5. Maltraitance institutionnelle 6. Situation à risque. Penchons-nous sur celles-ci :

1. La maltraitance physique peut être définie comme *“tout traumatisme physique non accidentel infligé aux enfants comme les coups (hématomes, ecchymoses), les fractures, les morsures, les brûlures ou encore les violences dont témoigne le syndrome du bébé secoué.”* (Beague, 2015, p.19).
2. La négligence grave vise *“une situation de carence qui risque de compromettre le développement somatique et psychologique de l'enfant. Elle peut constituer en des sévices par omission sur différents plans : l'alimentation, la surveillance, l'hygiène, les soins médicaux, etc.”* (Beague, 2015, p.19)
3. La maltraitance sexuelle comprend *“la participation d'un enfant [...] à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées à son âge [...], qu'il subit sous la contrainte par violence ou séduction ou qui transgressent les interdits fondamentaux concernant les rôles familiaux.”* (Beague, 2015, p.19)
4. La maltraitance psychologique concerne notamment

Les interactions négatives à l'encontre d'un enfant, son dénigrement systématique, le rejet, les menaces, le chantage affectif, l'humiliation, les insultes répétées, les menaces d'abandon, les critiques constantes, l'absence d'attention bienveillante, le déni des besoins fondamentaux ou de l'existence même de l'enfant, son aliénation dans les situations conflictuelles entre parents. (Beague, 2015, p.19)

5. La maltraitance institutionnelle vise *“les cas où les pratiques de l’aide et de la protection apportées à l’enfant deviennent maltraitantes, notamment lorsqu’elles ne respectent pas le rythme, les besoins et les droits de l’enfant et de sa famille.”* (Beague, 2015, p19)
6. Une dernière forme de maltraitance à considérer est celle d’une situation à risque par dans laquelle l’enfant subit *“des conditions d’existence risquant de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité ou son éducation.”* (Beague, 2015, p.19).

Pour comprendre la maltraitance infantile, il faut d’abord se pencher sur ce que sont les besoins fondamentaux de l’enfant. Les enfants ont en effet, des besoins cruciaux, désignés comme méta-besoins. Ceux-ci incluent *“le besoin d’établir des relations affectives stables avec des personnes ayant la capacité et étant disposées à porter attention et à se soucier des besoins de l’enfant”* (Lacharité et al., 2006, p. 382). Ces méta-besoins sont indispensables à la satisfaction d’autres besoins essentiels tels que l’exploration, l’identité et l’estime de soi, qui ne peuvent être pleinement comblés que dans un climat sécuritaire (Commission indépendante sur l’inceste et les violences sexuelles faites aux enfants, 2023). Ceux-ci vont être envisagés selon deux dimensions. Premièrement, les besoins physiologiques et de santé, qui conditionnent un développement optimal de l’enfant à travers des pratiques telles que l’hygiène, le sommeil et l’accès aux services de santé, à une alimentation, et à un habillement adéquat, etc. (*ibid.*). Deuxièmement, il est essentiel de répondre aux besoins affectifs et relationnels des enfants, en cas d’absence de relations chaleureuses cela peut entraver leurs développements et leurs causer des problèmes de santé (Vasselier-Novelli et Heim, 2006).

Comme évoqué précédemment, selon la théorie de Bowlby (1969), un développement harmonieux de l’enfant nécessite la présence d’une figure d’attachement émotionnel. Un adulte impliqué doit répondre non seulement aux besoins physiologiques de l’enfant, mais aussi le soutenir émotionnellement, le réconforter et répondre à ses besoins psychologiques (*ibid.*). En anglais, cette approche est souvent désignée par le terme *"care about"*, qui englobe la réponse aux besoins physiologiques et psychologiques. Pour ce faire, la personne s’occupant du mineur doit être capable de faire preuve d’empathie, de se mettre à sa place pour comprendre ses besoins et y répondre de manière adaptée (CIIVISE, 2023).

Enfin, il est essentiel de souligner que les enfants ont un besoin crucial de protection :

L'enjeu de ce besoin est la protection à l'égard de toute forme de maltraitance [...].

L'autre type de protection dont l'enfant a besoin est lié aux blessures ou préjudices susceptibles d'être causés par les dangers de son environnement extérieur et/ou de son environnement domestique (Severac et Martin-Blachais, 2017, p. 54).

Ces différents besoins fondamentaux abordés sont cruciaux pour le développement optimal de l'enfant. Par ailleurs, il existe de nombreux autres aspects à considérer. Mais dans le cadre de ma recherche, je vais me concentrer spécifiquement sur les conséquences des violences sexuelles sur les enfants.

2.3 DÉFINITION DES VIOLENCES SEXUELLES

Comme je l'ai mentionné précédemment dans la partie historique, les faits de violences sexuelles ont longtemps été relégués à la sphère privée. Cependant, ce phénomène est désormais reconnu, ce qui remet en question de nombreux aspects de notre société (CIIVISE, 2023). Progressivement, l'enfant a été intégré dans le tissu social et est devenu essentiel pour tous.

L'enfance constitue une période charnière dans le développement humain. Claude Ponti la décrit comme une période de découvertes, incluant la connaissance de soi, des relations interpersonnelles et l'apprentissage de l'expression personnelle, façonnant ainsi l'adulte de demain (Gaëtan, 2022). Toutefois, cette période peut être marquée par des traumatismes profonds. Les violences sexuelles en font partie et exercent un impact sur cette phase de développement importante, altérant le parcours de vie du futur adulte (CIIVISE, 2023).

Il est nécessaire de souligner la distinction entre violence⁵ et sexualité⁶, le viol et l'agression sexuelle relèvent de la violence, non de la sexualité. Cependant, la frontière entre les deux est souvent difficile à établir, car les agresseurs n'utilisent pas toujours des formes évidentes de violence physique (coups, blessures). Ajouté à cela que les victimes enfants, sont trop jeunes pour reconnaître un comportement relevant d'une agression sexuelle. De fait, ils ne perçoivent pas nécessairement les actions de l'agresseur comme des violations claires de leur intégrité (CIIVISE, 2023). D'autant que les agresseurs tendent à justifier leurs actes en les qualifiant "*d'un abandon à une irrépressible pulsion charnelle, un excès d'amour voire un désir*" (Dussy, 2021, cité dans CIIVISE, 2023, p. 97). Ce type de justification contribue à semer la confusion dans l'esprit de la victime et compliqué la dénonciation d'abus (CIIVISE, 2023). "*le viol ou l'agression d'un individu ne vise jamais à la satisfaction d'un désir mais toujours à l'imposition d'une volonté, à l'exercice d'une domination.*" (CIIVISE, 2023, p.98).

⁵ Contrainte, physique ou morale, exercée sur une personne en vue de l'inciter à réaliser un acte déterminé (Larousse, s.d.).

⁶ Ensemble des diverses modalités de la satisfaction sexuelle (Larousse, s.d.).

Maintenant que nous avons établi que la violence sexuelle relève de la catégorie de la violence, *quid* de cette dernière ? Nos perceptions de la violence sont souvent influencées par nos schémas personnels ou culturels, mais en réalité, la violence prend de multiples formes, ce qui la rend complexe à définir. Dans le contexte des violences interpersonnelles, nous avons typiquement besoin de trois éléments : un auteur agissant, un acte, et une personne affectée (CIIVISE, 2023).

James Dodd affirme que “*l’une des difficultés principales à comprendre la violence est sa troublante tendance à accompagner, refléter ou imiter les phénomènes qu’elle abroge par ailleurs*” (Dodd, 2009 cité par CIIVISE, 2023, p.98). Ce principe s'applique également aux violences sexuelles : la simple pénétration n'est pas suffisante pour définir un acte comme violent. Par exemple, un baiser peut constituer une forme de violence sexuelle en fonction du contexte, des personnes impliquées et de la manière dont il est réalisé. Ainsi, le ressenti de la victime peut servir de référence objective pour juger de la nature de l'acte (CIIVISE, 2023).

La violence pourrait être définie en fonction du tort qu'elle inflige à la victime mais il existe alors autant de perceptions de la victimisation qu'il y a d'individus (Janssen et Renard, 2024). Par exemple, les conséquences psychologiques d'un accident de la route peuvent être aussi intenses que celles d'une agression sexuelle. Ces effets dépendent des ressentis individuels : certains peuvent être profondément traumatisés, tandis que d'autres le seront moins (CIIVISE, 2023). Ainsi, le critère clé pour définir la violence est l'intention de l'auteur (*ibid.*). Certains philosophes avancent que c'est cette intention qui prime. Paul Ricoeur, par exemple, définit la violence comme une destruction par autrui de la capacité d'agir d'un sujet (Ricoeur, 1990). Jan Philipp Reemtsma la caractérise par une réduction tendancielle du sujet à son corps (Reemtsma, 2011). Enfin, Michel Wieviorka la voit comme la négation du sujet (Wieviorka, 2012).

Ces différentes expressions convergent toutes vers la réduction de la personne à un objet, une manière pour l'auteur de diminuer la place de la victime. C'est ainsi que l'on peut comprendre la nature de la violence (CIIVISE, 2023).

La violence est donc fondée sur la négation de l'égalité de statut entre l'agresseur et la victime et donc liée à la domination. L'auteur exploite les déséquilibres de pouvoir, qu'ils soient liés à l'âge, au sexe ou à la situation sociale (*ibid.*).

Cette réalité trouve un écho dans la théorie de l'activité routinière de Lawrence, Cohen et Marcus Felson en 1979, selon laquelle trois éléments sont nécessaires pour qu'un crime se produise : un délinquant motivé, une cible attrayante et l'absence de gardiens capables. Selon cette théorie, les crimes sont plus probables lorsque les délinquants estiment que les risques sont faibles et que les récompenses potentielles sont élevées, ce qui est pertinent dans le cas des violences sexuelles sur mineurs, où seulement 3% des agresseurs doivent répondre de leurs actes devant la justice (Bernier, 2016 ; CIIVISE, 2023).

Nous avons établi que l'agression sexuelle est liée à la violence et à la domination. Pour définir la violence sexuelle, je vais maintenant me référer aux articles de loi pertinents. Cette section se concentrera sur certaines formes de violence sexuelle, bien que ce type de violence se définisse par une diversité de situations et de comportements plus étendue que ce que je vais aborder.

Commençons par la définition fournie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail (WHO, 2010, p. 2).

Si l'on se réfère au code pénal, la violence sexuelle peut prendre diverses formes, en voici quelques-unes :

2.3.1 Le viol

Le viol se définit comme tout acte de pénétration sexuelle, peu importe sa nature ou le moyen employé, effectué sur une personne qui n'a pas donné son consentement. Un élément essentiel du viol est la pénétration (l'article 375). À cela s'ajoute la notion de consentement : pour qu'un acte soit qualifié de viol, la victime ne doit pas avoir donné son accord pour consentir à cet acte (Code pénal, 1867).

2.3.2 Les mineurs

Abordons maintenant les relations sexuelles impliquant des mineurs. Conformément à l'article 417/6 du Code pénal, l'âge de la majorité sexuelle est fixé à 16 ans, ce qui implique que tout individu ayant atteint cet âge est considéré comme capable d'exprimer son consentement librement. Cependant, pour les mineurs âgés de 14 ans, la loi prévoit la possibilité de consentir à des relations sexuelles sous certaines conditions. Il est stipulé que si l'écart d'âge entre le mineur de 14 ans et son partenaire ne dépasse pas 3 ans, le consentement peut être jugé valide. Toutefois, il existe des circonstances dans lesquelles le consentement du mineur est invalide, lorsque :

- L'auteur de l'acte est un parent, un allié direct ascendant ou adoptant, un collatéral jusqu'au troisième degré, ou toute autre personne occupant une position similaire dans la famille.
- L'acte est rendu possible par l'utilisation par l'auteur d'une position de confiance, d'autorité ou d'influence sur le mineur, tel qu'un enseignant, un entraîneur, ou un moniteur.
- L'acte est considéré comme un acte de débauche ou de prostitution. Le consentement d'un mineur ne peut être invoqué dans le contexte de la prostitution (Article 417/6) (Code pénal, 1867).

2.3.3 L'atteinte à l'intégrité sexuelle

L'atteinte à l'intégrité sexuelle se manifeste par la commission d'un acte à caractère sexuel sur une personne sans son consentement, que ce soit de manière directe ou par le biais de l'intervention d'un tiers non consentant. Un exemple d'atteinte à l'intégrité sexuelle peut être de devoir visionner des actes sexuels sans consentement. Ainsi, pour qu'on considère l'atteinte, il n'est pas nécessaire que la victime soit active (417/7) (Code pénal, 1867).

2.3.4 L'inceste

L'inceste est considéré comme une forme de circonstance aggravante. Ainsi, pour que l'inceste soit passible de sanctions pénales, il doit être associé à une infraction de base.

La définition de l'inceste, selon l'article 417/18 du code pénal, est la suivante :

L'inceste désigne les actes à caractère sexuel commis au préjudice d'un mineur par un parent ou allié ascendant en ligne directe, par un parent ou allié en ligne collatérale jusqu'au troisième degré, ou toute autre personne occupant une position similaire au sein de la famille des personnes précitées. Par parent, on entend également l'adoptant, l'adopté et les parents de l'adoptant (Code pénal, 1867).

J'ai défini quatre types de violences sexuelles ; cependant, il convient de noter que les violences sexuelles couvrent un spectre beaucoup plus vaste que ces seules catégories.

Lorsqu'un enfant prend conscience d'être victime de violence sexuelle, il peut éprouver une grande difficulté à exprimer et à révéler. Les motivations pour témoigner peuvent inclure la protection de soi, le désir d'être entendu par la société, mais témoigner représente un engagement profond pour la victime. Cela implique de revivre les actes traumatisants vécus (CIIVISE, 2023). *“Le témoignage est un récit de soi : le récit d'un sujet qui tente de se réapproprier son existence, parce qu'il se le doit, en même temps qu'il se doit de rester fidèle à l'enfant martyrisé qu'il fut.”* (CIIVISE, 2023, p.156).

Que l'enfant décide ou non de révéler les actes de violence sexuelle dont il a été victime, ces actes ont des conséquences profondes et durables sur sa vie. Selon le rapport de la CIIVISE de 2022, les conséquences des violences sexuelles chez les mineurs sont variées : 85 % des victimes souffrent de troubles mentaux. Les comportements à risque, les addictions, l'agressivité, l'automutilation sont également fréquents. Il y a aussi des répercussions sur la santé physique, touchant une victime sur deux avec des douleurs chroniques, des troubles gynécologiques, entre autres. Près de neuf victimes sur dix rencontrent des difficultés dans leur vie intime, affective et parentale (CIIVISE, 2023). La vie sociale est souvent qualifiée de *"champ de mines"* (CIIVISE, 2023, p.337), affectant la scolarité, la carrière professionnelle et les relations sociales en général (CIIVISE, 2023).

Compte tenu de ces conséquences, il est nécessaire d'assurer une prise en charge appropriée des enfants victimes de violences sexuelles. Une intervention rapide et efficace peut non seulement atténuer les effets négatifs de ces traumatismes, mais aussi prévenir des souffrances futures et établir un environnement sûr et protecteur. Il est donc fondamental pour les pays de développer des stratégies de prévention, d'intervention et de soutien adaptées à ce type de violence.

2.4 DÉFINITION DES CENTRES DE PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES

Les CPVS constituent une stratégie mise en place par l'État belge dans le but de prendre en charge les victimes de violences sexuelles. Dans cette section de mon mémoire, je vais présenter les CPVS, en approfondissant leur fonctionnement, leur définition et leur histoire. Cette analyse visera à clarifier leur rôle dans l'accompagnement des victimes, à expliciter leurs missions et à décrire les modalités de leur mise en œuvre.

