



## **Vers une prise en charge globale et coordonnée de la maltraitance sexuelle infantile**

Elaboration d'un protocole commun de prise en charge des enfants victimes d'abus sexuels  
en Fédération Wallonie-Bruxelles

Fonds Houtman

Réalisée par Aurore Dachy, Muriel Parent, Elisabeth Rebuffat

Recherche-action 2016

## Remerciements

---

Cette recherche n'aurait pas pu se réaliser sans la participation et la collaboration de différents acteurs que nous tenons à remercier.

Nos remerciements s'adressent en priorité à tous les acteurs de terrain qui nous ont accordé une partie importante de leur précieux temps. Nos pensées vont aux équipes SOS Enfants, aux services hospitaliers, mais également aux médecins légistes, aux acteurs de l'aide à la jeunesse, ainsi qu'aux parquets, qui ont donné sens et contenu à ce travail de recherche-action.

Nous tenons à remercier le Fonds Houtman pour nous avoir accordé sa confiance et nous avoir soutenues dans ce travail. Nous adressons notre gratitude au Comité de pilotage ainsi qu'au Comité d'accompagnement de cette recherche qui ont permis, grâce à des échanges enrichissants, de faire évoluer notre projet. Nous tenons à souligner à cet égard la contribution précieuse et continue du Professeur Didier Moulin.

Nos pensées s'adressent finalement aux enfants victimes. Notre vœu le plus cher reste celui d'apporter, modestement, une pierre à l'édifice pour continuer à améliorer, encore et toujours, leur prise en charge.

## Liste des abréviations

---

AMO : (service) d'Aide en Milieu Ouvert  
AVF : Audition Vidéo-Filmée  
CAEVM : Centre d'Accueil pour Enfants Victimes de Maltraitance  
CAU : Centre d'Accueil d'Urgence  
CHR : Centre Hospitalier Régional  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
COE : Centre d'Orientation Educative  
CPA : Centre de Premier Accueil  
ETP : Equivalent Temps Plein  
HUDERF : Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola  
INAMI: Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité  
INCC : Institut National de Criminalistique et de Criminologie  
MST : Maladie Sexuellement Transmissible  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
ONE : Office de la Naissance et de l'Enfance  
PMS : (centre) Psycho-Médico-Social  
SAJ : Service de l'Aide à la Jeunesse  
SAS : Set d'Agression Sexuelle  
SPJ : Service de Protection Judiciaire  
SSM : Service de Santé Mentale  
UCL : Université Catholique de Louvain  
ULB : Université Libre de Bruxelles  
ULg : Université de Liège  
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Table des matières

Remerciements .....	2
Liste des abréviations .....	3
Introduction.....	8
Méthodologie et contextualisation.....	11
Introduction.....	11
Genèse de la recherche.....	11
Objectifs poursuivis: définition de l'objet de recherche.....	12
Echantillon de recherche.....	14
Les « centres ».....	14
Et les enfants ? .....	15
L'ajout de « nouveaux » acteurs .....	16
Démarche méthodologique .....	17
Une méthode qualitative .....	17
Un processus de recherche-action.....	18
Trois méthodes de récolte des données entremêlées.....	18
La démarche en pratique.....	20
Phase exploratoire, prises de contact et préparation du terrain .....	20
Déroulement des entretiens et des observations et temporalité des rencontres .....	21
Le retrait du terrain .....	23
Le temps de l'analyse et de l'écriture .....	23
Faire vivre ces recommandations ou quel travail de diffusion ? .....	24
Limites, biais et obstacles rencontrés .....	25
Une diversité des prises en charge malgré des réflexes communs... : trajectoires de prise en charge de la maltraitance sexuelle via différentes portes d'entrées .....	26
Introduction.....	26
Porte d'entrée n°1 : arrivée par les urgences après un viol (< 72h) .....	27
Hôpital n°1.....	27
Hôpital n°2.....	31

Hôpital n°3.....	32
Porte d'entrée n°2 : arrivée aux urgences pour une suspicion de viol (situation chronique) .....	37
Hôpital n°1.....	37
Hôpital n°2.....	40
Hôpital n°3.....	43
Porte d'entrée n°3 : arrivée aux urgences pour une situation d'attouchements.....	47
Hôpital n°1.....	47
Hôpital n°2.....	49
Hôpital n°3.....	51
Porte d'entrée n°4 : arrivée par l'hospitalisation somatique .....	55
Hôpital n°1.....	55
Hôpital n°2.....	56
Porte d'entrée n°5 : arrivée chez SOS Enfants (diagnostic) .....	58
Equipe SOS Enfants n°1 .....	58
Equipe SOS Enfants n°2 .....	60
Equipe SOS Enfants n°3 .....	62
Porte d'entrée n°6 : arrivée chez SOS Enfants (suivi) .....	66
Equipe SOS Enfants n°1 .....	66
Equipe SOS Enfants n°2 .....	67
Conclusions intermédiaires .....	69
Synthèse et regards analytiques sur la prise en charge de la maltraitance sexuelle par nos cinq « centres » .....	71
Introduction.....	71
A quelle maltraitance sexuelle les hôpitaux et SOS Enfants sont-ils exposés ?.....	71
Les services hospitaliers .....	71
Les équipes SOS Enfants.....	72
Concernant le nombre de prise en charge.....	73
Au niveau (médico-)légal.....	75
La réalité différentielle de la prise en charge médico-légale en FWB .....	76

Une prise en charge médico-légale malmenée en Fédération Wallonie-Bruxelles ? Quelques grands débats.....	79
Les autres devoirs d'enquête .....	82
Collaboration entre parquet, sphère hospitalière et équipe SOS Enfants .....	86
Au niveau médical .....	89
La prise en charge médicale de l'enfant aux urgences .....	89
La prise en charge médicale au sein des structures SOS .....	96
La prise en charge médicale via les consultations et l'hospitalisation somatique .....	99
Conclusions intermédiaires : Perte du sens médical et méconnaissance des situations de maltraitance .....	100
Au niveau psychosocial .....	103
Le travail d'une équipe SOS Enfants .....	103
La prise en charge psychosociale aux urgences .....	108
La prise en charge (médico-)psychosociale par les salles d'hospitalisation .....	111
La question protectionnelle .....	115
L'information donnée aux services de l'aide à la jeunesse et à la justice .....	115
Comment se positionnent les acteurs face à nécessité d'agir en cas de danger : Vers quelle protection ? .....	124
Conclusions intermédiaires : quelle(s) collaboration(s) ? .....	128
Conclusions générales : pistes de travail et recommandations.....	130
Des recommandations à différents niveaux .....	132
Les principes et lignes directrices guidant la prise en charge .....	132
Recommandations sur base de trajectoires : vers un meilleur accrochage des maillons de prise en charge .....	134
Des recommandations communes aux trajectoires de prise en charge.....	134
Arrivée aux urgences, en aigu (< de 72h après un viol) .....	135
Arrivée aux urgences plus de 72 heures après les faits (ou pour des faits chroniques...) .....	139
Arrivée par l'hospitalisation ou les consultations .....	140
Arrivée via SOS Enfants .....	140
Un protocole de prise en charge de l'abus sexuel aux urgences .....	142

Des conventions de collaboration entre équipes SOS-Enfants et services hospitaliers ....	143
Création d'un centre d'expertise et d'une fonction de conseiller maltraitance .....	147
Constats.....	147
Organisation des centres d'expertise.....	148
La fonction de « conseiller maltraitance ».....	152
Bibliographie .....	154

## Introduction

---

L'article 19 de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant stipule que « l'enfant doit être protégé contre toute forme de violences, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle. L'Etat établit des programmes pour prévenir les mauvais traitements et pour traiter les victimes »<sup>1</sup>.