2.4.1 La genèse

Une enquête a révélé qu'une femme sur cinq et qu'un homme sur dix sont victimes de violences sexuelles au moins une fois dans leur vie à partir de l'âge de 16 ans.

Cependant, de nombreuses victimes ne signalent pas ces violences à la police, les laissant ainsi non déclarées. Le faible nombre de plaintes déposées par les victimes de violences sexuelles peut s'expliquer par divers facteurs. Historiquement, les victimes de viol ont souvent été perçues comme potentiellement responsables de l'agression, ce qui engendre un phénomène de double victimisation : d'abord par l'acte subi, puis par le regard de la société (Wemmers, 2017). En outre, au cours d'un procès pénal, celles-ci portent à la fois la casquette de responsable du viol mais aussi, celle de simple témoin, pas activement concernée par l'affaire (Holmstrom et Burgess, 1978 ; Bordeaux et al., 1990 ; Le Goaziou, 2016). Compte tenu de ce contexte, pour faire reconnaître leur statut de victime, ces individus doivent lutter contre de nombreux mythes entourant ce type d'infraction (Burt, 1980).

Les victimes de violences sexuelles hésitent souvent à porter plainte en raison de la peur d'être stigmatisées (Amir, 1971) ainsi que du sentiment de gêne ou de honte (Macdonald, 1971). Certains chercheurs évoquent aussi le sentiment de culpabilité chez la victime, ainsi que la crainte d'être blâmée par ses proches ou par les autorités (Griffin, 1971 ; Weis et Borges, 1973 ; Janoff-Bulman, 1979 ; Schwendinger et Schwendinger, 1980). En ce sens, le lien entre la victime de viol et l'agresseur peut être un autre facteur déterminant,

car connaître l'agresseur augmente la probabilité de ne pas déposer plainte (Feldman-Summers et Norris, 1982 ; Williams, 1984 ; Gartner et Macmillan, 1995).

De même, le niveau de revenu et d'éducation des victimes semble influencer leur propension à porter plainte. Les victimes ayant un niveau d'éducation ou de vie élevé pourraient craindre de perdre leur statut social en déposant plainte (Lizotte, 1985 ; Goudriaan et al., 2006 ; Allen, 2007).

L'âge de la victime semble également jouer un rôle important dans la décision de porter plainte. En effet, les études indiquent que les victimes plus âgées ont plus tendance à rapporter les faits aux autorités (Gartner et Macmillan, 1995 ; Goudriaan et al., 2006 ; Allen, 2007).

Enfin, les circonstances du viol peuvent influencer le dépôt de plainte. Les agressions avec violences et blessures physiques semblent inciter davantage les victimes à rapporter les faits (Amir, 1971 ; Feldman-Summers et Norris, 1982 ; Williams, 1984 ; Cohn et al., 2013). De même, les viols sous la menace d'une arme sont considérés comme plus graves et plus susceptibles d'être rapportés à la police (Williams, 1984 ; Fisher et al., 2003 ; Allen, 2007). Le lieu dans lequel l'agression a lieu joue un rôle : les viols en public ou dans des lieux publics semblent être plus souvent signalés aux autorités (Williams, 1984).

En conclusion, ces diverses explications présentent un panorama de raisons pour lesquelles les individus victimes de violences sexuelles peuvent choisir de ne pas engager de poursuites judiciaires, malgré la caractérisation criminelle inhérente à de tels actes.

Conscient de ces défis, l'État belge a décidé de se pencher sur cette problématique, d'autant plus que celui-ci a ratifié la convention d'Istanbul en mars 2016. Cette convention vise à lutter et prévenir les violences à l'égard des femmes et les violences domestiques (Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, 2021). Dans ce contexte, les autorités ont dû notamment respecter l'article 25 de cette convention, qui stipule que :

Les Parties prennent les mesures législatives ou autres nécessaires pour permettre la mise en place de centres d'aide d'urgence pour les victimes de viols et de violences sexuelles, appropriés, facilement accessibles et en nombre suffisant, afin de leur dispenser un examen médical et médico-légal, un soutien lié au traumatisme et des conseils (Conseil de l'Europe, 2011).

Dans cette optique, la Ministre fédérale de l'Égalité des Chances de l'époque, en collaboration avec l'U Gent-ICHR, a développé un modèle répondant aux exigences de la convention. C'est ainsi qu'ont été imaginés les CPVS, qui remplissent plusieurs missions (Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles, s.d.) :

- Les soins médicaux : Dans le but d'assister la victime, les CPVS prennent en charge les blessures et les lésions subies. Ainsi, un examen médical est indispensable pour traiter les conséquences physiques (dépistage de MST/IST, tests de grossesse, mise en place de contraception d'urgence, etc.).
- L'examen médico-légal dont l'objectif est d'évaluer les lésions laissées par l'agression sur le corps de la victime et ainsi de pouvoir également récolter des preuves de l'acte.
- Le dépôt de plainte : Il est offert aux victimes la possibilité de porter plainte directement au sein du centre. Des preuves matérielles récoltées lors de l'examen médico-légal et conservées pendant une période de six mois, offrant ainsi à la victime la possibilité de revenir sur sa décision si elle hésite à engager des poursuites.
- Les soins psychologiques : Il est important d'offrir un soutien émotionnel aux victimes d'infractions à caractère sexuel. Des professionnels offrent une écoute attentive, permettent d'aider les victimes à surmonter le traumatisme et prodiguent des conseils afin d'y faire face.
- Le suivi médical et psychologique : comme expliqué précédemment il y a une aide d'urgence mise en place mais ces centres peuvent également assurer un suivi régulier auprès de victime dans le but de surveiller leur évolution en termes de santé physique et psychologique.

Suite à l'élaboration de ce modèle, le projet pilote s'est déroulé sur une année et a été évalué dans les villes de Gand, Bruxelles et Liège. Il est important de noter que ces CPVS sont étroitement liés aux hôpitaux. Ces derniers sont intégrés aux villes mentionnées précédemment via des accords établis avec les hôpitaux locaux (Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, 2021).

L'évaluation de ce projet pilote a révélé des résultats positifs. En effet, 930 victimes ont été prises en charge dans les trois centres pilotes, dépassant ainsi les attentes initiales qui tablaient sur environ 600 victimes. Cette hausse du nombre de personnes ayant eu recours aux centres a été une agréable surprise pour les équipes en charge. Dans le cadre de cette évaluation, les avis des victimes ont été sollicités quant à la qualité de la prise en charge. Nombre d'entre elles ont exprimé leur satisfaction, décrivant ces nouvelles infrastructures comme accessibles et offrant une prise en charge adéquate de leurs besoins. Forts de cette évaluation positive, les Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles ont été multipliés sur le territoire, avec l'aide du gouvernement fédéral qui a débloqué un budget en 2020 pour porter le nombre de centres à dix. Cette expansion vise à assurer un accès plus large et équitable à ce service à travers la Belgique (Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, 2021 ; Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles, s.d.).

2.4.2 Les partenaires

Les CPVS travaillent en partenariat avec différents acteurs, organisés en deux catégories : les partenariats primaires et secondaires.

2.4.2.1 Les partenaires primaires

Les *partenaires primaires* comprennent des institutions telles que les hôpitaux, la police et le parquet.

Les hôpitaux doivent répondre à des critères spécifiques, notamment d'offrir une assistance médicale aux victimes et d'être facilement accessibles. De plus, ils doivent être en mesure de collaborer avec des organismes externes et mettre en place une base de données pour la collecte d'ADN, tout en respectant les lois en vigueur (Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles, s.d.).

Les services de police, doivent accueillir les victimes de manière adéquate et les orienter vers les CPVS si nécessaire. Ils doivent également être capables de mener des interrogatoires avec tout type de victime (mineure, majeure, etc.). Cela implique la nécessité de formation et la collaboration avec d'autres services de police. De plus, ils

peuvent, si la victime le souhaite, recueillir sa plainte, qui sera ensuite transférée au parquet (*ibid.*).

Enfin le parquet, troisième et dernier partenaire primaire des CPVS, est chargé du suivi judiciaire des dossiers (*ibid.*).

Ces partenariats primaires sont essentiels pour assurer une prise en charge globale et efficace des victimes de violences sexuelles.

2.4.2.2 Les partenaires secondaires

Dans la catégorie des *partenaires secondaires*, on retrouve les équipes SOS Enfants ainsi que les Services d'Accueil des Victimes des Maisons de justice (*ibid.*).

En ce qui concerne la collaboration avec ces partenaires, le CPVS peut entrer en contact avec SOS Enfants (Vertrouwenscentrum Kindermishandeling, équivalent flamand) lors de l'accueil d'une victime mineure de violences sexuelles. Cela permet d'obtenir un avis et un soutien en cas de soupçon de situation de maltraitance ou de préoccupation concernant la sécurité du mineur. Dans le cadre du suivi et du soutien psychologique, la victime mineure et ses parents (ou personnes de soutien) sont systématiquement orientés vers les équipes SOS Enfants. La collaboration locale entre les CPVS et SOS Enfants est régie par un accord de coopération local (*ibid.*).

2.4.3 Le fonctionnement

Pour un bon fonctionnement, les CPVS doivent respecter différents critères (*ibid.*) :

- Les centres doivent être intégrés à un hôpital, garantissant ainsi un accès immédiat aux services médicaux d'urgence pour les victimes.
- Une salle d'accueil doit être prévue pour recevoir les victimes de manière respectueuse et adaptée à leur situation.
- Dans le but d'assurer le bon déroulement des activités, une salle dédiée aux tâches administratives est également requise, permettant ainsi au personnel infirmier de remplir les formalités administratives sans interruption.

- En ce qui concerne le volet médical, les centres doivent être équipés de deux salles de consultations. Ces salles sont aménagées pour permettre au personnel médical d'effectuer des examens complets et des soins appropriés.
- Pour le confort et l'hygiène des victimes, une salle de bain est prévue.
- De plus, une salle spécifique est réservée à la conservation des éléments de preuves, conformément aux protocoles établis.
- Il en va de même pour une salle dédiée aux consultations avec un psychologue
- Afin que la police puisse effectuer son travail de manière adéquate, une salle d'audition filmée doit être présente.
- Enfin, pour les besoins pratiques du personnel, une salle de repos et une cuisine sont également prévues dans les directives concernant les infrastructures de la structure.

Ces installations sont capitales pour assurer le bon fonctionnement et la qualité des services offerts aux victimes de violences sexuelles (*ibid.*).

Comme mentionné précédemment, la prise en charge pluridisciplinaire des victimes de violences sexuelles implique la collaboration de plusieurs professionnels spécialisés : l'infirmier légiste, le psychologue, le coordinateur médical, le médecin responsable, l'inspecteur des mœurs et le coordinateur de la police (*ibid.*).

Une des caractéristiques de ces prises en charge est qu'elles sont réalisées pendant la phase aiguë de la violence sexuelle (dans les sept jours suivant l'agression). Si l'intervention a lieu au-delà de cette période, la prise en charge par le CPVS sera évaluée par les collaborateurs. En cas de non-prise en charge, ils orientent les victimes vers des partenaires appropriés. De plus, les CPVS sont disponibles 24h/24 et 7j/7 (*ibid.*).

Pour conclure, la mise en place et le fonctionnement optimal d'un CPVS reposent sur plusieurs piliers essentiels. Tout d'abord, des infrastructures adéquates sont nécessaires pour assurer un accueil respectueux et approprié des victimes, ainsi que pour garantir les conditions nécessaires à la prise en charge médicale, psychologique et judiciaire de la victime. Ensuite, les profils fonctionnels au sein de ce centre doivent répondre à des critères rigoureux, alliant compétences professionnelles, sensibilité aux besoins des victimes, et formation spécialisée dans le domaine des violences sexuelles.

2.5 PROBLÉMATIQUE

L'objectif de cette recherche est d'analyser la collaboration entre SOS Enfants et les CPVS. Cette partie sera consacrée à la problématisation de ma recherche et expliquera comment ma question de recherche a émergé.

Bien que ces deux entités partagent une pluridisciplinarité commune, elles adoptent des approches distinctes. Il importe donc de comprendre comment une collaboration peut être envisagée malgré ces différences. Pour ce faire, nous mettrons en évidence les divergences de fonctionnement et d'ambitions entre ces deux organisations.

Dans ce but, soulignons les divergences majeures entre SOS Enfants et les CPVS.

2.5.1 Prise en charge générale

SOS Enfants se concentre principalement sur les cas de maltraitance des mineurs, y compris la maltraitance sexuelle, tandis que les CPVS se spécialisent exclusivement dans les violences sexuelles, sans distinction d'âge.

2.5.2 Méthodologie de prise en charge

SOS Enfants adopte une approche psychosociale axée sur la détection, l'intervention et la prévention des abus, favorisant souvent la déjudiciarisation. En comparaison, les CPVS offrent une prise en charge spécialisée immédiate, incluant des soins médicaux, un soutien psychologique, des examens médico-légaux et un accompagnement juridique, facilitant notamment la possibilité de porter plainte.

2.5.3 Rôles des spécialistes

Bien que SOS Enfants intègre un volet médical et juridique pour assurer une approche pluridisciplinaire équilibrée, les spécialistes juridiques interagissent rarement directement

avec les enfants. Comme l'indique l'extrait de cet entretien (Acteur B) *“Ça peut arriver que la juriste rencontre des parents, quand il y a des démarches ou des explications plus juridiques à donner, donc ça peut arriver oui, mais c'est rare”*. En revanche, l'infirmière légiste des CPVS joue un rôle notable dans l'évaluation du développement des enfants à travers des recherches de traces, souvent essentielles pour la justice.

2.5.4 Affiliation et temporalité

Les CPVS sont généralement affiliés à des hôpitaux, facilitant un accès direct aux soins spécialisés ; tandis que SOS Enfants, à quelques exceptions près, n'a pas cette affiliation hospitalière. En termes de temporalité, les CPVS se concentrent sur des interventions à court et moyen terme, tandis que SOS Enfants adopte une approche à plus long terme pour le suivi des enfants.

2.5.5 Notion de collaboration

Les points de divergence entre ces deux acteurs ayant été exposés, nous allons maintenant aborder la notion de collaboration elle-même. Pour ce faire, je vais me référer à la définition fournie par le Larousse (s.d.), qui décrit le terme “collaborer” comme le fait de "travailler de concert avec quelqu'un d'autre, l'aider dans ses fonctions ; participer avec un ou plusieurs autres à une œuvre commune". Cette définition souligne l'importance de se rassembler autour d'un objectif commun.

Dans le contexte de notre recherche, demandons-nous comment SOS Enfants et les CPVS, malgré leurs approches distinctes en matière de prise en charge des mineurs victimes de violences sexuelles, parviennent à collaborer efficacement. L'Avis du Conseil Fédéral des Sage-femmes du 13 décembre 2023 indique : "Évaluer l'état mental des victimes, leur apporter du soutien et, si nécessaire, les orienter vers le/la psychologue CPVS ou, pour les mineur-e-s, vers le Vertrouwenscentrum Kindermishandeling ou SOS Enfants." Cet avis démontre clairement qu'une collaboration entre ces deux acteurs est non seulement envisagée mais également intégrée dans les pratiques recommandées. Il

est donc nécessaire d'explorer comment ces entités, malgré leurs différences de fonctionnement, parviennent à se rassembler autour d'un objectif commun.

2.5.6 Collaboration interdisciplinaire

Les collaborations des travailleurs sociaux sont diverses on retrouve des milieux tels que les écoles, les tribunaux, la police, ... (Abramson et Rosenthal, 1995 ; Gibelman, 1995). En se concentrant sur la collaboration interdisciplinaire entre les CPVS et les équipes SOS Enfants, il est important de noter que ces deux acteurs sont déjà eux-mêmes pluridisciplinaires. Berg-Weger et Schneider (1998) définissent ce type de collaboration comme un processus interpersonnel dans lequel des individus de diverses disciplines apportent leur expertise pour atteindre un objectif ou créer un produit commun, soulignant le besoin d'un engagement commun vers un but partagé. Je soulignerai également un aspect mis en lumière par Bruner en 1991, qui stipule que cette collaboration efficace facilite la réalisation d'objectifs qui ne pourraient être atteints si les intervenants agissaient de manière individuelle.

Afin de définir la collaboration, plus spécifiquement sous le prisme des acteurs sociaux, j'ai choisi de me référer à une méta-analyse réalisée par Bronstein en 2003, qui identifie cinq facteurs clés d'une collaboration efficace.

2.5.6.1 L'interdépendance

L'interdépendance dans la collaboration interdisciplinaire se définit comme la nécessité pour les professionnels de différentes disciplines de travailler ensemble de manière coordonnée et complémentaire pour atteindre des objectifs communs. Cela implique une compréhension claire des rôles respectifs et une communication efficace entre les membres de l'équipe. Les caractéristiques de cet élément clef incluent le temps passé ensemble, à la fois formel et informel, la communication orale et écrite entre collègues, ainsi que le respect des opinions et des contributions professionnelles des autres (Bronstein, 2003).

2.5.6.2 Les activités professionnelles nouvellement créées

Les activités professionnelles nouvellement créées dans le cadre de la collaboration interdisciplinaire visent à développer des approches intégrées pour répondre aux besoins complexes des clients. Cela inclut la création de programmes de traitement et de services qui combinent les expertises et les ressources de différentes disciplines (Mattessich et Monsey, 1992). C'est donc selon Kagan et Neville (1993), comment l'association de personnes et de programmes peuvent engendrer des résultats impossibles à atteindre par des actions indépendantes. En d'autres termes, la réforme collaborative va au-delà des individus et de leurs services directs aux clients, influençant la création de nouvelles structures (Bronstein, 2003).

2.5.6.3 La flexibilité

La flexibilité dans la collaboration interdisciplinaire se caractérise par la capacité des équipes à s'adapter aux changements de contexte et aux besoins évolutifs des clients. La capacité à compromettre de manière productive en cas de désaccord, ainsi que l'adaptation créative des rôles des professionnels pour répondre aux exigences changeantes (Bronstein, 2003). Elle permet donc aux professionnels de modifier leurs stratégies d'intervention et de prendre des décisions adaptées en fonction des circonstances changeantes (Billups, 1987).

2.5.6.4 La propriété collective des objectifs

La propriété collective des objectifs signifie que tous les membres de l'équipe partagent la responsabilité de définir, de mettre en œuvre et d'évaluer les objectifs de traitement, c'est une sorte de responsabilité et de vision partagée (Bronstein, 2003). Cela encourage un engagement commun envers le soin des victimes et favorise une approche collaborative où les décisions sont prises de manière collective et concertée (Bruner, 1991). Donc chaque professionnel doit assumer sa part de responsabilité dans le succès ou l'échec, en soutenant les désaccords constructifs et les délibérations entre collègues (Bronstein, 2003).

2.5.6.5 La réflexion sur le processus

La réflexion sur le processus dans la collaboration interdisciplinaire fait référence à l'évaluation continue des interactions au sein de l'équipe et des résultats obtenus. Elle inclut l'examen critique des méthodes de travail, l'identification des points forts et des domaines à améliorer, ainsi que l'utilisation de retours d'information pour renforcer la collaboration et optimiser les performances de l'équipe (Soler et Shauffer, 1993). Cette pratique de réflexion continue permet aux professionnels de s'ajuster, d'apprendre les uns des autres et de résoudre les problèmes qui pourraient surgir au cours de leur collaboration (Bronstein, 2003).

En synthèse, ces aspects sont essentiels pour promouvoir une collaboration interdisciplinaire efficace, facilitant une approche intégrée et adaptative pour répondre aux besoins complexes des individus et des situations. Néanmoins, cette collaboration interdisciplinaire peut rencontrer de nombreux obstacles. Soler et Shauffer (1993) soulignent l'importance de l'auto-évaluation pour une intégration réussie des services. Bronstein (2003) identifie plusieurs obstacles à la collaboration :

2.5.6.6 Rôle professionnel et identité

Les travailleurs sont reliés à des rôles, des valeurs et des pratiques spécifiques à leur profession. (Waugaman, 1994). Une forte allégeance à sa profession ou son département peut entraver le travail en équipe (Abramson, 1990 ; Kane, 1975).

2.5.6.7 Caractéristiques structurelles

Une charge de travail gérable, une culture d'agence soutenant la collaboration, un soutien administratif, et du temps et de l'espace pour collaborer sont nécessaires. Hord (1986) identifie le manque de temps, d'investissement personnel et d'engagement financier comme des barrières.

2.5.6.8 Perception des collaborateurs

La manière dont les collaborateurs se perçoivent en dehors de leur rôle professionnel est cruciale. Les différences de perception et de valeurs peuvent compliquer la collaboration (Abramson, 1990).

2.5.6.9 Coordination et frictions

Le manque de coordination et les risques de frictions entre départements sont des dangers majeurs pour la collaboration inter organisationnelle (Gulick et Urwick, 1937).

2.5.6.10 Caractéristiques personnelles

La confiance, le respect, la compréhension et la communication informelle entre les collaborateurs sont décisifs pour engendrer le succès (Mattessich et Monsey, 1992).

2.5.6.11 Historique de la collaboration

Les expériences antérieures positives de collaboration sont également des indicateurs de succès. Lonsdale et ses collègues (1980) notent que la tradition de spécialisation et de fragmentation dans les services sociaux présente des obstacles.

C'est ainsi que se définit la collaboration interdisciplinaire. Pour mettre en œuvre cette collaboration de manière efficace, certains éléments clés sont indispensables. Cependant, il importe de rester vigilant face à des facteurs potentiellement perturbateurs qui pourraient entraver une collaboration harmonieuse et productive.

Cette analyse a pour but de dégager les enjeux relatifs aux différences entre les approches de SOS Enfants et des CPVS dans la prise en charge des mineurs victimes de violences sexuelles. Tandis que SOS Enfants se concentre sur la maltraitance des mineurs avec une approche psychosociale, les CPVS se spécialisent dans les violences sexuelles, offrant des soins médicaux, psychologiques et juridiques immédiats. Ces distinctions dans leurs

méthodologies et leurs affiliations révèlent des divergences notables dans leur fonctionnement. Malgré ces différences, la collaboration entre ces deux entités est inévitable et figure dans les pratiques recommandées, comme le souligne l'Avis du Conseil Fédéral des Sage-femmes. Cette collaboration est facilitée par des principes fondamentaux de la collaboration interdisciplinaire, tels que l'interdépendance, la flexibilité, et la propriété collective des objectifs, que définit la littérature. Ces principes favorisent alors une approche intégrée, visant à offrir un soutien holistique aux victimes. Cependant, il est important de reconnaître les obstacles potentiels à une collaboration efficace. Les défis incluent notamment des problèmes de coordination, de confiance, et les caractéristiques propres aux membres des équipes.

Ainsi, cette recherche souhaite explorer comment ces deux acteurs, malgré leurs approches différentes, réussissent à travailler ensemble vers un objectif commun. Il sera également nécessaire de réfléchir aux conditions nécessaires pour surmonter les obstacles inhérents à la collaboration et optimiser ainsi la synergie entre les équipes SOS Enfants et les CPVS.

3 PARTIE EMPIRIQUE

3.1 MÉTHODOLOGIE

Afin de répondre à ma question de recherche, il est nécessaire de récolter les informations adéquates. Pour ce faire, quelle méthode appliquer ? Mon choix se porte sur l'entretien. L'entretien, terme apparu au XVI^e siècle, signifiant "échange de parole" (Picoche, 1992), s'inscrit dans une démarche scientifique en tant qu'élément méthodologique. Cette méthode permet de recueillir des expériences vécues par un membre d'une organisation. L'objectif est de récolter des productions d'expériences (Demazière, 2008).

J'ai opté pour cette méthode afin de recueillir des informations pertinentes en m'entretenant avec des acteurs de terrain. J'ai plus spécifiquement, choisi l'entretien semi-directif, une technique de collecte de données qui enrichit nos connaissances en adoptant une approche qualitative favorisant l'interprétation dans une perspective constructiviste (Lincoln, 1995). Cette méthodologie est particulièrement pertinente pour les travaux interdisciplinaires (Imbert, 2010), notamment dans des domaines comme la criminologie, où l'intégration de plusieurs disciplines est nécessaire.

3.1.1 Pourquoi avoir choisi l'entretien semi-directif ?

L'avantage de l'entretien semi-directif réside dans son équilibre entre contrôle et liberté d'expression pour l'interviewé. Ce type d'entretien utilise un guide structuré autour de thèmes spécifiques à aborder, favorisant les questions ouvertes et laissant la possibilité de poser des questions plus libres et spontanées selon les dires obtenus. Cette combinaison permet donc de garantir que tous les sujets nécessaires soient couverts, tout en s'adaptant aux réponses des participants. C'était le choix méthodologique le plus avantageux pour moi. Il me permettait de garder un contrôle sur l'entretien afin d'aborder tous les thèmes nécessaires pour répondre à ma question de recherche, tout en restant ouvert aux réponses imprévues et en réagissant spontanément aux informations transmises par les répondants.

3.1.2 L'échantillon

Mon échantillon est principalement constitué du personnel des équipes SOS Enfants, le but étant de recueillir leur perspective comme indiqué dans ma question de recherche. J'ai également pris l'initiative d'interroger un membre du personnel (infirmier légiste) d'un CPVS pour comprendre si ce qui est théoriquement élaboré dans la littérature est effectivement d'application.

Pour une étude approfondie de la collaboration entre les équipes SOS Enfants et les CPVS, j'ai choisi d'interroger deux types d'équipes au sein de SOS Enfants : celles implantées dans des régions sans CPVS et celles qui bénéficient d'un CPVS. Mon objectif est d'explorer comment ces deux types d'équipes collaborent concrètement pour assurer la prise en charge des enfants victimes de maltraitance sexuelle. En analysant ces contextes distincts, je cherche à identifier les pratiques collaboratives mises en place, les défis rencontrés et les stratégies adoptées pour renforcer cette collaboration interinstitutionnelle.

3.1.3 Les profils

Pour ce faire, j'ai mené huit entretiens. Je commencerai par me concentrer sur l'entretien réalisé avec le CPVS. Ensuite, je décrirai les sept profils effectués auprès des équipes SOS Enfants. J'ai décidé de préserver l'anonymat de mes différents acteurs car je traite de la collaboration entre le CPVS et les équipes SOS Enfants. Je souhaite éviter que la publication de cette recherche, n'affecte leur collaboration.

En ce qui concerne l'entretien effectué avec un membre du CPVS :

J'ai interrogé un infirmier légiste au sein d'un CPVS.

Entretiens effectués avec les équipes SOS Enfants :

Concernant les entretiens réalisés avec les équipes de SOS Enfants, il a été précédemment mentionné qu'il en existe deux catégories d'entretiens : ceux effectués auprès d'équipes disposant d'un CPVS dans leur territoire (Groupement 2) et ceux réalisés avec des équipes

n'en disposant pas (Groupement 1). De plus, j'ai décidé de créer un troisième groupe comprenant les travailleurs ayant toujours eu une expérience avec les CPVS (Groupement 3).

Groupement 1 (G1)

Dans ce groupement, nous retrouvons deux acteurs, Acteur A et Acteur B. Ces deux acteurs proviennent de deux équipes SOS Enfants distinctes, et ces équipes ne disposent pas de CPVS dans leur zone géographique. Les deux interviewés sont des psychologues.

Groupement 2 (G2)

Le deuxième groupement est composé de trois acteurs : Acteur C, Acteur D et Acteur E. Comme mentionné précédemment, ce groupement rassemble des équipes SOS Enfants disposant d'un CPVS dans leur région et collaborant avec celui-ci. Les profils des acteurs sont diversifiés, incluant des formations d'assistant social et de psychologue.

Groupement 3 (G3)

Le dernier groupement est constitué de deux personnes, Acteur F et Acteur G. Ces deux acteurs sont particuliers car leur expérience professionnelle chez SOS Enfants s'est toujours déroulée en présence d'un CPVS. Ils sont respectivement criminologue et psychologue.

<u>Groupement :</u>	<u>Acteur :</u>	<u>Formation :</u>
Groupement 1 (Sans CPVS)	Acteur A	Psychologue
	Acteur B	Psychologue
Groupement 2 (Avec CPVS)	Acteur C	Assistant social
	Acteur D	Psychologue

	Acteur E	Sciences de gestion
Groupement 3 (Toujours avec CPVS)	Acteur F	Assistant social et criminologue
	Acteur G	Psychologue

Tableau 1 : Échantillon sondé

3.1.4 Guide d'entretien

J'ai élaboré deux types de guides d'entretien : un pour les équipes SOS Enfants et un deuxième spécifiquement pour les CPVS.

1. Pour les entretiens avec le CPVS, les points abordés sont les suivants :

- Contexte et fonctionnement du CPVS : L'objectif principal de cet entretien est de vérifier si le fonctionnement décrit dans la littérature est effectivement mis en œuvre dans la réalité.
- Collaboration avec les équipes SOS Enfants : Il s'agit de recueillir des informations sur les protocoles de collaboration éventuellement mis en place.
- Influence des CPVS sur le travail des équipes SOS : Percevaient-elles des défis ou des améliorations depuis la collaboration ?
- Recommandations générales pour l'amélioration de la prise en charge des violences sexuelles.

2. Pour les entretiens réalisés auprès des équipes SOS Enfants :

- Contexte et fonctionnement de l'équipe : Ce thème ambitionne de comprendre comment les équipes opèrent ainsi que la perception de leur propre mode de fonctionnement.
- Collaboration avec d'autres acteurs : L'objectif ici est de saisir le fonctionnement du secteur (l'aide à la jeunesse) tel que perçu par SOS Enfants.

- Perception des CPVS : Comprendre comment les équipes SOS Enfants perçoivent les CPVS et leur contribution à l'aide à la jeunesse est idoine pour tenter d'évaluer la qualité de la collaboration.
- Collaboration avec les CPVS et influence sur leur travail : Explorer la nature et l'influence de la collaboration avec les CPVS sur le travail quotidien des équipes SOS Enfants.
- Améliorations et recommandations sur la prise en charge des violences sexuelles en Belgique : une question plus large pour recueillir leurs perspectives sur les améliorations nécessaires et les recommandations pour améliorer la prise en charge des victimes de violences sexuelles en Belgique.

3.1.5 Méthode d'analyse des entretiens

Après avoir réalisé mes entretiens, il était temps de procéder à leur analyse. Pour ce faire, j'ai choisi de suivre la méthode de la théorie ancrée. Cette dernière vise à établir un lien entre la théorie et les données, permettant ainsi la construction d'une théorie (Guillemette et Luckerhoff, 2012). Ce type d'analyse peut être qualifié d'inductif, bien qu'il comporte également des phases déductives (Guillemette et Luckerhoff, 2015).

Pour appliquer cette méthode, il me fallait mettre en lumière les concepts identifiés lors des entretiens. J'ai donc utilisé la méthode du codage ouvert, en extrayant des concepts pertinents pour chaque entretien. Ensuite, je suis passée au codage axial, qui permet de faire ressortir les codes identifiés lors du codage ouvert. À cette étape, j'ai pu dégager les grands thèmes, chacun étant distingué par une couleur différente. Enfin, la dernière étape fut la codification sélective, durant laquelle j'ai mis en évidence les points abordés en lien avec ma question de recherche. Cette étape a été réalisée à l'aide d'une carte heuristique.