En Belgique, plusieurs organismes sont chargés d'assurer la prise en charge de la maltraitance sexuelle infantile. Vu les différents domaines à investiguer (médicaux, psychosociaux, voire juridiques), l'intervention auprès d'un enfant victime de maltraitance sexuelle impose de travailler en partenariat et de manière pluridisciplinaire. Dans ce sens, « savoir comment agir là où on est, connaître ses limites, identifier les acteurs qui peuvent prendre le relais le cas échéant, sont des éléments indispensables pour assurer une aide optimale à l'enfant et un sentiment de sécurité à l'intervenant »<sup>2</sup>.

Ceci explique que certains pays, dont le Canada, aient développé des unités psychosociales et médico-judiciaires permettant la prise en charge coordonnée, dans un lieu unique, de l'enfant victime.

En Belgique, ces services n'existent pas. Cela n'empêche que la coordination reste nécessaire. C'est d'ailleurs ce rôle clé que doivent jouer, ensemble, deux acteurs capitaux, vu leur implication dans la prise en charge de la maltraitance sexuelle, à savoir les équipes SOS Enfants et les services hospitaliers.

Les équipes SOS Enfants ont été créées à la suite d'une recherche-action menée en 1979. En se focalisant sur l'intérêt de l'enfant, ces équipes pluridisciplinaires sont nées officiellement en 1985, en privilégiant le soin et la prévention dans les situations de maltraitance plutôt que leur judiciarisation. Grâce à ces équipes qui ont, entre autres, pour mission d'assurer la prévention individuelle et le traitement des situations de maltraitance, les pouvoirs politiques ont renforcé les systèmes de protection de l'enfant.

Si, au regard de ces missions, la prise en charge de la maltraitance via une équipe SOS-Enfants semble évidente, celle assurée par les structures hospitalières l'est parfois moins directement. Pourtant, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la maltraitance comme étant « toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou psychologiques, les abus sexuels, l'abandon, les insuffisances de soins, l'exploitation commerciale ou les autres exploitations des enfants entraînant un préjudice réel ou potentiel à la santé de l'enfant, à sa survie, à son développement ou à sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou d'autorité »<sup>3</sup>. Les structures hospitalières constituent, dans

---

<sup>1</sup> Convention internationale des droits de l'enfant, *M.B.*, 05/09/1991.

<sup>2</sup> Fédération Wallonie-Bruxelles, ONE, Service public fédéral Justice (*e.a.*), Brochure destinée aux professionnels : *Que faire si je suis confronté à une situation de maltraitance d'enfant ? M'appuyer sur un réseau de confiance*, p. 3.

<sup>3</sup> Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *La maltraitance des enfants. Aide mémoire n°150*, juillet 2016 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/>, consulté le 18 août 2016.

ce cadre, un acteur essentiel afin d'assurer non seulement le volet médical dans ces situations, mais également, nous le verrons, d'autres dimensions de la prise en charge.

Même si le principe de déjudiciarisation prédomine dans le secteur de l'aide à l'enfance en Fédération Wallonie-Bruxelles, la collaboration avec l'acteur judiciaire doit être envisagée pour certains enfants victimes, au-delà des dimensions médicales et psychosociales de prise en charge.

Le Fonds Houtman (ONE) a notamment pour mission de financer et d'accompagner des recherches liées à des projets d'actions à réaliser dans le champ de l'enfance en difficulté en Fédération Wallonie-Bruxelles. Ces recherches visent à contribuer à la recherche de modalités concrètes d'analyse et de résolution de problèmes de société ayant pour centre l'enfant et sa famille. Les résultats scientifiques issus de ces recherches doivent permettre de faire progresser des actions et encourager des changements de comportements ou de politiques chez les professionnels de terrain<sup>4</sup>.

C'est dans ce cadre que le Fonds Houtman a entamé un travail en matière de maltraitance sexuelle infantile via un état des lieux de la prise en charge de l'abus sexuel en Fédération Wallonie-Bruxelles. L'idée était d'objectiver la situation, via un travail scientifique.

Ce travail a été mené entre 2008 et 2010 dans les hôpitaux, en cabinet médical privé ainsi qu'auprès des équipes SOS Enfants.

Les résultats de cette étude ont fait ressortir une importante disparité des procédures d'accueil et des prises en charge ainsi qu'une insuffisance dans la coordination entre les différents services. Poursuivant cette visée de prise en charge globale, les chercheuses soulignaient pourtant que « chaque enfant victime de tels actes doit pouvoir bénéficier d'une aide individuelle qualifiée. C'est en associant les ressources sans mélanger les rôles de chaque intervenant que cet objectif a le plus de chances d'être atteint »<sup>5</sup>.

Cette cartographie a permis de mettre en place la deuxième phase de travail, plus proactive, dans laquelle notre recherche s'inscrit<sup>6</sup>.

De manière globale, celle-ci a pour objectif une harmonisation de la prise en charge des enfants victimes d'abus sexuels et de leur famille par le biais d'un travail de recommandations. Elle a pour finalité de proposer une démarche médico-psychosociale et judiciaire commune et concertée de prise en charge optimale de l'enfant abusé afin de l'aider à se reconstruire après un tel traumatisme.

Pour ce faire, en repartant des conclusions de la première étude, nous analyserons plus précisément le fonctionnement de quelques centres. Par « centre », nous entendons

---

<sup>4</sup> [www.fondshoutman.be](http://www.fondshoutman.be)

<sup>5</sup> M. PARENT, E. REBUFFAT, M. KROLL, *Etat des lieux des différentes voies d'accès aux structures de soins pour les enfants victimes d'agression sexuelle en Communauté française*, Fonds Houtman (ONE), 2008-2010, p. 6.

<sup>6</sup> Nos données ont été récoltées durant les années 2014-2015. Des évolutions ont pu marquer les services rencontrés depuis lors.

l'association entre un centre hospitalier et ses services spécialisés et une équipe SOS Enfants rattachée ou avec laquelle il entretient des rapports privilégiés.

L'analyse de leur fonctionnement portera essentiellement sur la prise en charge d'un enfant victime de maltraitance sexuelle par les équipes et sur les coordinations et les ponts entre le secteur psychosocial et médical, et non sur une photographie du fonctionnement d'un service en tant que tel.

Au regard de l'importance du travail de coordination entre tous les acteurs potentiellement impliqués dans les situations de maltraitance sexuelle, d'autres professionnels, comme le service de l'aide à la jeunesse (SAJ) et le parquet, seront également joints au projet.

Nous aborderons tout d'abord la méthodologie de notre travail de recherche. La phase descriptive de cette recherche sera développée via la présentation de différentes trajectoires. L'objet de ce chapitre sera de montrer comment chaque service envisage (différemment) la prise en charge d'une même situation. Avant de clôturer notre recherche via une série de recommandations, nous aborderons un travail critique de synthèse, plus analytique.

Nous vous en souhaitons une bonne lecture.

## Méthodologie et contextualisation

---

### Introduction

Cette partie permettra de présenter le cadre méthodologique qui a guidé la réalisation de notre projet. Ce processus est capital puisque la rigueur méthodologique aux différents stades de la recherche permet d'ancrer scientifiquement les résultats<sup>7</sup>.

Nous y présenterons tout d'abord la genèse de la recherche. La délimitation de son objet, les objectifs poursuivis et l'échantillon sélectionné seront abordés par la suite. Nous poursuivrons par la présentation de notre méthode de récolte des données. Les différentes étapes pratiques ponctuant la recherche clôtureront cette partie méthodologique.

### Genèse de la recherche

Une première étude sur la prise en charge des enfants maltraités sexuellement a été réalisée par le Fonds Houtman entre 2008 et 2010<sup>8</sup>. Elle a débuté suite au constat fait par les acteurs de terrain que la prise en charge des enfants victimes d'abus sexuels est difficile et complexe car elle nécessite une approche multidisciplinaire et, dans certaines situations, la collaboration avec le monde judiciaire.

Cette étude visait à réaliser un état des lieux des différentes voies d'accès des jeunes victimes aux structures de soins et, plus précisément, à étudier leur prise en charge au sein des hôpitaux, en cabinet médical privé (médecins généralistes, pédiatres ou gynécologues) ou encore au sein des équipes SOS Enfants. L'idée sous-jacente du projet étant de connaître précisément les pratiques en vigueur en Belgique francophone et d'en dresser la cartographie.

Les conclusions de cette étude ont fait ressortir une importante disparité des procédures d'accueil et de prise en charge des enfants victimes ainsi qu'une insuffisance dans la coordination entre les différents services.

Concrètement, la plupart des médecins privés accueillent très peu de patients abusés : près de la moitié de ces médecins n'en ont jamais vus. Certains médecins, qui ont été confrontés à ces situations, ont fait part de leurs difficultés de prise en charge dans un domaine aussi complexe où s'entremêlent des données médicales, psychosociales et judiciaires.

Le nombre de patients accueillis au sein des services hospitaliers est très variable : certains hôpitaux n'en voient pas, d'autres semblent concentrer les situations. La majorité des prises en charge de ces patients, en particulier lors d'abus récents, n'est pas homogène mais suit néanmoins une logique commune comme la présence d'une équipe multidisciplinaire, le rôle central joué par le pédiatre, la prévention des infections sexuellement transmissibles ou encore la prévention d'une grossesse.

---

<sup>7</sup> L. ALBARELLO, *Apprendre à chercher. L'acteur social et la recherche scientifique*, Bruxelles, De Boeck & Larcier, 2007, p. 57.

<sup>8</sup> Vous trouverez l'intégralité de la recherche sur le site web du Fonds Houtman: <http://www.fondshoutman.be/cahiers/index.php>

Les équipes SOS Enfants prennent en charge beaucoup d'enfants, même s'il existe une grande disparité au niveau du nombre d'enfants sexuellement maltraités suivis au sein de chaque équipe. Elles interviennent majoritairement pour des situations non « urgentes »<sup>9</sup> et chroniques. Leur principale difficulté consiste en la prise en charge médicale de ces jeunes patients, surtout dans les cas d'abus récents. Une meilleure articulation entre les équipes SOS Enfants et les services hospitaliers s'avère nécessaire.

Cette étude a aussi montré les rapports étroits qui peuvent exister entre les services hospitaliers, les équipes SOS Enfants, et le secteur de l'Aide à la Jeunesse (Service de l'Aide à la Jeunesse (SAJ) et Service de Protection Judiciaire (SPJ)).

### Objectifs poursuivis: définition de l'objet de recherche

La présente recherche a pour objectif une harmonisation de la prise en charge des enfants victimes d'abus sexuels et de leur famille par le biais de recommandations.

Concrètement, il s'agit de récolter du matériel, par le biais d'un travail de diagnostic<sup>10</sup>, afin de rédiger un protocole commun aux différentes institutions en vue de l'amélioration et de l'harmonisation des pratiques professionnelles des acteurs de terrain. Des recommandations pratiques permettront la mise en œuvre de ce protocole.

Pour ce faire, en repartant des conclusions de la première étude, nous avons analysé plus précisément le fonctionnement de quelques centres. Par « centre », nous entendons l'association entre un centre hospitalier et ses services spécialisés et une équipe SOS Enfants rattachée ou avec laquelle il entretient des rapports privilégiés. Une attention est également portée sur les coordinations et les ponts entre les services concernés, issus des secteurs psychosocial, juridique et médical.

#### → Qu'entend-on par « maltraitance sexuelle » ?

L'Office de la Naissance et de l'Enfance définit la maltraitance sexuelle à l'égard d'enfants comme « *la participation d'un enfant ou d'un adolescent mineur à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées à son âge et à son développement, qu'il subit sous la contrainte par violence ou séduction ou qui transgressent les interdits fondamentaux en ce qui concerne les rôles familiaux* »<sup>11</sup>.

Il existe une multitude de termes pour désigner la réalité de la maltraitance sexuelle : abus sexuel, agression sexuelle, violence sexuelle... En outre, ces termes recouvrent diverses situations : « l'exhibitionnisme, les attouchements, les tentatives de pénétration (vaginale, anale, buccale, par le pénis, le doigt ou un objet quelconque), le fait de faire participer un enfant à des manifestations de pornographie, l'incitation à la prostitution, etc. constituent un abus sexuel »<sup>12</sup>.

<sup>9</sup> Certaines équipes (surtout intrahospitalières) restent cependant plus exposées à la crise et à l'urgence.

<sup>10</sup> Ce travail de diagnostic a déjà été réalisé en partie dans le cadre du précédent volet de la recherche.

<sup>11</sup> Office de la Naissance et de l'Enfance, *SOS Enfants. Questions-réponses*, URL : [www.one.be](http://www.one.be), consulté le 14 octobre 2013, p. 2.

<sup>12</sup> M. NATHANSON, M.-H. MULLER, C. BELASCO, « Les enfants et adolescents victimes d'abus sexuels. Diagnostic et prise en charge », in *Arch Pédiatr*, 1998; 5, p. 84.

Certains auteurs ont catégorisé différents types d'abus sexuels. Par exemple, J. Labbé distingue trois groupes : les gestes d'abus sans contact avec l'enfant (exhibitionnisme, pornographie juvénile...), le viol et enfin, les autres gestes d'abus avec contact physique (attouchement, masturbation...)<sup>13</sup>.

Les différents professionnels du secteur s'accordent pour souligner la difficulté de déterminer les contours de la notion « d'abus » ou encore d'« agression sexuelle ». Retenons que ce constat peut avoir un impact sur la pratique puisqu'on ne sait pas toujours définir les contours et les limites de la prise en charge en la matière. La difficulté tient notamment au fait que si l'on considère une définition trop large, on risque de se trouver dans une situation où tout devient abus. A l'inverse, si cette définition n'est pas assez large, le risque encouru est de banaliser certains actes.

Enfin, la spécificité de l'objet que constitue l'abus sexuel commis sur des mineurs tient notamment aux différents domaines qui le traitent et le définissent : le droit<sup>14</sup> (que cela soit le droit pénal ou protectionnel), le médical et le psychosocial.

En rassemblant les différentes définitions de l'« agression sexuelle », nous pouvons, quand même, mettre en avant que cette notion doit au moins comprendre :

- un geste à caractère sexuel ;
- un rapport de force, un abus de pouvoir ;
- une absence de consentement (ou l'enfant n'est pas en mesure de comprendre (manque de discernement ou dépendance affective)<sup>15</sup><sup>16</sup> ;

---

<sup>13</sup> J. LABBE, *Comment identifier l'enfant victime d'abus sexuel ?*, Laval, Département de pédiatrie, Université de Laval, p. 2.

<sup>14</sup> Au niveau juridique, nous devons considérer les difficultés quant à l'interprétation des définitions de « viol » et d'« attentat à la pudeur ». Le Code pénal définit le viol en son article 375 comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit et par quelque moyen que ce soit, commis sur une personne qui n'y consent pas ». Les textes ne définissent cependant pas la notion d'attentat à la pudeur. Des auteurs de doctrine et de jurisprudence ont cependant tenté de définir le concept. O. Bastyns définit l'attentat à la pudeur comme : « tout acte contraire aux mœurs et d'une certaine gravité commis de manière intentionnelle sur une personne ou à l'aide d'une personne déterminée sans le consentement valable de celle-ci » (O. BASTYNS, « Attentat à la pudeur », *in Droit pénal et procédure pénale*, Waterloo, Kluwer, 2003, cité dans JDJ n°287). La Cour de Cassation a également précisé qu'« il est requis qu'il s'agisse d'actes d'une certaine gravité, portant atteinte à l'intégrité sexuelle d'une personne telle qu'elle est perçue par la conscience collective d'une société déterminée à une époque déterminée » (Cass., 7 janvier 1997, *Pass.*, 1997, I, p. 32). Concernant les mineurs, la difficulté tient au fait de savoir quelle prévention s'applique quant aux faits commis. Le problème se pose essentiellement pour ce qui est des relations consenties et si la victime a entre 14 et 16 ans. En effet, en dessous de 14 ans, il existe une présomption irréfragable d'absence de consentement tant pour le viol que pour l'attentat à la pudeur. Au-dessus de 16 ans, on parle de « majorité sexuelle ». Cette question a été clarifiée par la Cour constitutionnelle le 29 octobre 2009. Elle stipule que si le mineur consent, il n'y a pas viol. Mais selon les circonstances, l'acte reste punissable. Ce seront les dispositions relatives à l'attentat à la pudeur qui s'appliqueront s'il y a poursuites. Les seuils de présomption quant au consentement ne sont donc pas les mêmes en matière d'attentat à la pudeur (16 ans) et de viol (14 ans).