3.1.6 Biais et limites

Ma recherche comporte plusieurs biais et limites. Tout d'abord, j'ai effectué une revue de littérature qui m'a permis d'affiner ma compréhension du sujet et s'est révélée

extrêmement utile. Cependant, il est important de reconnaître que cette revue pourrait avoir généré des attentes spécifiques que je souhaitais confirmer ou infirmer, introduisant ainsi un biais de confirmation (Larivée et al., 2019).

Ensuite, mon expérience de stage au sein d'une équipe SOS Enfants est à noter. Pendant cette période, j'ai travaillé quotidiennement aux côtés des membres de l'équipe, une immersion qui peut aussi influencer ma perception des résultats. Ainsi, afin de garantir l'intégrité de la recherche, cette expérience vécue ne doit pas m'empêcher de rester attentive et ouverte aux informations recueillies. Mon objectif principal était donc de recueillir les avis des professionnels tout en mettant de côté mes préjugés personnels pour privilégier leurs perspectives. Toutefois, l'analyse qualitative que j'ai réalisée présente certaines limites, principalement en raison d'un échantillonnage relativement restreint, ce qui peut ne pas refléter toutes les nuances du sujet. De plus, j'ai choisi de concentrer mon étude principalement sur les équipes SOS Enfants, ce qui a contenu l'exploration du point de vue des CPVS.

Une autre limite importante est que j'ai interrogé un seul membre issu d'un CPVS pour vérifier l'adoption des pratiques décrites dans la littérature. Après avoir obtenu des résultats positifs, je n'ai pas poursuivi cette investigation auprès d'autres centres. Ainsi, l'échantillon est trop limité pour permettre une généralisation des conclusions à l'ensemble des CPVS.

Néanmoins, malgré ces limitations, mon travail repose sur une base théorique issue de la littérature scientifique et vise à rester fidèle aux concepts étudiés. De fait, reconnaître ces biais et limites est inévitable pour interpréter les résultats fidèlement et de manière critique et nuancée, visant, par cette recherche, à fournir une contribution au domaine exploré.

3.2 ANALYSE DES RÉSULTATS

Abordons ici l'analyse des entretiens. Comme évoqué précédemment dans la section méthodologie, j'ai opté pour la méthode de la théorie ancrée dans le cadre de cette analyse. Les résultats seront présentés selon différents thèmes émergents identifiés au cours de mon étude.

3.2.1 L'organisation des équipes

J'ai commencé mes entretiens en posant des questions sur l'organisation de leurs équipes. Avant de comprendre la collaboration entre les CPVS et SOS Enfants de manière générale, il me fallait savoir si l'ensemble des équipes SOS Enfants travaillent de manière semblable. La plupart des répondants ont rappelé les directives du décret maltraitance de 2004, mentionné précédemment dans la première partie de ce travail. Pour rappel, l'article 3, alinéa 1, stipule (Décret fixant le statut des membres du personnel administratif, du personnel de maîtrise, gens de métier et de service des établissements d'enseignement organisé par la Communauté française, 12 mai 2004) :

Compte tenu de sa mission et de sa capacité à agir, l'intervenant est tenu d'apporter aide et protection à l'enfant victime de maltraitance ou à celui chez qui sont suspectés de tels mauvais traitements. Si l'intérêt de l'enfant le requiert et dans les limites de la mission de l'intervenant et de sa capacité à agir, l'aide est octroyée à sa famille ou à son milieu familial de vie. Cette aide vise à prévenir ou à mettre fin à la maltraitance.

Cet article stipule que les équipes agissent dans le but de prévenir ou de mettre fin à des situations de maltraitance. Cet extrait d'entretien (Acteur C) l'illustre : *“l'objectif est simple, c'est d'intervenir dans les situations de maltraitance pour forcément tenter de l'éradiquer.”*

Au-delà de cette base commune, il existe des différences selon les équipes. Par exemple, l'acteur A ne fonctionne pas en binôme. En revanche, toutes les autres équipes, à l'exception de celle des acteurs F et G (qui n'ont pas précisé leur mode de fonctionnement), se composent de binômes assistant social-psychologue, choisis en

fonction des spécialités de chacun. En combinant leurs visions et compétences respectives, ces équipes peuvent non seulement atténuer la souffrance liée à la charge de travail, mais également confronter leurs idées et collaborer efficacement (Folch et al., 2024). De plus, ces travailleurs sociaux doivent souvent adopter divers rôles : être à l'écoute, dépister des problèmes, et assumer une position d'autorité lorsque nécessaire (Beckers, 1979). Ces diverses spécificités peuvent être facilitées par la mise en place de binôme au sein des équipes.

L'équipe des acteurs F et G se distingue par une organisation singulière. En raison de sa grande taille, la coordinatrice a décidé de créer des pôles spécialisés pour résoudre les problèmes liés à une polyvalence excessive. À cela s'ajoute la particularité que cette équipe est intégrée au sein d'un hôpital, ce qui influence également son mode de fonctionnement et ses dynamiques de travail.

Enfin, l'équipe de l'acteur C, opérant dans une zone plus rurale, s'adapte en offrant davantage de visites à domicile ainsi que des visites directement dans les établissements scolaires.

On observe que toutes les équipes suivent globalement un même mode opératoire tout en s'adaptant à leurs environnements respectifs. Cependant, l'équipe qui se démarque le plus est celle du groupement 3, notable par sa taille conséquente et son intégration dans un hôpital. Cette configuration peut influencer significativement les dynamiques de travail et les interactions avec les familles et les enfants. L'intégration dans un milieu hospitalier, caractérisé parfois par son impersonnalité et sa froideur (Dumond, 2006), peut avoir des implications sur le personnel travaillant au sein de cette équipe, ainsi que sur les perceptions et le ressenti des familles et des enfants bénéficiant de leurs services. Cette dimension peut potentiellement différer sur la manière dont les interventions sont perçues et reçues.

3.2.2 La collaboration avec le réseau

Pour mieux comprendre la collaboration entre les équipes SOS Enfants et les CPVS, il m'a semblé intéressant d'aborder d'abord la dynamique existante entre ces équipes et leur réseau de partenaires général.

La plupart des personnes interrogées font partie du même réseau comprenant le SAJ, le SPJ, les AMO, le PMS, le PSE, les tribunaux, les hôpitaux, Cependant, il existe des particularités selon les zones d'intervention. Par exemple, l'acteur C m'a expliqué que son équipe, couvrant une province rurale, collabore avec trois SAJ en raison de la répartition dans trois zones judiciaires distinctes. De plus, le G3 travaille de manière plus étroite avec les services hospitaliers, du fait de leur intégration au sein de la même structure hospitalière.

Au cours des sept entretiens que j'ai conduits, quatre ont mis en lumière un phénomène lié au nom attribué aux équipes SOS Enfants. En effet, le terme "SOS" évoque généralement un service d'urgence, comme le définit le dictionnaire Larousse (s.d.) : "*1. Signal de détresse radiotélégraphique international, transmis en morse sous la forme de trois lettres accolées (...- - - ...). 2. Familier. Demande pressante d'aide, de secours ou d'argent.*" Comme l'a exprimé un des professionnels interviewés (Acteur D), "*Les professionnels ont peut-être tendance à penser que SOS égale pompier, et donc ils vont débarquer dans la famille, ils vont intervenir tout de suite.*" Ce témoignage illustre bien la connotation d'urgence associée au terme "SOS" et son impact sur la perception des équipes.

Toutefois, SOS Enfants ne correspond pas exactement à cette conception. Contrairement à l'idée d'une intervention rapide en situation d'urgence, ces équipes adoptent plutôt une approche réfléchie et multidisciplinaire face aux cas de maltraitance. Elles prennent le temps d'analyser de manière systémique les situations, de consulter diverses perspectives avant d'agir. Cette démarche inclut l'organisation de nombreuses réunions, de fait chronophage. Cette approche réfléchie vise à assurer une réponse adaptée et efficace, plutôt qu'une réaction immédiate.

Ainsi, il existe une discordance entre le nom des équipes SOS Enfants et leur approche méthodologique. Cette observation peut susciter des malentendus dans leur collaboration

avec le réseau, qui pourrait les percevoir à tort comme une équipe d'intervention d'urgence et donc provoquer des incompréhensions avec les différents partenaires du réseau.

Cependant, le nom des équipes n'est pas le seul élément pouvant induire en erreur. L'acteur F souligne également que certains de leurs collaborateurs ont des perceptions stéréotypées de leurs équipes, les considérant comme des collaborateurs directs des SAJ. Cependant, selon l'acteur D, le travail avec le SAJ/SPJ ne représente que 45% de leurs activités, et ils interviennent également dans d'autres contextes, sortant alors de ce cadre spécifique.

La collaboration en réseau est entravée par un problème significatif de turnover au sein des SAJ et SPJ. Le turnover, qui désigne le taux de rotation du personnel, est particulièrement préoccupant dans ces institutions. Les équipes SOS Enfants déplorent un manque criant d'effectifs chez leurs collaborateurs. Amélie Roland, du SPJ de Nivelles, dénonce une situation critique : *"On est tellement dans l'urgence, tellement dans la souffrance... On a des enfants qui doivent aller en institution qui subissent encore de la maltraitance. On est en manque de personnel"* (Heinderyckx et al., 2023).

En outre, les réformes proposées sont critiquées par l'aide à la jeunesse, en effet, celles-ci tendent à augmenter la charge de travail tout en réduisant les effectifs, aggravant les conditions de travail déjà difficiles (Conseil communautaire de l'aide à la jeunesse, s.d.). Cette pression constante contribue à un turnover élevé, car le stress lié à la surcharge de travail pousse de nombreux employés à quitter leur poste, comme l'ont étudié Al-Suraihi et ses collègues (2021).

Cette situation n'affecte pas seulement les SAJ et les SPJ, mais également l'ensemble du réseau. Les institutions de placement sont submergées, confrontées à des listes d'attente croissantes, tout comme les services de santé mentale. Cette réalité complexifie le travail des équipes SOS Enfants, dont les membres élaborent des bilans comportant des recommandations qui, en raison des conditions et ressources actuelles, peinent à être mises en œuvre. Cette pression se ressent également chez les équipes SOS Enfants, comme l'a souligné l'équipe de Charleroi, contrainte de restreindre ses interventions aux cas de maltraitance intrafamiliale en raison de la surcharge.

Les défis organisationnels et opérationnels dans tout le réseau impactent inévitablement et profondément les capacités des équipes SOS Enfants à fournir des services efficaces et appropriés.

Le turnover a une conséquence évidente : il contraint les équipes SOS Enfants à former régulièrement les nouveaux délégués et à leur rappeler leurs missions. Cette tâche supplémentaire demande du temps à des équipes déjà submergées, ce qui limite souvent le nombre de formations organisées chaque année. Comme l'a souligné l'acteur C :

Ça doit être travaillé et retravaillé en permanence. D'abord parce que forcément ce n'est pas toujours facile, mais aussi parce qu'il y a beaucoup de turnover dans les SAJ et les SPJ. Donc, souvent, ce qu'on a mis en place doit être recommencé malheureusement.

Malgré l'existence de protocoles de collaboration entre les équipes SOS Enfants et les SAJ/SPJ, stipulant que la mise en œuvre *“fera l'objet d'une réunion d'évaluation locale au minimum une fois par an entre les équipes SOS Enfants et les conseiller-ères de l'aide à la jeunesse. Ces évaluations sont relayées aux administrations et feront l'objet d'une analyse commune par celles-ci.”*, leur mise en œuvre est compromise entre autres par cette instabilité. Par exemple, l'équipe de l'acteur A a rencontré des difficultés à maintenir des évaluations régulières, attribuées à divers événements perturbateurs, y compris la pandémie de COVID-19. Cette situation génère des tensions, bien que toutes les équipes s'accordent pour reconnaître les défis considérables auxquels font face les SAJ et les SPJ.

Actuellement, le paysage de l'aide à la jeunesse traverse une période d'instabilité complexe à gérer. Si l'on met cela en lien avec ma recherche littéraire, sur la contextualisation du paysage de l'aide à la jeunesse, on constate que ces défis de communication et d'organisation avaient déjà été pointés il y a des années.

Dans les années 70, suite à l'intégration de la loi de 1965, le secteur de l'aide à la jeunesse a rencontré des difficultés similaires. Pour contrer cette crise, le système a été repensé en se communautarisant, et en se déjudiciarisant, créant ainsi divers relais psychosociaux, tels que les SAJ et SPJ. Cependant, les solutions mises en place à cette époque semblent aujourd'hui en crise à leur tour.

Les constats actuels sont semblables à ceux faits dans les années 70 : le personnel est submergé de travail et le réseau sature. À l'époque de la première crise, l'aide à la jeunesse se retrouvait dans une logique de contrôle social plutôt que de protection. Aujourd'hui, les conseillers semblent pris dans une logique d'ouverture et de fermeture des dossiers, ce qui peut également être relié à une forme de contrôle social. Bien que différente, cette logique vise toujours à garder une mainmise constante sur chaque dossier.

Cependant, il est important de souligner que toutes ces conclusions ne doivent pas être entièrement attribuées aux travailleurs de ces institutions. Ce sont des êtres humains qui ne parviennent pas à satisfaire les raisons de leur engagement, comme en témoignent les interviewés précédemment cités. Ils font de leur mieux pour aider les jeunes en difficulté avec les moyens qui leur sont alloués.

3.2.3 La connaissance des CPVS

Maintenant que nous comprenons mieux la situation du secteur de l'aide à la jeunesse, la collaboration mise en place, ainsi que le fonctionnement des équipes SOS Enfants, je vais aborder la situation spécifique de SOS Enfants et des CPVS.

Vérifier si les équipes SOS étaient bien informées sur le fonctionnement des CPVS s'est avéré nécessaire dans cette recherche, car comme le souligne Guégan (2019), "la méconnaissance (...) entraînait une méfiance instinctive" (p. 211). Pour prévenir cette méfiance, il était donc important de déterminer si les équipes comprenaient bien le rôle et les missions des CPVS. Les résultats indiquent que tous les répondants peuvent définir le fonctionnement des CPVS : ils les décrivent comme des structures pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des violences sexuelles, à la fois pour les adultes et les mineurs. Certains soulignent la possibilité de porter plainte et la prise en charge médicale associée. En outre, plusieurs précisent que cette prise en charge intervient principalement dans une phase aiguë, c'est-à-dire en situation d'urgence.

On constate que les équipes SOS Enfants ont une compréhension solide du travail des CPVS. Dans les entretiens, les équipes SOS Enfants ont démontré une bonne

connaissance des missions et du fonctionnement des CPVS, ce qui indique une base solide pour établir une collaboration efficace.

3.2.4 La perception

Je vais maintenant explorer la perception des équipes SOS Enfants à l'égard des CPVS, en soulignant les spécificités relevées et les regards exprimés par les interviewés sur ce sujet.

3.2.4.1 La question de la preuve

Pour l'acteur A (G1), les CPVS recherchent principalement le dépôt de plainte, ce qui satisfait les législateurs en quête de contrôle social, mais n'aide pas nécessairement les victimes dont le besoin fondamental après avoir parlé est la protection. Voici un extrait de l'entretien avec cet acteur qui illustre cette perspective : *"C'est du contrôle social. (...) Mais le législateur, c'est clair, c'est un contrôle. Il faut donner un lieu où les victimes auront moins peur d'aller pour qu'on puisse arrêter le mécanisme des agressions. Et condamner l'auteur, je pense, ça c'est la visée, c'est mon avis à moi."* Cette perspective met en évidence la tension entre les objectifs législatifs et les besoins des victimes.