<sup>15</sup> E. de BECKER, « Clinique et repères diagnostiques de l'enfant abusé sexuellement », *in Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2006, p. 212.

- une atteinte aux droits fondamentaux, à l'intégrité physique, à la sécurité...

Cette présente étude a pour parti-pris de considérer toutes les situations qui sont présentées aux acteurs de terrain comme relevant de la sphère de la maltraitance sexuelle (situations soupçonnées ou avérées). Le terrain nous impose de considérer la définition la plus large possible puisque, sauf quelques exceptions, tant les équipes SOS Enfants que les structures hospitalières sont davantage exposées à des situations d'allégations ou de suspicions d'abus qu'à des viols avérés (récents). La gestion d'allégations d'abus représente donc une grande partie de la réalité du travail des professionnels du secteur.

## Echantillon de recherche

### Les « centres »

Cinq « centres » ont été sélectionnés pour notre recherche. Pour rappel, nous entendons par « centre », l'association entre un service hospitalier et une équipe SOS Enfants, intrahospitalière ou extrahospitalière (mais avec laquelle l'hôpital entretient des liens étroits).

Il s'agit initialement, au niveau hospitalier, du CHU Saint-Pierre (ULB), du CHR de la Citadelle, de la clinique Notre-Dame de Grâce de Gosselies, du CHU de Charleroi, de la Clinique de l'Espérance (Montegnée (Liège)) et des Cliniques universitaires Saint-Luc (UCL). Nous avons dû élargir notre spectre puisqu'un hôpital n'assurait pas certains pans de la prise en charge de l'enfant victime de maltraitance sexuelle. Nous avons dès lors ajouté le CHU de Charleroi à notre échantillon.

Trois des cinq équipes SOS Enfants de notre échantillon sont situées au sein d'un hôpital (le CHU Saint-Pierre (ULB), la Clinique de l'Espérance à Montegnée (Liège) et les Cliniques universitaires Saint-Luc (UCL)). Les deux autres équipes SOS Enfants (Charleroi et Liège) sont extrahospitalières mais collaborent avec des hôpitaux de la région.

La sélection de ces cinq centres s'est faite<sup>17</sup> en raison d'une importante et éclairante pratique en matière de prise en charge des enfants sexuellement maltraités. La vocation universitaire des centres représente également un des critères de sélection<sup>18</sup>.

Deux acteurs indispensables se sont ajoutés au projet initialement établi pour ce qui concerne le volet médico-psychosocial. Il s'agit de la Cellule Maltraitance, rattachée au CHR de la Citadelle, et de l'Unité 0-18+ de l'hôpital de Gosselies. Ces deux services intrahospitaliers sont au cœur de l'objet de notre recherche puisqu'ils cumulent une prise en charge psychosociale dans une sphère médicale (au sein de la pédiatrie).

---

<sup>16</sup> « Quand les gestes se produisent entre des enfants du même âge, il faut distinguer les jeux sexuels 'normaux' de l'abus. Pour faire cette distinction, il faut tenir compte, non seulement de l'âge des participants, mais aussi de leur niveau de développement, des gestes posés et de l'utilisation ou non de contrainte » (J. LABBE, *Comment identifier l'enfant victime d'abus sexuel ?*, Laval, Département de pédiatrie, Université de Laval, p. 2).

<sup>17</sup> Le choix des cinq centres était déjà déterminé avant la mise en route du deuxième volet de la recherche.

<sup>18</sup> D'autres critères ont également influencé la sélection comme l'implantation hospitalière des équipes a également été retenue.

Plus précisément, l'« Unité 0-18+ » offre différentes possibilités de prise en charge des enfants et adolescents en difficulté (troubles affectifs, décrochage scolaire, maltraitance,...). En bref, il s'agit, pour cette unité, de réaliser un travail de bilan ou de soutien en milieu hospitalier ou en ambulatoire, en urgence ou programmé. L'équipe est composée de médecins, de psychologues, de neuropsychologues, de kinésithérapeutes, de logopèdes, d'assistants sociaux et de pédopsychiatres.

La « Cellule Maltraitance » réalise essentiellement un travail de diagnostic en milieu hospitalier. Elle est composée de psychologues, d'assistants sociaux, d'éducateurs<sup>19</sup>. Des psychomotriciens et des médecins collaborent avec la Cellule en fonction de la demande et des besoins.

Finalement, comme nous le verrons, il est intéressant de noter la diversité de cet échantillon, malgré des critères communs de sélection et de prise en charge. Celle-ci se joue à différents niveaux comme :

- L'organisation différentielle des services d'urgence (urgences spécialement pédiatriques disponibles ou non la nuit et le weekend, disponibilité d'un service psychiatrique d'urgence...) et les forces vives et le matériel disponibles (disponibilité d'un centre référence sida ou non...);
- L'investissement institutionnel au niveau hospitalier pour la prise en charge des enfants victimes de maltraitance sexuelle : organisation de la salle d'hospitalisation, nombre d'enfants accueillis par rapport au nombre de lits total en salle de pédiatrie, présence d'éducateurs et d'une école en salle d'hospitalisation, orientation pédopsychiatrique ou pédiatrique sociale, connaissance de ce type de pathologie par le corps médical... ;
- Équipe pluridisciplinaire à disposition au sein de la structure hospitalière ;
- Type d'équipes SOS Enfants : intrahospitalière ou extrahospitalière (hospitalisation comme outil d'intervention ou non (projet spécifique ou non)), composition des équipes (orientation médicale ou davantage psychosociale (engagement de ces profils, temps de travail alloué...)), taille de l'équipe, organisation au sein de l'équipe (différents pôles, dyade spécifiquement dédiée à l'hospitalisation...).

Au-delà de ces divergences, nous verrons qu'il sera quand même possible, tout en tenant compte de cette diversité, de retirer les bonnes pratiques de chaque équipe afin de dresser des recommandations générales. Ces recommandations devront, à nouveau, s'implémenter dans un contexte local donné.

### Et les enfants ?

Tous les enfants encadrés par ces structures composent indirectement notre échantillon. Une question s'est posée concernant la limite d'âge des enfants pris en charge par les services. Les équipes SOS enfants encadrent des enfants jusqu'à leur majorité civile tandis

---

<sup>19</sup> Ils suivent quotidiennement les enfants en milieu hospitalier et encadre les visites des parents et des familiers.

que les services hospitaliers pédiatriques prennent généralement en charge des mineurs jusqu'à leur 15 ans révolu<sup>20</sup>.

En raison de différences trop marquées entre la prise en charge médicale et hospitalière des enfants de moins et de plus de 16 ans, nous avons fait le choix de ne considérer que la tranche d'âge des 0-15 ans. De plus, la 1<sup>ère</sup> étude ne concernait aussi que cette tranche d'âge.