L'acteur B (G1) partage cette vision, estimant que la preuve chez les mineurs victimes est superflue.

L'acteur E (G2) n'a pas de position claire à ce sujet, estimant qu'il est nécessaire d'évaluer les situations individuellement pour éviter d'imposer le dépôt de plainte à tous les enfants.

L'acteur C (G2) considère que, bien que le refus de porter plainte soit respecté, il se demande dans quelle mesure cette décision peut être contournée pour protéger l'enfant.

L'acteur G (G3) trouve le dépôt de plainte intéressant pour une prise en charge globale de la violence sexuelle, mais remet en question son utilité dans certains cas, comme lors d'attouchements entre enfants. L'acteur F (G3) souligne que déposer une plainte n'est pas facile, nécessitant une réflexion et l'intervention d'un policier qui n'est pas toujours disponible.

3.2.4.2 *L'autorité parentale partagée*

Trois équipes (acteurs A, B et D) ont exprimé une préoccupation récurrente : les CPVS ne considèrent pas toujours l'obligation d'informer les deux parents des démarches entreprises pour leurs enfants. Cette absence d'information de la part des CPVS soulève des questions sur l'efficacité et l'équité de leur intervention. L'acteur D souligne l'importance de cette information en expliquant que,

Le mineur est sous la tutelle de ses deux parents. Très souvent, l'autorité parentale est conjointe, il n'y a pas de garde exclusive, et donc la loi fait que les deux parents ont le droit de savoir et d'être contactés. Or, le CPVS n'est pas obligé de contacter les deux parents, et surtout pas s'il est l'auteur.

Les équipes SOS Enfants soulignent la nécessité de cette transparence afin de garantir aux parents ayant des droits sur l'enfant, un accès complet aux informations le concernant.

3.2.4.3 *Approche des CPVS*

L'analyse des prises en charge par les CPVS, selon les témoignages des acteurs A, B et D, révèle une critique concernant le manque d'approche systémique. Ces acteurs déplorent que les CPVS n'adoptent pas une méthode holistique permettant de comprendre les dynamiques familiales et le rôle de la révélation des abus. Ils regrettent que les interventions se concentrent exclusivement sur l'enfant, sans prendre en considération son milieu familial. Comme l'exprime l'acteur B,

Ça ne répond pas aux besoins. Parce qu'il faut prendre le temps de comprendre la dynamique, quand les parents sont impliqués aussi, quand c'est eux qui sont mis en cause comme auteurs éventuels des maltraitances sexuelles, il y a à comprendre la dynamique, il y a à comprendre dans quel fonctionnement ces maltraitances sont apparues.

De plus, quatre intervenants (A, B, D et E) soulignent que le concept des CPVS, bien que pertinent pour les adultes, est inadapté lorsqu'il est appliqué aux mineurs. Ils estiment que la prise en charge des mineurs est difficile à appliquer en raison de leurs besoins et contextes qui diffèrent de ceux des adultes. L'acteur A (G1), en particulier, exprime des

doutes quant à la nécessité d'une telle entité supplémentaire pour la prise en charge des violences sexuelles sur mineurs. Il souligne que,

Je trouve que c'est une bonne chose pour les adultes de nouveau. Par contre pour les enfants, je pense qu'il y a des lieux spécifiques qui accompagnent les parents et les enfants, qui ne sont pas dans l'idée de faire un diagnostic médical de la situation, qui sont d'abord là dans une rencontre avec des parents traumatisés par l'annonce de ça. Et c'est inutile de former les CPVS à ça, puisqu' on a des équipes SOS Enfants.

Ce point de vue reflète la conviction que les équipes SOS Enfants disposent déjà des compétences nécessaires pour répondre aux besoins spécifiques des victimes mineures, rendant ainsi superflue la formation des CPVS sur ce sujet.

Toutefois, le groupement 1 (Acteurs A et B) et l'acteur E (G2) reconnaissent l'utilité du travail des CPVS pour les victimes majeures, contribuant ainsi de manière significative à la prévention de la victimisation secondaire⁷. Ils apprécient les efforts des CPVS dans l'accompagnement des adultes, mais restent sceptiques quant à leur adaptation aux besoins spécifiques des mineurs.

3.2.4.4 Le suivi

Cinq équipes (Acteurs A, B, C, D et E) ont exprimé des préoccupations quant à la focalisation exclusive de la prise en charge des CPVS sur la phase aiguë des situations. Bien que cette approche soit indispensable, elle comporte des limites. Les équipes insistent sur la nécessité d'un suivi à long terme, arguant que les enfants ne se confient pas immédiatement aux intervenants. La révélation progressive de leur vécu requiert un travail thérapeutique approfondi et continu. Dès lors, il apparaît que la prise en charge qui se limite à la phase aiguë est insuffisante.

L'acteur C (G2), en revanche, n'est pas aussi catégorique. Bien qu'il remette en question la focalisation exclusive sur la phase aiguë, mais contrairement à ses confrères, il note

⁷ “Douleur et aux blessures psychologiques infligées aux victimes par l’entourage et par les institutions judiciaires et sociales. Ces blessures résultent du manque de soutien auquel s’attend la victime de la part de ses proches, de la communauté, de la société en général” (Engel, 1993, p.960 cité par Gaudreault, 2002).

que la durée de la prise en charge peut varier en fonction de la zone géographique où se trouve le CPVS. Il observe,

On sent des différences dans les pratiques, mais ça nous paraît normal puisque c'est encore des services entre guillemets qui se cherchent un peu. (...) ils disent qu'ils peuvent organiser un suivi alors à ce moment-là mais qui serait maximum de 6 mois si j'ai bien compris. Mais c'est ça qui n'est pas toujours la même chose selon les CPVS.

Selon lui, il serait bénéfique pour les CPVS d'harmoniser les pratiques de prise en charge à travers pour assurer une cohérence dans l'accompagnement des victimes.

3.2.4.5 L'approche médical et juridique

Selon l'acteur B (G1), il existe une divergence entre les méthodes de SOS Enfants et celles défendues par les CPVS. Les CPVS eux, se concentrent principalement sur les aspects médicaux et juridiques, tandis que SOS Enfants adopte une approche psychosociale pour gérer les situations de violences sexuelles. Il pense que l'aspect médical et juridique est le cheval de bataille des CPVS.

L'acteur A (G1) exprime des préoccupations quant aux risques de re victimisation des enfants lorsqu'ils sont pris en charge par le volet médical des CPVS. Il évoque une recherche réalisée par le Fonds Houtman, qui propose un guide de bonnes pratiques pour le personnel médical chargé de la prise en charge des violences sexuelles infantiles. Selon lui, il serait plus judicieux de former les pédiatres et le personnel médical, pour éviter des interventions potentiellement traumatisantes pour les enfants.

En revanche, l'acteur F (G3) apprécie particulièrement l'approche pluridisciplinaire des CPVS. Il souligne que cette méthode enrichit la prise en charge des mineurs en fournissant des informations médicales souvent absentes chez SOS Enfants

De notre côté, ça nous donne un peu plus d'informations des situations. C'est-à-dire que quand on a un signalement pour des faits de maltraitance sexuelle provenant par exemple d'un professionnel extérieur, le regard médical, on ne l'a

peut-être pas. Dans le cas de l'analyse de la situation, nous savoir cette information plus au niveau médical, ça donne beaucoup d'éléments.

L'acteur G (G3) partage également cette opinion, renforçant l'idée que l'intégration de divers domaines d'expertise dans les CPVS contribue à une prise en charge plus complète des victimes mineures.

3.2.4.6 L'accessibilité

L'acteur C (G2), perçoit les CPVS de manière positive en raison de leur accessibilité continue. En effet, ces services sont disponibles à toute heure, ce qui constitue un avantage considérable par rapport aux équipes de SOS Enfants, qui ne sont disponibles que pendant les heures de bureau. Cette disponibilité constante est perçue comme un atout majeur pour les victimes, leur fournissant un soutien immédiat.

L'acteur F (G3) partage également ce point de vue. Cette accessibilité 24/7 est considérée comme un atout majeur, répondant efficacement aux situations d'urgence et garantissant un soutien continu aux personnes en détresse. Comme il l'explique, *"Ils sont ouverts 24 heures sur 24. C'est une chose sur scène. Donc, ils réceptionnent toutes les situations liées à des abus sexuels ou à des attouchements ou tous les liens au niveau de la sexualité."* (Acteur F).

3.2.4.7 CPVS : acteur supplémentaire

Comme évoqué précédemment, l'acteur A (G1) considère que l'intégration des CPVS dans la prise en charge des mineurs est superflue. Selon lui, les équipes SOS Enfants sont déjà suffisamment qualifiées pour gérer les violences sexuelles et répondre aux besoins des jeunes victimes.

En revanche, l'acteur E (G2) adopte une perspective différente. Il voit l'intégration des CPVS comme un atout, soulignant que l'ajout d'un nouvel acteur peut enrichir le système d'intervention *"Vu que le CPVS, c'est plutôt un nouvel acteur, même si ça fait déjà un peu plus de cinq ans qu'ils sont là, c'est quand même un nouvel acteur dans le paysage et c'est*

positif." Cette vision est partagée par l'acteur C (G2), qui considère également que l'introduction des CPVS apporte un nouvel acteur à la prise en charge.

Pour l'acteur F (G3), le principal inconvénient des CPVS réside dans la multiplication des professionnels impliqués dans les situations. Il précise que cette accumulation d'interlocuteurs peut compliquer la gestion pour l'enfant, rendant la situation plus difficile à comprendre.

Pour conclure cette section, il apparaît que les perceptions des CPVS varient significativement entre les différents groupements.

Le Groupement 1 (Acteurs A et B) exprime une critique marquée à l'égard des CPVS. Ils considèrent ces services comme superflus et potentiellement inadaptés à la prise en charge des mineurs, estimant que les équipes SOS Enfants sont déjà bien équipées pour remplir ce rôle. Leur avis global est donc plutôt négatif, mettant en avant les limitations perçues des CPVS.

Le Groupement 2 (Acteurs C, D et E) adopte une position plus nuancée. Ils reconnaissent certains avantages des CPVS, notamment leur accessibilité continue, tout en soulignant des points à améliorer, tels que l'harmonisation des pratiques et la communication avec les parents. Leur perspective est partagée entre la reconnaissance des aspects positifs et les critiques sur les faiblesses observées.

Enfin, le Groupement 3 (Acteurs F et G) se montre le plus favorable aux CPVS. Ils apprécient particulièrement l'approche pluridisciplinaire et l'enrichissement qu'apportent ces services à la prise en charge des victimes mineures. Leur évaluation est donc largement positive, mettant en avant les bénéfices et les contributions de ces acteurs, malgré quelques réserves qui restent mineures.

En somme, les avis sur les CPVS divergent selon les groupes, oscillant entre critiques et approbations, mais une tendance générale se dessine : les CPVS sont perçus comme une innovation utile par certains, tandis que d'autres restent sceptiques quant à leur véritable apport dans la prise en charge des mineurs.

3.2.5 La collaboration

Nous avons fait le point sur la manière dont les CPVS sont perçus par les équipes de SOS Enfants ; il est désormais temps d'aborder leur collaboration en tant que telle.

3.2.5.1 Les expériences collaboratives

Les expériences des équipes SOS Enfants en matière de collaboration avec les CPVS varient en fonction des groupements géographiques.

Pour les acteurs du groupement 1 (A et B), les interactions avec les CPVS sont limitées en raison de l'absence de ces services dans leurs zones d'intervention. L'acteur A a eu une mauvaise expérience avec un CPVS, ce qui a conduit à une déception quant à cette collaboration. Par conséquent, il ne souhaite pas renouveler l'expérience. L'acteur B, plus nuancé, reste ouvert à une éventuelle collaboration, à condition qu'elle soit clairement définie, mais il souligne que sa mise en place pourrait nécessiter du temps.

Le groupement 2, composé des acteurs C, D et E, opère dans des zones où les CPVS sont présents. Pour l'acteur C, la collaboration avec les CPVS est encore récente, et des efforts continus sont nécessaires pour la renforcer. Quant à l'acteur D, il illustre sa dynamique de collaboration en expliquant : *"Parce qu'on s'est rendu compte qu'il y avait pas mal de tensions dans les situations qu'on avait en commun, et donc on a dû mettre ça à plat."* De cet extrait, il ressort qu'une prise de conscience a conduit à une réévaluation des méthodes de collaboration (détaillées ci-dessous), permettant d'apaiser les tensions initiales. Une situation similaire de collaboration a également été vécue par l'acteur E.

Pour le Groupement 3 (acteurs F et G), la collaboration avec les CPVS est une dimension qu'ils ont toujours expérimentée au cours de leur activité chez SOS Enfants. Ces équipes rapportent que cette collaboration se déroule bien, sans problèmes majeurs.

3.2.5.2 *La communication*

Les difficultés de communication entre les CPVS et les équipes de SOS Enfants se sont révélées comme le point le plus fréquemment souligné au cours de ces entretiens.

L'acteur A (G1) a évoqué des problèmes liés au respect des règles du RGPD, compliquant l'échange d'informations entre les deux parties. L'acteur B (G1) a signalé des défis supplémentaires dus au fonctionnement des CPVS, qui opèrent comme un service hospitalier ouvert 24 heures sur 24 avec des rotations d'équipe. Comme il l'explique :

Ce n'est pas toujours simple parce que c'est vrai que c'est le fonctionnement d'un hôpital, ça veut dire que c'est des équipes qui tournent avec des pauses et des shifts. Nous, on appelle pour prendre des infos sur une situation qu'ils nous ont envoyée et puis on nous dit que ce n'est pas moi qui ai vu la personne, c'est ma collègue mais elle travaille à tel jour, il faudrait rappeler à tel moment. Et donc on doit rappeler au bon moment la collègue pour voir les infos. C'est vrai que c'est parfois compliqué, on doit appeler plusieurs fois avant de tomber sur la bonne personne qui va pouvoir nous répondre.

Ce mode de fonctionnement entraîne des complications dans la communication entre les équipes SOS Enfants et les CPVS. Lorsque SOS Enfants reçoit un signalement d'un CPVS, il est souvent difficile d'entrer en contact avec le membre du personnel qui a pris en charge la victime, en raison des horaires décalés et des roulements de personnel.

L'acteur D (G2) a également signalé des difficultés de communication, attribuées à une perception erronée qu'ont les CPVS des équipes de SOS Enfants. Comme mentionné précédemment dans la section sur la collaboration avec le secteur de l'aide à la jeunesse, le nom "SOS Enfants" porte une connotation d'urgence, ce qui engendre des malentendus concernant les pratiques de ces équipes. Cette opinion a également été partagée par l'acteur E (G2), qui a rencontré des problèmes similaires.

3.2.5.3 *Le processus de renvoi*

L'acteur D (G2) souligne un problème majeur lié au processus de renvoi : seuls les CPVS ont la capacité de transmettre des situations aux équipes SOS Enfants, tandis que l'inverse

n'est pas prévu. Cette asymétrie est particulièrement problématique pour l'équipe de cet acteur, déjà surchargée par sa charge de travail :

On a établi des critères de prise en charge parce qu'on est quand même surchargé et donc on est obligé de malheureusement prioriser nos situations, c'est un peu terrible de devoir faire comme ça, mais parce qu'on sait que le réseau est surchargé et que ses enfants ne vont pas nécessairement être aidés, et donc nous on a établi des critères de prise en charge. Maintenant, il faut savoir qu'autant eux, ils pourraient nous renvoyer toutes les situations, autant l'inverse n'est pas vrai. Puisqu'il faut que, pour pouvoir les contacter, il faudrait que l'abus sexuel ait lieu dans les 7 jours, pour une prise en charge plus médicale, et dans le mois, pour une prise en charge plus psychologique. Donc nous, on a très peu d'enfants qui arrivent dans ce cadre de figure-là. Très, très peu.