Un autre biais traverse cette étude concernant les enfants : les enfants victimes qui ne se présenteront peut-être jamais auprès des services hospitaliers ou des équipes SOS Enfants, ne peuvent *de facto* faire partie de notre objet de recherche.

#### L'ajout de « nouveaux » acteurs<sup>21</sup>

- Le projet initialement conçu prévoyait la rencontre des équipes SOS Enfants et des sphères hospitalières. Cependant, au cours de la réalisation de la recherche, le service de l'aide à la jeunesse s'est avéré être un partenaire primordial dans la prise en charge de ces enfants, tant dans ses contacts avec les équipes SOS Enfants qu'avec les sphères hospitalières. Il fait partie intégrante des trajectoires de prise en charge des enfants au niveau protectionnel (SOS-Enfants étant davantage dans une démarche de soins). Il constitue l'un des, voire le plus important, signaleurs professionnels auprès des équipes SOS Enfants. Le SAJ est souvent impliqué, soit par le biais d'une demande de bilan formulée à l'équipe SOS Enfants ou d'une hospitalisation d'un enfant ou encore, à l'inverse, d'une demande de cadre ou de suivi sollicitée par l'équipe hospitalière ou SOS Enfants, elle-même.

En outre, le SAJ constitue l'une des portes d'entrée de la prise en charge de la maltraitance sexuelle. Pour rappel, il avait été souligné dans la première étude réalisée par le Fonds Houtman, l'intérêt de comprendre la gestion des situations de maltraitance qui arrivent dans ces services et les relations et articulations entre hôpitaux et équipes SOS Enfants<sup>22</sup>.

C'est justement sur ces questions-là que nous avons décidé de les rencontrer. Ce focus permet de pouvoir recueillir des informations sur la place du SAJ dans le processus de prise en charge des enfants victimes, sans pour autant dévier de notre objet de recherche.

Notons, pour information, qu'en moyenne 30% des mineurs pris en charge dans le cadre de l'aide consentie présentent un signe de maltraitance pour lequel le SAJ intervient ; pour 34% des jeunes dans l'aide contrainte. Au sein de cet ensemble, 62% des jeunes sont (au moins)

---

<sup>20</sup> Arrêté royal fixant les normes d'agrément pour le réseau « pédiatrie », M.B. 02 avril 2014. Il règlemente la prise en charge obligatoire des enfants de moins de 16 ans en pédiatre. Les enfants peuvent quand même continuer à être pris en charge en pédiatrie jusqu'à leur majorité ; mais il ne s'agit pas d'une obligation.

<sup>21</sup> D'autres acteurs, qui ne sont pas repris ci-dessous, ont également été rencontrés (CAEVM, hôpitaux...).

<sup>22</sup> Les chiffres ont, en effet, montré que sur 147 cas répertoriés au niveau des hôpitaux, 45 ont été envoyés par les instances judiciaires et les services de l'aide à la jeunesse. 51 cas ont été adressés vers ces instances à l'initiative de la structure hospitalière. Pour ce qui est des équipes SOS Enfants, sur 981 cas recensés, 326 ont été adressés par les instances judiciaires ou de l'aide à la jeunesse. 270 cas ont été envoyés à l'initiative des équipes SOS Enfants vers ces instances.

pris en charge pour négligences (75% en aide contrainte), ce qui représente la maltraitance la plus prise en charge, pour 13% pour maltraitance sexuelle (12% en aide contrainte)<sup>23</sup>.

Concernant, plus précisément, la situation dans les trois divisions d'arrondissement de notre échantillon, à Bruxelles, en 2011, 1 jeune sur 5, à savoir 636 jeunes sont pris en charge pour maltraitance<sup>24</sup> ; 88 d'entre eux sont concernés par de la maltraitance sexuelle. Dans un peu plus de la moitié des cas, il s'agit de maltraitements intrafamiliaux.

Selon les chiffres récoltés par l'administration de l'aide à la jeunesse, pour Charleroi, 32% des jeunes pris en charge par le SAJ de Charleroi, à savoir 957 enfants, sont victimes de maltraitance. Parmi ces jeunes, 117 sont concernés par de la maltraitance sexuelle. Pour 7 enfants sur 10, il s'agit de maltraitements intrafamiliaux, à savoir 84 enfants<sup>25</sup>.

A Liège, 1141 des 4247 jeunes pris en charge par le SAJ sont notamment concernés par de la maltraitance. Un jeune sur six serait victime de maltraitance sexuelle, suspectée ou avérée, soit 181 mineurs. Dans quatre cas sur cinq, il s'agit de maltraitements intrafamiliaux<sup>26</sup>.

- Nous avons également rencontré les trois parquets de notre échantillon. En effet, pour comprendre les dynamiques de prise en charge de ces enfants, le parquet apparaît lui aussi comme un acteur incontournable, vu la manière dont ses missions peuvent s'imbriquer avec les champs médical et psychosocial. En outre, le parquet constitue un acteur clé puisqu'il est le canal entre l'aide à la jeunesse et le tribunal de la famille et de la jeunesse mais aussi entre l'aide à la jeunesse et la justice pénale. Nous nous sommes dès lors tant penchées sur la section mœurs, en charge des poursuites pénales, que sur la section jeunesse, responsable de la protection de l'enfant en danger. L'organisation entre ces deux sections est différente en fonction des arrondissements (sections fusionnées ou non).

- Comme notre intérêt s'est porté sur les volets médical, psychosocial mais aussi judiciaire de la prise en charge de l'enfant, la rencontre de deux médecins légistes s'est également imposée à nous, afin de mieux cerner les aspects médico-légaux de cette prise en charge.

## Démarche méthodologique

### Une méthode qualitative

Cette recherche est basée sur une méthode de type qualitative. Cette approche permet « de gagner en profondeur, de restituer les logiques des conduites et des discours de manière plus approfondie »<sup>27</sup> que la méthode quantitative, en approfondissant un nombre de cas limités.

---

<sup>23</sup> F. MULKAY, *Analyse des chiffres de l'aide à la jeunesse des 13 arrondissements de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Chiffres 2011*, Direction générale de l'aide à la Jeunesse, décembre 2013 : Présentation de la publication, URL : <http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=3469>, consulté le 20 octobre 2015.

<sup>24</sup> F. MULKAY, *Analyse des chiffres de l'aide à la jeunesse des 13 arrondissements de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Chiffres 2011, Tome 1*, Direction générale de l'aide à la Jeunesse, décembre 2013, p. 72.

<sup>25</sup> *Ibid.*, p. 111-112.

<sup>26</sup> *Ibid.*, p. 238.

<sup>27</sup> P. CARDON, R. DESANTI, *L'enquête qualitative en sociologie*, Paris, Editions ASH, 2007, p. 47.

Il va de soi que le recueil de « bonnes pratiques » poursuivi ici passe par une analyse qualitative des pratiques. L'idée n'étant pas de quantifier les pratiques mais de les comprendre, de les confronter et de mettre en avant les plus « efficaces » et les plus « efficaces » d'entre elles. De plus, un volet quantitatif a déjà été réalisé dans le cadre de la première étude. Il pourra servir d'appui pour ce deuxième volet.

### Un processus de recherche-action

La méthode privilégiée dans le cadre de ce projet est celle de la recherche-action. Cette forme participative de recherche qualitative permet d'associer les personnes directement concernées par la prise en charge des mineurs victimes d'abus sexuels. En effet, cette approche « par le bas » part du constat que « les acteurs connaissent le plus souvent bien mieux que les chercheurs les tenants et aboutissants de leur métier et de son environnement. La compétence pratique des acteurs est [dès lors] irremplaçable »<sup>28</sup>.

Il s'agit, en recourant à la méthode de la recherche-action, d'établir une véritable collaboration entre chercheurs et praticiens. Cette collaboration passe notamment par un retour auprès des acteurs de terrain après une première phase d'analyse, et ce, afin de s'assurer de la qualité et de la justesse des données analysées. L'idée est également de débattre des différentes recommandations que nous leur suggérons ou qu'ils souhaitent nous proposer.