Ce contexte entraîne une surcharge supplémentaire pour l'équipe, déjà confrontée à une augmentation constante de situations.

L'acteur E (G2) exprime une préoccupation tout autre : il note que les CPVS préfèrent souvent contacter le SAJ plutôt que son équipe SOS Enfants. Il regrette le faible nombre de renvois directs vers leur équipe, malgré le fait que les CPVS traitent 40 % des cas impliquant des mineurs. Cette préférence pour l'intervention du SAJ limite la capacité de cette équipe à intervenir efficacement.

Dans le Groupement 3, les procédures de renvoi s'avèrent efficaces, qu'elles concernent des motifs judiciaires ou médicaux. Ces procédures n'entravent pas le travail des équipes ; au contraire, elles facilitent une collaboration complémentaire entre les deux équipes. Cette coordination permet d'adopter une approche intégrée des situations.

3.2.5.4 Le CPVS comme outil de validation du vécu d'abus sexuels

C'est un aspect exclusivement soulevé par l'acteur A (G1) il concerne l'utilisation stratégique par certains parents de leur passage dans un CPVS comme légitimation des allégations de violences sexuelles. Il illustre cette problématique avec un exemple concret : *“Il y a eu un cas où l'auteur et son père sont venus au CPVS avec une petite fille de 18 mois. Ils se sont rendus au CPVS parce qu'ils étaient accusés de maltraitance et voulaient*

prouver leur innocence.” Cet aspect révèle les préoccupations quant à l'utilisation stratégique du passage dans un CPVS comme moyen de légitimer des allégations de violences sexuelles.

Pour donner suite à l'analyse des défis communicationnels rencontrés entre les CPVS et les équipes SOS Enfants, il convient d'explorer les stratégies mises en œuvre pour renforcer cette collaboration. Cette analyse se concentrera sur les groupements 2 et 3, en raison du manque de partenariat du groupement 1.

3.2.5.5 Les réunions et protocole de collaboration

Dans le Groupement 2, l'acteur C a indiqué que des réunions ont été mises en place pour clarifier la collaboration et définir le rôle de chacun. L'acteur D a partagé son expérience d'une collaboration initialement complexe avec les CPVS. Grâce à des réunions et à l'intervention d'un médiateur, un protocole de collaboration a été établi, permettant d'atteindre un terrain d'entente. Ce protocole a pour objectif d'optimiser la collaboration en matière de communication et de transferts des situations, bien que ces transferts demeurent unidirectionnels.

La situation est similaire pour l'acteur E (G2), dont le début de collaboration avec les CPVS a également été difficile. Les réunions ont permis une amélioration progressive, malgré des défis persistants tels qu'un taux de turnover élevé pour les CPVS, qui complique encore la collaboration.

Dans le Groupement 3, un protocole de collaboration clair a été mis en place, et des réunions mensuelles sont organisées pour discuter des situations communes. Comme l'a souligné l'Acteur G, ces réunions régulières permettent un accès plus facile aux informations et une meilleure coordination entre les équipes : *“Ils font des réunions assez régulièrement, ils sont plusieurs à être présents. De plus, lorsque nous les contactons, nous avons la possibilité d'accéder aux informations nécessaires.”*

3.2.5.6 Feuille de liaison

Dans le groupement 3, une feuille de liaison a été instaurée pour faciliter la transmission des informations entre les deux équipes. Cet outil permet un échange fluide d'informations, optimisant ainsi la coopération. Cette feuille de liaison est automatiquement utilisée pour les mineurs de moins de 15 ans, garantissant que les informations importantes soient partagées rapidement.

3.2.5.7 Référent CPVS

Une autre mesure de collaboration spécifique au groupement 3 est la présence d'une référente CPVS. Cette personne est chargée de faciliter l'échange d'informations de situation entre l'équipe SOS et le CPVS.

En résumé, la collaboration entre les équipes de SOS Enfants et les CPVS présente des défis variés selon les groupements. Pour le groupement 1, les interactions avec les CPVS sont limitées, et les expériences sont souvent négatives ou incertaines. En revanche, les groupements 2 et 3 ont mis en place plusieurs initiatives pour améliorer cette collaboration. Le groupement 2 a instauré des réunions et un protocole de collaboration. Le groupement 3, quant à lui, a adopté des pratiques efficaces telles que des protocoles clairs, des réunions mensuelles, une feuille de liaison et l'introduction d'une référente CPVS pour faciliter l'échange d'informations. Ces mesures permettent une gestion plus fluide et complémentaire des situations, favorisant une coopération intégrée entre les équipes de SOS Enfants et les CPVS.

3.3 MISE EN LIEN

Dans cette section, je procéderai à une analyse approfondie des résultats précédemment présentés pour cela je vais me référer à la méta-analyse de Bronstein (2003). Pour rappel, elle identifie cinq facteurs clés pour une collaboration efficace. Cette méta-analyse offre un cadre intéressant pour comprendre les dynamiques de collaboration entre les CPVS et les équipes SOS Enfants.

3.3.1 L'interdépendance

Le premier facteur clé identifié est l'interdépendance, qui dans ce contexte fait référence à la nécessité pour les professionnels de travailler ensemble de manière coordonnée et complémentaire. Pour que cette collaboration fonctionne, il est essentiel que les rôles de chacun soient définis. Pour y parvenir, il est nécessaire d'instaurer des moments de communication réguliers, tant formels qu'informels.

Dans ce cadre, le groupement 1, ne considère pas comme nécessaire la création de CPVS pour la prise en charge des mineurs, considérant que les équipes SOS Enfants assurent déjà la gestion des situations de maltraitance sexuelle sur mineurs. Cette perspective illustre un rejet de l'interdépendance, les acteurs de ce groupement ne considèrent pas l'ajout de ce nouveau protagoniste comme nécessaire. Ainsi, la notion d'une collaboration avec les CPVS est perçue comme superflue, voire non pertinente, limitant ainsi la reconnaissance de l'interdépendance requise pour une coopération optimale.

Si l'on met cela en perspective avec le groupement 2, les avis y sont plus partagés. Le point qui nécessite une attention particulière au sein de ce groupement est la communication. En effet, les CPVS, dont les horaires de travail couvrent à la fois les jours et les nuits, rencontrent des difficultés pour échanger efficacement avec les équipes SOS Enfants, qui sont opérationnelles uniquement durant la journée. Cette différence d'horaires complique l'obtention d'informations auprès des professionnels des CPVS ayant eu contact avec les familles. D'autant plus que certains acteurs expriment des réserves quant à l'utilité des CPVS pour la prise en charge des mineurs, il est clair que l'interdépendance entre les deux entités pose problème. Cependant, la communication

reste un domaine où des améliorations sont possibles, suggérant que des efforts ciblés pourraient renforcer cette interdépendance essentielle.

Pour le dernier groupement, un système de fonctionnement différent est adopté : la communication informelle. Du fait que cette équipe SOS Enfants est localisée au sein du même hôpital que le CPVS avec lequel elle collabore, la communication informelle est grandement facilitée. Le partage d'un espace commun permet aux professionnels d'échanger de manière plus fluide. L'acteur G en fournit un exemple concret : *“Ils sont situés dans l'hôpital, nous aussi, et donc ça peut même nous arriver en permanence d'avoir un échange parce qu'ils ont une famille qui est sur place où ils pensent que ce serait intéressant qu'on se présente.”* En ce qui concerne la reconnaissance de l'utilité professionnelle des CPVS, celle-ci est bien présente. Les deux acteurs du groupement ont exprimé leur satisfaction concernant l'apport des CPVS. Ils les perçoivent comme un acteur complémentaire, apportant des éléments supplémentaires non disponibles dans l'expertise de SOS Enfants. Cette appréciation positive met en évidence la perception d'une complémentarité entre les services, qui reflète une forme d'interdépendance.

Cette première analyse révèle que, dans le groupement 1, l'interdépendance avec les CPVS est perçue comme inexistante, les acteurs de ce groupe ne reconnaissant pas la nécessité de l'intégration des CPVS. En revanche, dans le groupement 2, la perception de l'interdépendance est plus nuancée, marquée par des problèmes de communication qui ont été partiellement résolus par la mise en place de réunions régulières et l'établissement de protocoles de collaboration. Enfin, le groupement 3 montre une reconnaissance claire de l'utilité des CPVS. Les acteurs de ce groupement apprécient non seulement la contribution distincte des CPVS, mais ils bénéficient également d'une communication plus fluide grâce à des outils tels que la feuille de liaison et la présence d'une personne référente CPVS. De plus, la proximité physique des équipes permet des échanges informels qui renforcent leur interdépendance.

3.3.2 Les activités professionnelles nouvellement créées

L'objectif de ce facteur de collaboration est d'aller au-delà des pratiques individuelles et des services offerts par les institutions auxquelles les professionnels appartiennent, en œuvrant à la création de nouvelles structures. Ces structures visent à transcender les frontières institutionnelles existantes, permettant ainsi une approche plus intégrée et coordonnée entre les différents acteurs.

Pour le groupement 1, il est intéressant de mettre en relation ce facteur avec un obstacle précédemment évoqué dans la même méta-analyse : le rôle professionnel et l'identité. Cet obstacle se manifeste par une forte adhésion à sa propre profession, ce qui peut freiner la collaboration avec d'autres acteurs. Ce problème est particulièrement visible chez les membres du groupement 1. Pour rappel, les deux acteurs de ce groupe sont psychologues et soulignent que les CPVS n'adoptent pas toujours une approche systémique dans la gestion des situations, ce qu'ils considèrent comme problématique. De plus, l'acteur A montre une forte loyauté envers les équipes SOS Enfants, ce qui pourrait limiter son ouverture à collaborer avec les CPVS. Cette forte identification à sa propre équipe et à ses méthodes de travail représente un obstacle à la création d'une nouvelle structure de collaboration.

Pour le groupement 2, ce point n'a pas été explicitement souligné, ni positivement ni négativement. Cependant, la mise en place d'un protocole de collaboration témoigne d'une volonté de se rassembler autour d'un objectif commun, favorisant ainsi un travail conjoint et la création d'une nouvelle dynamique. Ce même principe est observable dans le groupement 3, bien qu'il soit encore plus marqué dans ce dernier. En effet, le G3 a créé un rôle spécifique au sein de leur équipe, en nommant un représentant CPVS. Cette initiative témoigne d'une véritable volonté de construire une nouvelle structure de collaboration.

3.3.3 La flexibilité

La flexibilité, qui se manifeste par la capacité à s'adapter en cas de désaccord ou de changement de contexte, n'a pas été observée dans le groupement 1. En effet, les acteurs de ce groupement collaborent très rarement avec les CPVS, ce qui limite leur exposition

aux situations nécessitant des ajustements ou des adaptations en réponse aux défis ou aux évolutions contextuelles.

Dans le groupement 2, la flexibilité a été perçue, en particulier par les acteurs D et E, qui ont rapporté un climat de tension initial finalement apaisé grâce à des réunions entre professionnels. Ces échanges ont permis de calmer les tensions en s'adaptant aux préoccupations mutuelles. Cependant, cette flexibilité n'a pas été pleinement exploitée, car des problèmes de collaboration persistent, notamment concernant le système de renvoi des situations. L'équipe D, débordée et en situation de surmenage, déplore le fait que les renvois se produisent principalement du CPVS vers SOS Enfants, sans réciprocité. De l'autre côté, l'équipe E critique le peu de renvois effectués du CPVS vers SOS Enfants, regrettant l'insuffisance d'échanges dans ce sens. Pour le dernier acteur (Acteur C) de ce groupement, la situation est plus récente et reste en discussion, notamment concernant la durée de prise en charge des mineurs par les CPVS, une question qui nécessite encore une position claire.

Pour le groupement 3, la flexibilité a été clairement mise en œuvre. Confrontée à la surcharge due à la gestion de la quasi-totalité des situations provenant du CPVS le plus proche, cette équipe a rapidement été débordée. Ce problème a été discuté avec le CPVS, et ensemble, ils ont trouvé une solution. Désormais, le CPVS ne dirigera des situations vers cette équipe SOS Enfants que sous certaines conditions, notamment en fonction du lieu de résidence de l'enfant, orientant les autres situations vers d'autres équipes. Cette approche illustre comment un obstacle a été surmonté grâce à une collaboration flexible et une adaptation mutuelle.

3.3.4 La propriété collective des objectifs

La propriété collective des objectifs se définit non seulement par une vision partagée entre les parties prenantes, mais également par une responsabilité collective envers ces objectifs communs.

Pour le groupement 1, la vision qu'ils ont des CPVS semble constituer un obstacle à cette idée de vision et de responsabilité partagées. Leur perception des CPVS comme étant

redondants par rapport aux équipes existantes empêche le développement d'une vision commune.

Pour le groupement 2, un extrait de mon entretien avec l'acteur D illustre une approche plus collaborative : *“Et vous avez trouvé qu'ils étaient assez ouverts ? - Oui, oui. - C'était assez facile de mettre en place une collaboration ? - Oui, oui.”*. Cet extrait témoigne d'une volonté d'ouverture et de coopération. L'accord de collaboration mis en place par les acteurs D et E suggère qu'ils ont su adopter une vision commune, bien qu'il reste encore des aspects à améliorer. Pour l'acteur C, bien que la collaboration soit plus récente, il semble prêt à travailler à l'élaboration d'une vision partagée.

Quant au groupement 3, ils ont rencontré des difficultés concernant les renvois vers leur équipe, mais ces questions ont été discutées avec le CPVS. Cela indique que la notion de responsabilité collective et de vision commune est bien présente au sein de ce groupement.

3.3.5 Réflexion sur le processus

La réflexion sur le processus se réfère à l'examen critique des méthodes de travail en vue d'optimiser la collaboration.

Pour le groupement 1, cette réflexion n'a pas eu lieu, en raison de leur faible niveau de collaboration avec les CPVS.

En revanche, pour les groupements 2 et 3, bien que les problématiques diffèrent, chacun a entrepris une réflexion sur le processus collaboratif. Le groupement 2, en particulier les acteurs D et E, ont réalisé une réflexion interne sur les mécanismes de renvoi, bien que cette réflexion n'ait pas encore été formalisée avec les CPVS. Le groupement 3, pour sa part, a déjà mis en œuvre des ajustements en réponse à une surcharge de renvoi des situations, démontrant ainsi leur capacité à réévaluer et adapter leurs méthodes de travail pour améliorer la collaboration.

Pour conclure l'analyse des facteurs clés de collaboration identifiés dans la méta-analyse de Bronstein (2003), il apparaît que la coopération entre les CPVS et les équipes SOS Enfants est façonnée par des éléments tels que l'interdépendance, la création de nouvelles

structures, la flexibilité, la propriété collective des objectifs, et la réflexion sur le processus. Alors que certains groupements démontrent une dynamique positive de collaboration, d'autres se heurtent à des obstacles significatifs. Ces obstacles seront maintenant explorés en fonction de la situation propre à chaque groupement.

En ce qui concerne le groupement 1, au-delà du rôle professionnel déjà évoqué, il est pertinent de souligner un second obstacle à la collaboration : l'impact de l'historique des collaborations. L'acteur A a rapporté une expérience antérieure négative avec un CPVS, ce qui a contribué à forger une perception défavorable de ces centres. Cet historique négatif pourrait compliquer la construction d'une relation collaborative future, renforçant ainsi les réticences déjà présentes en raison d'une forte allégeance professionnelle.