### Trois méthodes de récolte des données entremêlées

#### Pour les équipes SOS Enfants

Différents outils méthodologiques sont mobilisés afin d'analyser la prise en charge par les équipes.

- Les entretiens semi-directifs :

Les entretiens semi-directifs permettent « de rendre compte des systèmes de représentations sociales et des pratiques sociales des individus »<sup>29</sup>. Ils se réalisent grâce à une série de questions issues de thèmes définis préalablement dans un guide d'entretien<sup>30</sup>. Afin de cibler au mieux les rencontres, les guides sont réalisés en fonction des catégories d'acteurs rencontrés.

- L'observation directe :

Pour dépasser les discours sur la prise en charge et voir ce qui se fait réellement sur le terrain, nous avons également opté pour l'observation directe<sup>31</sup> du travail des équipes SOS Enfants. En effet, différents éléments peuvent être omis lorsqu'une pratique professionnelle n'est saisie que sous le prisme d'entretiens : le travailleur ne discute pas des activités qui lui

---

<sup>28</sup> J.-M. CHAUMONT, A. FRANSSSEN, L. VAN CAMPENHOUDT, *La méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux*, Paris, Dunod, 2005, p. 37.

<sup>29</sup> P. CARDON, R. DESANTI, *op. cit.*, p. 53.

<sup>30</sup> *Ibid.*, p. 57.

<sup>31</sup> « L'observation directe consiste à être le témoin des comportements sociaux d'individus ou de groupes dans les lieux mêmes de leurs activités ou de leurs résidences, sans en modifier le déroulement ordinaire » (H. PERETZ, *Les méthodes en sociologie. L'observation*, Paris, La Découverte, 1998).

paraissent futiles alors qu'elles sont primordiales pour améliorer un système de prise en charge. Autre explication ? Il préfère mettre en avant des tâches considérées comme « nobles » mais qui ne constituent pas forcément les missions les plus importantes de l'équipe.

La finalité de ces observations est évidemment de comprendre la prise en charge *in concreto*. Afin d'objectiver un maximum les données observées et atteindre un travail de réflexivité par la suite, nous avons tenu un « journal de bord ». Ces notes ont évidemment dû être retravaillées par la suite. La prise de notes s'est jouée sur différents niveaux : notes descriptives, réflexions personnelles, notes de « préanalyse »<sup>32</sup>.

- L'analyse de dossiers :

Quelques dossiers de prise en charge d'enfants victimes d'abus sexuels, sélectionnés par les équipes elles-mêmes, ou de manière aléatoire (par nos soins), ont été analysés. Cette méthode permet de combler les lacunes de la méthode d'observation puisqu'« il s'agit d'une méthode de collecte de données qui élimine, du moins en partie, l'éventualité d'une influence quelconque, qu'exercerait la présence ou l'intervention du chercheur »<sup>33</sup>.

Une attention a dû être portée au contexte de production des documents composant nos dossiers : son auteur, sa relation avec ce qu'il décrit, le contexte de rédaction, la nature du texte, le sens des termes employés (concepts clés et logique interne) ...<sup>34</sup>.

Comme pour les observations et les entretiens, une grille de récolte des données<sup>35</sup> a été réalisée afin de systématiser et organiser celle-ci.

---

<sup>32</sup> A.-M. ARBORIO, P. FOURNIER, *L'enquête et ses méthodes. L'observation directe*, Paris, Armand Colin, 2010, p. 60.

<sup>33</sup> A. CELLARD, « L'analyse documentaire », in J. POUPART, L.-H. GROULX, J.-P. DESLAURIERS (e.a.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Boucherville, Gaétan Morin éditeur, 1997, p. 251.

<sup>34</sup> *Ibid.*, p. 258.

<sup>35</sup> Les critères de cette grille sont les suivants :

- nouveau/re-signalement
- durée de prise en charge
- type de prise en charge
- relais prise en charge
- hospitalisation/ambulatoire
- protection
- clôture
- moment de la prise en charge par rapport aux faits commis
- plainte/enquête/...
- prise en charge médicale
- suivi médical
- SAJ/SPJ (quand?)
- type de maltraitance sexuelle
- âge
- maltraitance sexuelle ou multiple
- signaleur
- auteur de la maltraitance
- dynamique familiale
- autres intervenants dans la situation

### Pour les services hospitaliers

Les services hospitaliers ont essentiellement été analysés sous le prisme d'entretiens.

Certaines observations ont pu être réalisées au sein des unités d'hospitalisation lorsque les équipes médico-psychosociales (équipes SOS Enfants ou services équivalents) accompagnées se trouvaient en milieu hospitalier. C'est alors l'ensemble du corps médical, au sens large<sup>36</sup>, qui a pu être rencontré.

Les entretiens ont été réalisés avec les acteurs qui participent aux différentes mailles de la prise en charge médicale des enfants victimes de maltraitance sexuelle, de leur prise en charge aux urgences, à leur suivi en ambulatoire en passant par une éventuelle hospitalisation. Nous avons rencontré des pédiatres (urgentistes), des gynécologues, des (pédiatres) infectiologues, des éducateurs, des infirmiers... présents en salle d'urgence et d'hospitalisation ou en consultation.

La majorité des entretiens s'est appuyée sur des vignettes cliniques. Ces dernières tiennent compte de différents critères capitaux pour caractériser le type de prise en charge et de suivi à assurer auprès de l'enfant victime : la temporalité de l'arrivée de l'enfant à l'hôpital par rapport aux faits commis, le doute quant aux faits, l'âge de l'enfant... Nous pensons que cette méthode permet d'envisager les entretiens de la manière la plus concrète<sup>37</sup> et la plus diversifiée possible.

### La démarche en pratique...

#### Phase exploratoire, prises de contact et préparation du terrain

Réaliser une étude nécessite que son auteur maîtrise les méthodes d'investigation mais qu'il soit également informé sur son terrain et ses enjeux. L'idée est de comprendre le fonctionnement, le vocabulaire utilisé au sein de l'institution, l'histoire des services<sup>38</sup>...

Pratiquement, notre phase exploratoire s'est dédoublée en deux « activités ». Tout d'abord une analyse de l'état de la littérature a été réalisée sur le sujet. Cette littérature concerne les grands axes de notre objet de recherche, c'est-à-dire à la fois l'angle médico-psychosocial et juridique (droits de l'enfant et droit pénal).

La réalisation d'entretiens et de rencontres exploratoires avec des acteurs clés a également permis de nous familiariser avec notre objet de recherche.

Au-delà de la nécessité de cette phase de recherche, visant à mieux cerner l'objet du travail ainsi que les modes d'investigation, cette phase exploratoire a notamment permis de mettre en exergue la nécessité d'étendre nos futures rencontres à d'autres acteurs, comme le SAJ et le parquet, mais également d'identifier les profils des professionnels à interviewer au sein des services hospitaliers.

---

<sup>36</sup> Infirmiers, éducateurs...

<sup>37</sup> Les vignettes sont au plus proche des situations réelles. Nous avons, par exemple, été attentives au fait que les informations données au corps médical ne soient pas trop détaillées, comme c'est le cas en pratique, lorsqu'un enfant arrive aux urgences d'un hôpital, par exemple.

<sup>38</sup> S. BEAUD, F. WEBER, *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, 2008, p. 67.

Concernant notre terrain de recherche en tant que tel (hôpitaux et équipes SOS Enfants), des contacts ont été pris afin de confirmer la participation des acteurs à notre projet de recherche. Des accords informels avaient déjà été recueillis préalablement à la mise en place de la recherche.

Les équipes hospitalières ont été contactées grâce au fait qu'une personne de référence avait été retenue pour chaque centre, avant le démarrage de la recherche. Dans certaines structures hospitalières, il n'a cependant pas toujours été évident d'identifier des acteurs et surtout d'entrer en contact puisque nombreux se disaient peu outillés en la matière.

Pour ce qui est des équipes SOS Enfants, un premier contact a été formalisé lors d'entretiens afin de préparer notre venue au sein des équipes. Celui-ci a permis de revenir plus précisément sur les objectifs de notre travail, sur les contours des règles d'anonymat... Ce premier échange n'a été réalisé qu'au sein des équipes SOS Enfants. Ceci s'explique en raison du fait que la méthodologie retenue pour ces équipes pouvait sembler plus « intrusive » vis-à-vis de leur travail.

Les acteurs provenant de l'aide à la jeunesse et du secteur judiciaire ont été identifiés et contactés avec l'aide du réseau de professionnels actifs dans le domaine de la maltraitance infantile.

## Déroulement des entretiens et des observations et temporalité des rencontres

### Les équipes SOS Enfants

Nous avons eu, globalement, un accès aisé aux données et avons fait face à des équipes très accueillantes et disponibles.

Pour rappel, notre présence au sein des équipes SOS Enfants (ou services équivalents) s'est matérialisée par une triple méthode de récolte des données : observations directes, entretiens semi-directifs, analyse de dossiers.

Au niveau de l'observation, nous avons laissé le choix à chaque équipe de nous laisser prendre part aux activités où elle estimait que nous avions notre place ; le « jeu de l'observation » s'est donc opéré différemment en fonction des équipes. Nous avons, *a minima*, participé aux réunions hebdomadaires de toutes les équipes. En fonction des équipes, nous avons assisté à une ou plusieurs prises en charge d'enfants en milieu hospitalier, à des réunions au SAJ ou au tribunal de la famille et de la jeunesse, à des premiers entretiens de prise en charge avec des familles, à des visites médicales ou encore à des signalements.

La durée des observations a été influencée et déterminée par le poids que représente l'intrusion d'un étranger dans un service. En bref, le temps prévu doit être plus long que celui de l'observation au sens strict puisqu'il faut tenir compte d'un temps d'adaptation. Nous avons cependant une contrainte de temps d'observation en raison de la durée de la recherche. Nous sommes restées entre une et deux semaines dans chaque équipe en fonction de la masse d'informations à récolter.

Une grille d'observation, pour un recueil systématique des données observées, a été préparée. Même si celle-ci a pu être étoffée en cours d'observation, elle nous a permis de mettre un cadre afin de déterminer le seuil à atteindre en termes de données à récolter.

Des entretiens individuels ont également pu être réalisés durant nos observations sur base de dossiers analysés ou de guide d'entretien. Ils ont été l'occasion de revenir sur des interrogations apparues suite à l'observation de tel ou tel événement intervenu dans le cadre du travail de l'équipe SOS Enfants.

Pour rappel, nous avons aussi analysé des dossiers durant les « temps morts » de l'observation.

Si le nombre de méthodes auxquelles nous avons recouru peut apparaître (trop) lourd, il a notamment permis d'occuper le temps, et d'exploiter ainsi, l'ensemble de notre présence au sein des équipes SOS à des moments où notre place auprès des intervenants n'était pas souhaitée. Soulignons que cette analyse de dossiers a révélé *a posteriori* des éléments d'analyse très intéressants afin de mieux appréhender les pratiques.

### Les services hospitaliers

Les équipes hospitalières ont pu être sollicitées grâce à des prises de contact en cascade. C'est-à-dire que nous avons d'abord rencontré la personne avec qui nous avons un contact en début de recherche. Grâce à cet intervenant, nous avons pu interviewer d'autres acteurs, spécialisés dans la prise en charge de ces enfants, à d'autres niveaux.

Nous avons pour parti-pris de rencontrer, au sein du service hospitalier, la personne la plus spécialisée dans le domaine de la prise en charge de situations de maltraitance sexuelle puisque l'objectif avoué de cette recherche est de ressortir des bonnes pratiques en la matière.

Notons finalement que les équipes hospitalières ont été plus difficiles à rencontrer que les équipes SOS Enfants puisque les intervenants travaillent de manière plus disparate et « autonome ». Une méthodologie commune aurait dès lors été impossible à réaliser pour l'ensemble des acteurs.

En termes de nombre, nous avons pu rencontrer une trentaine d'acteurs du corps médical, certains à plusieurs reprises.

### Le SAJ et le parquet

Les services de l'aide à la jeunesse et les parquets ont été interviewés après une première phase d'analyse. Ces entretiens ont été réalisés sur base d'un guide d'entretien très épuré puisque les rencontres visaient essentiellement à répondre aux questions suivantes : « Comment le SAJ/parquet se positionne lorsqu'une situation de maltraitance sexuelle lui est signalée ? Et quels rapports entretient-il dans ces situations avec les équipes SOS Enfants et les hôpitaux ? ».

Notons que ces rencontres avec le parquet et le SAJ se sont résumées à six entretiens en présence, parfois, de plusieurs intervenants. Nous ne prétendons absolument pas, à leur

sujet, à un travail aussi poussé et exhaustif que celui mené avec les équipes SOS Enfants et les hôpitaux.

### Le retrait du terrain

Pour l'ensemble des profils rencontrés et des techniques utilisées, s'est posée la question de savoir quand commencer l'analyse des données. En effet, la question à se poser n'est pas celle du nombre de personnes à interviewer puisque la méthode d'enquête est qualitative ; elle ne vise pas à atteindre la représentativité comme cela peut être le cas dans des méthodes d'analyse quantitative<sup>39</sup>. Ici, la saturation et la diversification se substituent à cette notion de représentativité, afin de valider scientifiquement la démarche méthodologique qualitative.

Dans le cas de notre modèle de sélection, nous sommes davantage dans une recherche de diversification interne : « on veut donner 'un portrait global' mais seulement à l'intérieur d'un groupe restreint et homogène d'individus »<sup>40</sup>. « Il s'agit d'une étude exhaustive ou en profondeur d'un groupe restreint plutôt que d'une vision globale d'un groupe hétérogène »<sup>41</sup>. Dans notre cas, nous assumons que le projet ne porte que sur cinq centres mais nous poursuivons tout de même l'objectif, qu'en leur sein, nous ayons couvert la majorité des situations possibles.

La saturation peut être définie comme « le phénomène par lequel le chercheur juge que les derniers documents, entrevues ou observations n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier une augmentation du matériel empirique »<sup>42</sup>. La saturation poursuit deux fonctions. Au niveau pratique, elle permet de savoir lorsque nous pouvons nous arrêter au niveau de la récolte des données. « D'un point de vue méthodologique, elle permet de généraliser les résultats à l'ensemble de l'univers de travail (population) auquel le groupe analysé appartient »<sup>43</sup>.

Comme mentionné *supra*, nous avons fait le choix de rencontrer les services plus spécialisés mais aussi les personnes les mieux formées à ce type de prise en charge puisqu'il s'agit de construire un modèle type. Cependant, même au sein de ces équipes, des informations ont parfois été contradictoires, et donc non répétitives, nous n'avons pu atteindre la saturation des données. Il nous est cependant impossible d'obtenir une autre information puisque nous avons rencontré les personnes les plus spécialisées en la matière.

### Le temps de l'analyse et de l'écriture

Il ne faut pas voir les étapes méthodologiques de manière linéaire, et encore moins celle du terrain et de l'analyse. Il s'agit d'un processus circulaire. Cela s'illustre notamment par le fait que certains services ont été revus après une première phase d'analyse, si nous nous rendions compte de lacunes au niveau de la qualité et la quantité des données recueillies.

---

<sup>39</sup> P. CARDON, R. DESANTI, *op. cit.*, p. 66.