Pour le deuxième groupement, l'une des caractéristiques structurelles à considérer dans le cadre de cette collaboration est la gestion d'une charge de travail raisonnable. Or, l'acteur D a évoqué une situation de surcharge au sein de son équipe, qui a dû mettre en place des critères spécifiques pour accepter de nouvelles situations. Cette surcharge est exacerbée par les renvois de situations effectués par les CPVS, sans possibilité de réciprocité. Cette situation délicate nécessite une gestion rigoureuse, sous peine de compromettre les efforts de collaboration qui ont été entrepris.

En outre, l'acteur D a également soulevé des critiques concernant le financement. En effet, les CPVS sont financés par des fonds fédéraux, tandis que les équipes SOS Enfants relèvent des communautés. Cette différence de financement peut engendrer des tensions, les CPVS perçus comme disposant de moyens plus importants pour mener à bien leurs missions. Bien que cet obstacle n'ait été explicitement mentionné que par l'acteur D, il est potentiellement généralisable à toutes les équipes, et pourrait, à terme, générer des tensions et donc nuire à toute forme de collaboration.

Pour conclure cette analyse, je distingue trois phases distinctes de collaboration entre les équipes SOS Enfants et les CPVS, chacune révélant des nuances importantes :

Premièrement, la phase initiale observée au sein du groupement 1 (sans CPVS), l'attitude envers une éventuelle collaboration avec les CPVS est sceptique voire négative. L'appréhension découle d'un manque de compréhension quant aux bénéfices potentiels

de cette coopération. Cependant, il est à noter qu'une des équipes n'était pas fermée à une collaboration future, sous réserve d'un travail approfondi sur les modalités.

En deuxième lieu, le groupe 2, qui inclut des équipes ayant récemment intégré un CPVS sur leur territoire, montre des efforts de collaboration malgré des perceptions parfois mitigées ou négatives. Il est perceptible que cette collaboration nécessite encore des efforts pour surmonter des obstacles fonctionnels.

Enfin, le groupe 3 représente une équipe SOS Enfants où la collaboration avec les CPVS est bien établie. Cette phase avancée laisse entrevoir un environnement où les retours d'expérience sont valorisés et où des ajustements organisationnels ont été faits pour faciliter la gestion des situations.

Cependant, il est important de souligner un point d'attention pour le groupe 3, qui se distingue des autres groupes : le cadre de travail commun avec le CPVS, puisque cette équipe est située au sein du même hôpital que ce dernier. Des recherches ont démontré que l'absence de proximité physique peut altérer la compréhension mutuelle ainsi que la résolution de problèmes (Michinov, 2008). Ainsi, cette proximité physique joue un rôle déterminant pour le groupement 3 en facilitant leur communication, leur coordination d'actions ainsi que la résolution de problèmes. En revanche, les autres équipes SOS Enfants, ne bénéficiant pas d'un tel environnement, rencontrent des défis plus importants dans leur collaboration avec les CPVS.

En conclusion, bien que les contrastes entre les équipes soient évidents, une collaboration efficace entre SOS Enfants et les CPVS est possible malgré ces différences. Néanmoins, je reste prudente quant à l'extension de cette conclusion à toutes les équipes, étant donné que seule l'équipe bénéficiant d'une proximité physique avec les CPVS semble jouir d'une collaboration optimale.

4 CONCLUSION

L'objectif de ce mémoire était d'analyser la collaboration entre les CPVS et les équipes SOS Enfants. Bien que ces deux acteurs interviennent dans un secteur commun, celui de l'aide à la jeunesse, la littérature a révélé qu'ils opèrent selon des modes de fonctionnement distincts. Dès lors, une question se pose : *Arrivée des CPVS dans le secteur de l'aide à la jeunesse (dans la Belgique francophone) au regard des équipes SOS Enfants. Que dire de leur collaboration ?*

Pour répondre à cette question, il a d'abord été nécessaire d'examiner la littérature existante. La première étape a consisté à contextualiser le paysage de l'aide à la jeunesse, retraçant son évolution. On est passé d'une approche patriarcale, influencée par les deux guerres mondiales, à un système de protection fondé sur l'État providence. Cela a finalement abouti au système que l'on connaît aujourd'hui, fondé sur une approche pluridisciplinaire et sur une aide accordée en concertation, visant à répondre aux besoins complexes des jeunes en difficulté.

Après avoir établi ce contexte, une présentation détaillée des équipes SOS Enfants s'est imposée, retraçant leur création, leurs missions et leurs spécificités. Ensuite, la définition des violences sexuelles, particulièrement dans le cas des mineurs, a été abordée avant d'introduire le second acteur majeur de cette recherche : les CPVS.

Avec ces éléments en place, la prochaine étape a été de préciser la problématique en l'articulant avec une méta-analyse sur les collaborations entre entités pluridisciplinaires. Cette analyse a permis de mieux cerner les dynamiques de collaboration entre les CPVS et les équipes SOS Enfants, offrant ainsi un éclairage sur les défis et les points d'attention auxquels il convient de prêter une attention particulière.

Forte de cette compréhension approfondie, j'ai ensuite détaillé la méthodologie de l'étude. Cela inclut la présentation des profils des participants aux entretiens qualitatifs (semi-directif), les méthodes d'analyse employées, ainsi que les biais et les limites, afin de mieux contextualiser les résultats obtenus.

Cette présentation méthodologique a établi le cadre nécessaire pour une analyse des résultats. Ensuite, j'ai exposé les résultats de la recherche en les confrontant aux éléments

de la méta-analyse. Cette comparaison a permis de formuler des conclusions sur la collaboration entre les CPVS et les équipes SOS Enfants.

Ainsi, les conclusions de cette recherche sont les suivantes : trois phases distinctes ont été identifiées dans la collaboration entre les CPVS et les équipes SOS Enfants. Premièrement, la phase initiale observée au sein du groupement 1 (sans CPVS), l'attitude envers une éventuelle collaboration avec les CPVS est sceptique voire négative. L'appréhension découle d'un manque de compréhension quant aux bénéfices potentiels de cette coopération. Cependant, il est à noter qu'une des équipes n'était pas fermée à une collaboration future, sous réserve d'un travail approfondi sur les modalités. En deuxième lieu, le groupe 2, qui inclut des équipes ayant récemment intégré un CPVS sur leur territoire, montre des efforts de collaboration malgré des perceptions parfois mitigées ou négatives. Il est perceptible que cette collaboration nécessite encore des efforts pour surmonter des obstacles fonctionnels. Enfin, le groupe 3 représente une équipe SOS Enfants où la collaboration avec les CPVS est bien établie. Cette phase avancée laisse entrevoir un environnement où les retours d'expérience sont valorisés et où des ajustements organisationnels ont été faits pour faciliter la gestion des situations.

En conclusion, bien qu'une collaboration fructueuse entre les équipes SOS Enfants et les CPVS soit envisageable malgré leurs différences de fonctionnement, ces résultats doivent être interprétés avec prudence.

L'échantillon limité à sept équipes ne permet pas de généraliser ces conclusions à l'ensemble des équipes SOS Enfants. De plus, un point d'attention particulier concerne la troisième phase. L'équipe SOS Enfants et le CPVS avec lequel elle collabore partagent le même établissement hospitalier. Cette proximité physique pourrait jouer un rôle dans leur collaboration. C'est pourquoi, dans des recherches futures, il serait intéressant d'examiner à plus grande échelle l'influence de la proximité physique sur la qualité de la collaboration entre les équipes SOS Enfants et les CPVS.

5 BIBLIOGRAPHIE

- Abramson, J. S. (1990). Making teams work. *Social Work with Groups*, 12(4).
- Abramson, J. S., & Rosenthal, B. B. (1995). Interdisciplinary and interorganizational collaboration. In R. L. Edwards (Ed.-in-Chief), *Encyclopedia of social work* (19th ed., Vol. 2, pp. 1479–1489). NASW Press.
- Actes du colloque organisé par le CEDJ : Voies nouvelles de prévention. Rapport du carrefour consacré au thème « Les relations avec les institutions judiciaires, administratives et sociales ».* (1974). CEDJ.
- Agrali, S. (2018). La pluridisciplinarité comme cadre de travail : À la rencontre des personnes victimes de violences politiques. *Mémoires*, 73, 21-21. <https://doi.org/10.3917/mem.073.0021>
- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale: Erlbaum.
- Al-Suraihi, W. A., Samikon, S. A., Al-Suraihi, A. H. A., & Ibrahim, I. (2021). Employee turnover: Causes, importance and retention strategies. *European Journal of Business and Management Research*, 6 (3).
- Allen, D. (2007). The reporting and underreporting of rape. *Southern Economic Journal*, 73(3), 623-641. <https://doi.org/10.2307/20111867>
- Amir, M. (1971). *Patterns in forcible rape*. Chicago: University of Chicago Press.
- Baeselen, X., & de Fraene, D. (2000). Vers une réforme fondamentale de la loi de 1965 relative à la protection de la jeunesse. *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 1676-1677. <https://doi.org/10.3917/cris.1676.0001>

- Barlet, B. (2015). *De la médecine du travail à la santé au travail: Les groupes professionnels à l'épreuve de la « pluridisciplinarité »* (Thèse de doctorat, Université Paris 10).
- Bartholomé, J.-P., & Vallée, G. (1988). La protection de la jeunesse. *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 1220-1221.
- Beague, M. (2015). Équipes SOS Enfants: Le dispositif de prévention et de prise en charge de la maltraitance infantile en Fédération Wallonie-Bruxelles au regard de quelques normes internationales. *Journal du droit des jeunes*, (347).
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. Free Press.
- Beckers, J. (1979). Le travailleur social et sa pratique. *Déviance et société*.
- Beeckmans, M. (1994). The abused child: Activities of the SOS Children team of the Saint-Pierre Hospital. *Revue Médicale de Bruxelles*, 15.
- Bègue, L. (s.d.). *Un déterminant du phénomène de « victimisation secondaire » : La croyance en un monde juste*. Research gate https://www.researchgate.net/publication/302403671_Un_determinant_du_phenome_de_victimisation_secondaire_la_croyance_en_un_monde_juste
- Berg-Weger, M., & Schneider, F. D. (1998). Interdisciplinary collaboration in social work education. *Journal of Social Work Education*, 34, 97–107.
- Bernier, A. (2016). *L'utilisation des TIC à des fins de harcèlement criminel en situation de violence conjugale: La théorie des opportunités et des activités routinières de Cohen et Felson (1978) remaniée*.
- Billups, J. O. (1987). Interprofessional team process. *Theory into Practice*, 26.
- Blondeel, G. (1979). *Repenser la protection de la jeunesse: 1965-1979*. Centre d'étude de la délinquance juvénile.

- Blumer, H. (1937). Social psychology. In P. E. Schmidt (Ed.), *Man and society: A substantive introduction to the social sciences*. Prentice-Hall.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. Prentice-Hall.
- Bordeaux, M., Hazo, B., & Lorvellec, S. (1990). *Qualifié viol*. Paris: Meridiens-Klincksieck.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol. 1). Basic Books.
- Bronstein, L. R. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Social Work*, 48(3).
- Bruner, C. (1991). *Ten questions and answers to help policy makers improve children's services*. Education and Human Services Consortium.
- Burt, M. R. (1980). Cultural myths and supports for rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(2), 217-230.
<https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0022-3514.38.2.217>
- Capelier, F. (2012). L'affaire Marina, un cas d'école pour étudier la protection de l'enfance. *Journal du droit des jeunes*, 318. <https://doi.org/10.3917/jdj.318.0013>
- Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles. (s.d.). *À propos des Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles*. <https://cpvs.belgium.be/fr/a-propos-des-centres-de-prise-en-charge-des-violences-sexuelles?menu=menu-0-3>
- Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles. (s.d.). *Modèle CPVS*. https://cpvs.belgium.be/sites/default/files/documents/Mod%C3%A8le%20CPVS_Crit%C3%A8res%20nationaux%20et%20proc%C3%A9dures%20standards_1.pdf

- Châles-Courtine, S. (2011). La médiatisation des affaires criminelles. *Grands Dossiers Sciences Humaines*, (12), 4-4.
- Cliche, M.-A. (1997). Puissance paternelle et intérêt de l'enfant : La garde des enfants lors des séparations de corps dans le district judiciaire de Montréal, 1795-1930. *Lien social et Politiques*, (37) <https://doi.org/10.7202/005077>
- Code pénal belge. (1867). *Moniteur belge*.
- Cohen, L. E., & Felson, M. (1979). Social change and crime rate trends: A routine activity approach. *American Sociological Review*, 44(4).
- Cohn, A. M., Zinzow, H. M., Resnick, H. S., & Kilpatrick, D. G. (2013). Correlates of reasons for not reporting rape to police: Results from a national telephone household probability sample of women with forcible or drug-or-alcohol facilitated/incapacitated rape. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(3). <https://doi.org/10.1177/0886260512453826>
- Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants. (2023). *Violences sexuelles faites aux enfants : « On vous croit » rapport*. <https://www.ciiwise.fr/wp-content/uploads/2023/11/Synthese-VF.pdf>
- Communauté française de Belgique. (s.d.). *Aide à la jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles*. <https://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=331>
- Conseil communautaire de l'aide à la jeunesse. (s.d.). *Avis n°74 du Conseil communautaire de l'aide à la jeunesse. Aide à la Jeunesse*. <https://www.aidealajeunesse.cfwb.be/ajss-pro/les-instances-davis-et-de-concertation/conseil-communautaire/archives-les-avis-du-ccaj-conseil-communautaire-de-laide-a-la-jeunesse/les-avis-du-ccaj-par-numero/les-avis-n61-a-80/avis-n74-du-conseil-communautaire-de-laide-a-la-jeunesse>

- Conseil de l'Europe. (2011). *Convention sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique* [Convention d'Istanbul]. <https://www.coe.int/en/web/istanbul-convention>
- Conseil de l'Europe. (s.d.). *Journée pour l'élimination de l'exploitation sexuelle des enfants*. <https://www.coe.int/fr/web/children/end-child-sexual-abuse-day>
- Conseil de l'Europe. (s.d.). *Matériel de campagne - Droits des enfants*. <https://www.coe.int/fr/web/children/campaign-materials1>
- Conseil Fédéral des Sage-femmes. (2023, 13 décembre). *Avis sur les pratiques de soins prénataux*.
- David, O., Le Grand, É., & Loncle, P. (2012). Systèmes locaux et action publique : L'exemple des jeunes vulnérables. *Agora débats/jeunesses*, 62, 81-95. <https://doi.org/10.3917/agora.062.0081>
- Décret fixant le statut des membres du personnel administratif, du personnel de maîtrise, gens de métier et de service des établissements d'enseignement organisé par la Communauté française, D. 12-05-2004. (2004). *Moniteur belge*, 24 août 2004.
- Décret relatif à l'Aide à la Jeunesse, D. 04-03-1991. (1991). *Moniteur belge*, 12 juin 1991.
- Demazière, D. (2008). Les usages de l'entretien (biographique) en sociologie. Dans M. Brugidou, M. Dargentas, D. Le-Roux, A.-C. Salomon, & G. Bastin (Dir.), *Analyse secondaire en recherche qualitative : enjeux pour les sciences humaines et sociales*. Lavoisier.
- Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 66. <https://doi.org/10.3917/ep.066.0014>
- Dumond, J. (2006). Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers. *Sciences sociales et santé*, 24. <https://doi.org/10.3917/sss.244.0097>

- Dupont-Bouchat, M.-S. (2001). L'enfant, la famille, la justice et l'état de la protection de l'enfance à l'aide à la jeunesse. In G. Roussel & J. D. Léonard (Eds.), *L'enfant: Entre maltraitance et protection*. Academia-Bruylant.
- Dussy, D. (2021). *Le berceau des dominations : Anthropologie de l'inceste*. Poche.
- Fédération des Équipes SOS Enfants. (2012). *Bienvenue sur le site de la Fédération des Équipes SOS Enfants* [en ligne]. <http://www.federationsosenfants.be/>
- Feldman-Summers, S., & Norris, J. (1982). Differences between rape victims who report and those who do not report to a public agency. *Unpublished paper*, Psychology Department, University of Washington, Seattle, WA.
- Fisher, B. S., Daigle, L. E., Cullen, F. T., & Turner, M. G. (2003). Reporting sexual victimization to the police and others: Results from a national-level study of college women. *Criminal Justice and Behavior*, 30(1). <https://doi.org/10.1177/0093854802239168>
- Folch, C., Noyon, C., Valles, I. B., Greard, N., & Verdun-Esquer, C. (2024). La pluridisciplinarité au service de la santé au travail des salariés. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 85(2-3), 102190. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2024.102190>
- Gaëtan, R. (2022, 17 février). Claude Ponti, le poussin démasqué - Episode 1. *Bookmakers, Arte Radio*. <https://www.arteradio.com/son/claude-ponti-le-poussin-demasque-episode-1>
- Galland, O. (1997). *Sociologie de la jeunesse*. Armand Colin.
- Gartner, R., & Macmillan, R. (1995). The effect of victim-offender relationship on reporting crimes of violence against women. *Canadian Journal of Criminology*, 37, 393-429. <https://doi.org/10.3138/cjcrim.37.4.393>

- Gaudreault, A. (2002). La victimisation secondaire. Dans D. Jolivet & S. Tzitzis (Eds.), *Dictionnaire critique des sciences criminelles*. Dalloz.
- Gélis, J. (2021, avril). *Naître et grandir* (Collection n°124). En F. Delcor (Éd.), Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique. <https://www.yapaka.be/livre/livre-naître-et-grandir>
- Gérard, M. (2014). Guide pour prévenir la maltraitance. *Temps d'arrêt*.
- Gérard, M., & Godinas, S. (2012). SOS Enfants: Des origines à nos jours. *Revue Médicale de Bruxelles*, 33.
- Gibelman, M. (1995). *What social workers do*. NASW Press.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Child maltreatment 1. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657). <https://www.thelancet.com>
- Goudriaan, H., Wittebrood, K., & Nieuwbeerta, P. (2006). Neighbourhood characteristics and reporting crime: Effects of social cohesion, confidence in police effectiveness and socio-economic disadvantage. *British Journal of Criminology*, 46(4). <https://academic.oup.com/bjc/article-abstract/46/5/917/438071?redirectedFrom=fulltext>
- Griffin, S. (1971). Rape: The all-American crime. *Ramparts*, 10(3).
- Guégan, I. (2019). Guérisseurs et sorciers bretons au banc des accusés. Finistère, 1800-1950. *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, 126. <https://doi.org/10.4000/abpo.4703>
- Guillaume, J. (2014). Par le petit bout de la lorgnette: Les politiques publiques de jeunesse en Belgique francophone vues sous l'angle des services d'information des jeunes. *Agora débats/jeunesses*, 66. <https://doi.org/10.3917/agora.066.0023>

- Guillaume, J.-F., Jamin, C., Martiniello, M., Perrin, N., & Verjans, P. (2005). *Les politiques publiques en matière d'enfance et de jeunesse au XXe siècle, en Belgique et en Communauté française*. Université de Liège, Institut des sciences humaines et sociales. Recherche commandée par l'Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse. <https://oejaj.cfwb.be/catalogue/oejajdetails/fiche/les-politiques-publiques-en-matiere-denfance-et-de-jeunesse-au-xxeme-siecle-en-belgique-et-en-comm/>
- Guillemette, F., & Luckerhoff, J. (2015). Introduction : les multiples voies de la méthodologie de la théorisation enracinée (MTE). *Approches inductives*, 2(1), 1–11. <https://doi.org/10.7202/1028098ar>
- Gulick, L., & Urwick, L. (Eds.). (1937). *Papers on the science of administration*. Augustus Kelly.
- Hassenteufel, P. (1996). L'État-providence ou les métamorphoses de la citoyenneté. *L'Année Sociologique* (1940/1948-), 46(1), 127–149. <https://www.jstor.org/stable/27889467>
- Heinderyckx, S., Bilterijs, M., & La Morté, R. (2023). Le système de l'aide à la jeunesse renforce la maltraitance : Manifestation d'un secteur en crise. *RTBF*. <https://www.rtbf.be/article/le-systeme-de-l-aide-a-la-jeunesse-renforce-la-maltraitance-manifestation-d-un-secteur-en-crise-11226694>
- Holmstrom, L. L., & Burgess, A. W. (1978). *The victim of rape: Institutional reactions*. New York: Wiley.
- Hord, S. M. (1986). A synthesis of research on organizational collaboration. *Educational Leadership*, 43(5), 22–26.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

- Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. (2021). *Première évaluation des Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles*. https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/131_-_premiere_evaluation_des_centres_de_prise_en_charge_des_violences_sexuelles.pdf
- Janoff-Bulman, R. (1979). Characterological versus behavioral self-blame: Inquiries into depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(10). <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.10.1798>
- Janssen, C. & Renard, B. (2024). *Droit des victimes et victimologie* [Notes de cours]. Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve.
- Jaumain, S. (1985). Un métier oublié : Le colporteur dans la Belgique du 19ème siècle. *Belgisch Tijdschrift voor Nieuwste Geschiedenis / Revue belge d'Histoire contemporaine*, 16(3-4). Récupéré de https://www.journalbelgianhistory.be/nl/system/files/article_pdf/BTNG-RBHC%2C%2016%2C%201985%2C%203-4%2C%20pp%20307-356.pdf
- Kagan, S. L., & Neville, P. (1993). *Integrating services for children and families*. Yale University.
- Kane, R. A. (1975). *Interprofessional teamwork*. Syracuse University School of Social Work.
- Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H. K. (1962). The battered-child syndrome. *JAMA*, 181.
- Kirton, D. (1999). The care and protection of children. In J. Baldock, N. Manning, S. Miller, & S. Vickerstaff (Eds.), *Social policy*. Oxford University Press.
- Lacaze, L. (2008). La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'« analyse stigmatique » revisitée. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1.

- Lacaze, L. (2013). L'interactionnisme symbolique de Blumer revisité. *Sociétés*, 121. <https://doi.org/10.3917/soc.121.0041>
- Lacharité, C., Éthier, L. S., & Nolin, P. (2006). Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*, 484(4), 382.
- Larivée, S., Sénéchal, C., St-Onge, Z., & Sauvé, M.-R. (2019). Le biais de confirmation en recherche. *Revue de psychoéducation*, 48(1), 245–263. <https://doi.org/10.7202/1060013ar>
- Larousse. (s.d.). Collaborer. Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaborer/17140#:~:text=%EE%A0%AC%20collaborer&text=Travailler%20de%20concert%20avec%20quelqu,à%20la%20préparation%20du%20projet>
- Larousse. (s.d.). Sexualité. Dans *Dictionnaire Larousse* (version en ligne). <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sexualité/72486>
- Larousse. (s.d.). SOS. Dans *Dictionnaire Larousse* (version en ligne). https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/S_O_S_/73549#:~:text=1.,Familier
- Larousse. (s.d.). Violence. Dans *Dictionnaire Larousse* (version en ligne). <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/violence/82071>
- Le Clercq, G. (1999). Les perceptions des violences sexuelles commises sur enfants en Belgique (1830-1867) : Construction juridique, pratique répressive et réactions sociales. *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*, 2. <http://rhei.revues.org/document33.html>
- Le Goaziou, V. (2016). *Les viols dans la chaîne pénale*. Aix-en-Provence: Observatoire régional de la délinquance et des contextes sociaux.
- Lerner, G. (1986). *The creation of patriarchy* (Vol. 1). Oxford University Press.

- Lincoln, Y. S. (1995). Emerging criteria for quality in qualitative and interpretive research. *Qualitative Inquiry*, 1.
- Lizotte, A. J. (1985). The uniqueness of rape: Reporting assaultive violence to the police. *Crime and Delinquency*, 31(2), 169-190.
<https://doi.org/10.1177/001112878503100207>
- Lonsdale, S., Webb, A., & Briggs, T. L. (Eds.). (1980). Introduction. In S. Lonsdale, A. Webb, & T. L. Briggs (Eds.), *Teamwork in the personal and social services and health care* (pp. 1–8). Personal Social Services Council.
- Luckerhoff, J., & Guillemette, F. (2012). *Méthodologie de la théorisation enracinée: Fondements, procédures et usages*. Presses de l'Université du Québec.
- Macdonald, J. (1971). *Rape offenders and their victims*. Springfield, IL: Thomas.
- Masuy-Stroobant, G. (2021). *Avancées scientifiques*. Fédération Wallonie-Bruxelles.
 Récupéré de https://100one.be/wp-content/themes/one-child/pdf/Avancees_scientifiques.pdf
- Mattessich, P., & Monsey, B. (1992). *Collaboration: What makes it work* (5th ed.). Amherst H. Wilder Foundation.
- Menschaert, D. (1998). *Jeunes et associations : la rupture ?* Luc Pire.
- Michinov, E. (2008). La distance physique et ses effets dans les équipes de travail distribuées : Une analyse psychosociale. *Le travail humain*, 71(1), 1-21.
<https://doi.org/10.3917/th.711.0001>
- Miller, A. (1984). *C'est pour ton bien. Racines de la violence dans l'éducation de l'enfant*. Paris: Aubier Éditions.

- Monforta, M. (2024). Seine-Saint-Denis : Un enfant de 4 ans retrouvé mort avec des traces de coups et des brûlures dans le dos. *Le Journal du Dimanche*. <https://www.lejdd.fr/societe/seine-saint-denis-un-enfant-de-4-ans-retrouve-mort-avec-des-traces-de-coups-et-des-brulures-dans-le-dos-145156>
- Moreau, T. (2023). *Droit d'exécution des peines* [Notes de cours]. Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve.
- Nicolas Traino, & Descours, G. (2023). Mort de Lisa : La fillette de 3 ans était victime de violences régulières depuis un an. *BFM TV*. https://rmc.bfmtv.com/actualites/police-justice/mort-de-lisa-la-fillette-de-3-ans-etait-victime-de-violences-regulieres-depuis-un-an_AV-202309270205.html
- ODAS. (2001). *L'observation de l'enfance en danger : Guide méthodologique*. <https://www.odas.net/sites/default/files/documents/odas/2019-12/odas-lobserva-tion-de-lenfance-en-danger-guide-methodologique-mai-2001.pdf>
- Office de la Naissance et de l'Enfance. (2020). *Protocole de collaboration entre les conseillers de l'aide à la jeunesse et les équipes SOS enfants, entre les directeurs de l'aide à la jeunesse et les équipes SOS enfants*. https://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=09d150e37d7cd81168a9f17efcb9b497009c3b0d&file=fileadmin/site/s/ajss/upload/ajss_super_editor/Protocole_de_collaboration_ONE-AJ_2020.pdf
- Office de la Naissance et de l'Enfance. (s.d.). *Avancées scientifiques*. ONE. https://100one.be/wp-content/themes/one-child/pdf/Avancees_scientifiques.pdf
- Office de la Naissance et de l'Enfance. (s.d.). *Les équipes SOS enfants*. ONE. <https://www.one.be/professionnel/maltraitance/les-equipes-sos-enfants/>
- Picoche, J. (1992). *Dictionnaire étymologique du français*. Les usuels. Dictionnaires Le Robert.

- Reemstma, J. P. (2011). *Confiance et violence*. Gallimard.
- Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Seuil.
- Rouchy, J. (2009). Transmission intergénérationnelle dans le groupe d'appartenance. *Dialogue*, 186.. <https://doi.org/10.3917/dia.186.0149>
- Sabatier, C. (2013). Socialisation pour l'acculturation: la dynamique de la transmission familiale de l'adaptation en pays d'accueil. *Alterstice*, 3(1).
- Schwendinger, H., & Schwendinger, J. (1980). Rape victims and the false sense of guilt. *Crime and Social Justice*, 13.
- Serres, D. (2004). *Les enfants « en danger » au prisme des statistiques de l'ODAS. Des catégories juridiques (1958) aux catégories statistiques (1994)*. Paris : L'Harmattan.
- Severac, N., & Martin-Blachais, M. P. (2017). *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance*. DGCS, p. 54.
- Soler, M., & Shauffer, C. (1993). Fighting fragmentation: Coordination of services for children and families. *Education and Urban Society*, 25, 129–140.
- Somerhausen, C. (1976). *Les comités de protection de la jeunesse : Approche sociologique d'une institution nouvelle*. Publication du Centre d'étude de la délinquance juvénile.
- SOS Enfants BW. (2020). *Rapport d'activités 2020*. <https://www.sosenfantsbw.be>.
- SOS Enfants Liège. (2010). *Protocole SOS*. <https://www.sos-enfants-liege.be/images/sosenfants/pdf/protocole-SOS.pdf>
- SOS Enfants Tournai-Mouscron. (2022). *Rapport d'activité* [document en préparation].

SOS Enfants Verviers. (s.d.). *Historique*. <https://sosenfantsparentsvv.be/historique/>

Tamian, I. (2017). *Le lien familial dans la problématique alcoolique*. Psychotropes, 23. <https://doi.org/10.3917/psyt.231.0059>

Tanielian, M. (2012). *The War of Famine: Everyday life in wartime Beirut and Mount Lebanon (1914-1918)*. UC Berkeley.

Tonnetti, B., & Lentillon-Kaestner, V. (2019). Pourquoi l'interdisciplinarité à l'école ? Donner du sens aux apprentissages et mettre l'école en lien avec la réalité. *L'Éducation physique en mouvement, (1)*.

Tulkens, F., & Moreau, T. (2000). *Droit de la jeunesse : Aide, assistance et protection*.

Tursz, A. (2018). La maltraitance : essai de définition. *Les Cahiers de la Justice, 1*. <https://doi.org/10.3917/cdlj.1801.0039>

Vabre, F. (2005). *Le traitement politique de la maltraitance infantile*. Recherches et Prévisions.

Vasselier-Novelli, C., & Heim, C. (2006). Les enfants victimes de violences conjugales. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 36(1)*.

Waugaman, W. R. (1994). Professionalization and socialization in interprofessional collaboration. In R. M. Castro & M. C. Julia (Eds.), *Interprofessional care and collaborative practice* (pp. 71–94). Brooks/Cole.

Weis, K., & Borges, S. (1973). Victimology and rape: The case of the legitimate victim. *Criminology, 8(2)*.

Wemmers J., 2017, *Victimologie : une perspective canadienne*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Wievorka, M. (2012). *La violence*. Fayard.

Williams, L. (1984). The classic rape: When do victims report. *Social Problems*, 31(4), 459-467. <https://doi.org/10.2307/800675>

Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. Gallimard.

World Health Organization. (2010). *Violence against women – Intimate partner and sexual violence against women*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.

SAFY Marie

Septembre 2024

Arrivée des Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles dans le secteur de l'aide à la jeunesse (dans la Belgique francophone) au regard des équipes SOS Enfants. Que dire de leur collaboration ?

Promoteur : Professeur Bertrand

En avril 1985, les équipes SOS Enfants sont créées, l'objectif est clair : mettre en place des équipes pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des situations de maltraitance infantile.

En octobre 2017, trois Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles sont créés. L'objectif est de mettre en place un centre où les victimes de violences sexuelles, sans distinction d'âge, sont accueillies pour recevoir des soins dans un cadre pluridisciplinaire.

Ce mémoire vise à faire état de la collaboration entre ces deux acteurs du paysage de l'aide à la jeunesse. Pour ce faire, une analyse littéraire a été effectuée, complétée par des entretiens menés principalement auprès de professionnels des équipes SOS Enfants.