<sup>40</sup> A. PIRES, *Echantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique*, coll. Les classiques de sciences sociales, 1997, URL : [www.ugac.ca](http://www.ugac.ca), consulté le 27/10/14, p. 65.

<sup>41</sup> *Ibidem*.

<sup>42</sup> *Ibid*, p. 67.

<sup>43</sup> *Ibid.*, p. 68.

Après avoir quitté le terrain, il convient d'exploiter les données recueillies. Pour réaliser ce travail, les données doivent être mise en forme avec précision. Concernant les observations, « la forme la plus évidente est la description détaillée de ce que l'observateur a vu ou a entendu »<sup>44</sup>. Nous avons dès lors retranscrit les modes d'interaction observés au sein de l'équipe mais également les méthodes de travail, les échanges entre professionnels... Les entretiens ont été retranscrits<sup>45</sup> dans leur intégralité afin de pouvoir être le plus juste et fidèle aux propos tenus dans l'analyse. Les dossiers analysés ont été mis sous forme de tableau reprenant les différents critères qui avaient aidé à l'analyse de ceux-ci.

Un travail d'analyse a pu être entamé par la suite. Il a notamment permis de réunir sur un même support les données récoltées par le biais de trois méthodologies différentes ; support nécessaire à la rédaction du présent rapport et de ses recommandations.

Si toutes nos données n'ont pas pu être anonymisées, nous avons tout de même assuré une certaine confidentialité, notamment lors de l'analyse critique des trajectoires. L'anonymisation totale des données n'était pas possible étant donné la nécessité de comprendre des modes de fonctionnement particuliers dans un contexte local donné. Une certaine confidentialité est cependant de mise tout au long de la recherche.

L'anonymisation des intervenants et des enfants et familles est, elle, respectée à la lettre.

Notons finalement qu'après la réalisation de la phase d'analyse et quelques premiers retours entre analyse et terrain, nous avons souhaité organiser une rencontre avec les acteurs de terrain. Celle-ci visait à s'assurer de la qualité et la justesse des informations récoltées au sein des centres. Pour éviter un maximum de confusion (notamment dans les relais entre le volet médical et psychosocial), nous avons organisé ces rencontres en associant, durant un même temps de rencontre, les équipes SOS Enfants ou services équivalents et le secteur médical. Un moment dédié à la proposition de recommandations a également été consacré. Nous n'avons pas pu réaliser un tel travail pour les SAJ et parquet vu la place « secondaire » qu'il leur a été accordée dans cette recherche.

### [Faire vivre ces recommandations ou quel travail de diffusion ?](#)

Pour donner une suite à ce travail, et surtout aux recommandations émises, une rencontre finale a été organisée avec l'ensemble des professionnels rencontrés au niveau des structures SOS Enfants et hospitalières.

Cette rencontre a constitué un point de départ à de nouvelles rencontres (après le terme de la recherche) visant à envisager de manière concertée comment mettre en œuvre ces recommandations.

Les acteurs rencontrés via la recherche poursuivent également ce travail au sein de leur propre territoire d'intervention. L'idée étant que le travail réalisé dans le cadre de cette recherche n'a de sens que s'il est connecté avec les réalités locales.

---

<sup>44</sup> A.-M. ARBORIO, *op. cit.*, p. 52.

<sup>45</sup> Notons que l'ensemble des entretiens a été enregistré. Ceci a permis, d'une part, d'être le plus fidèle possible aux propos des personnes interviewées mais également d'avoir une oreille attentive lors des entretiens puisque notre temps n'était pas occupé à la prise de notes.

### Limites, biais et obstacles rencontrés

Toute recherche comporte son lot de limites, d'obstacles... De plus, réaliser une recherche, c'est procéder à des choix. Nous devons en avoir conscience, pointer ces limites afin d'en tenir compte et pouvoir, éventuellement, les dépasser.

Au niveau des bénéficiaires, tout d'abord. Comme nous l'avons déjà mentionné, les enfants eux-mêmes n'ont pas été rencontrés. Nous ne pouvons dès lors que présupposer, par le biais des acteurs qui travaillent avec eux, ce qui peut favoriser une meilleure prise en charge de ces derniers.

De plus, les enfants de 16-18 ans n'ont pas directement fait l'objet de notre échantillon. Rappelons cependant l'importance de prendre en considération cette tranche d'âge afin d'éviter un no man's land dans la coordination entre secteur psychosocial et médical.

Concernant les intervenants, nous n'avons pas pu rencontrer l'ensemble des acteurs gravitant autour de la prise en charge d'enfants victimes de maltraitance sexuelle. Nous pensons essentiellement à la prise en charge pénale et protectionnelle représentée notamment par les services de police, juges de la jeunesse et services de protection judiciaire. Nous avons décidé de rencontrer les services jouant un rôle clé dans l'articulation entre les différents secteurs. Ceci explique que nous ayons, par exemple, rencontré le parquet plutôt que les juges de la jeunesse. En outre, nous nous situons davantage dans une compréhension médico-psychosociale du phénomène; nous avons fait le choix de ne pas étudier le monde judiciaire en tant que tel.

Il existe également un biais automatique en raison du fait que nous avons interrogé les personnes « les plus spécialisées » au sein des services « les plus spécialisés » dès lors que le parti-pris était de retirer les « meilleures » pratiques des services. Nous n'avons pas connaissance de l'ensemble des difficultés, des points de tension, que les équipes peuvent rencontrer. Nous considérons cependant que le panorama que nous possédons à l'heure actuelle nous permet quand même de nous en faire une certaine idée.

Enfin la dernière limite que nous voulions mettre en avant concerne l'impossibilité de développer un modèle unique de protocole applicable à tous, vu la diversité des pratiques rencontrées. L'implémentation des recommandations dans un contexte local doit être systématiquement réfléchi.

# Une diversité des prises en charge malgré des réflexes communs... : trajectoires de prise en charge de la maltraitance sexuelle via différentes portes d'entrées

---

## Introduction

Après avoir présenté la méthodologie utilisée dans le cadre de ce projet, nous voudrions, sur base de quelques vignettes concrètes, envisager les différentes manières par lesquels les services concernés prennent en charge une même situation de maltraitance sexuelle, arrivant via différentes portes d'entrée (secteur hospitalier et SOS Enfants). Nous aborderons, pour chaque vignette, les aspects médicaux, psycho-sociaux et légaux à travers des exemples de trajectoires de prise en charge. L'intérêt se portera directement sur les stratégies et les procédures de prise en charge, plus que sur les contenus.

Cette partie descriptive nécessite préalablement de détailler certaines mises en garde.

Tout d'abord, rappelons le parti-pris de cette recherche dont les données sont basées sur la rencontre de services expérimentés, dans le but de récolter des bonnes pratiques<sup>46</sup>. En outre, ces données sont parfois « idéalisées » puisque basées davantage sur un récit et pas toujours sur une réalité observée.

Il s'agit d'un travail de reconstruction, d'extrapolation de données récoltées sur le terrain. Ces données ont été validées par les équipes concernées dans le cadre d'une réunion dédiée à leur analyse. Mais nous ne pouvons prétendre à la parfaite exhaustivité<sup>47</sup> des données. En outre, ce chapitre ne peut pas toujours tenir compte de la complexité des situations et ne prétend pas égaler l'expertise des acteurs intervenant dans ces situations.

Cette section se veut parfois « caricaturale », schématique, ou encore « simplifiée », afin d'illustrer au mieux les tendances, les logiques présentes au sein de chaque équipe. Par exemple, nous envisagerons toujours une prise en charge de manière assez complète. Nous le verrons, il se peut, par exemple, qu'une prise en charge soit stoppée parce que le relais entre une équipe hospitalière et une équipe SOS Enfants ne se réalise pas malgré ce qui a pu être préconisé ou encore est bloquée car une situation est judiciairisée. Autre exemple, de nombreuses situations ne sont pas judiciairisées ; pourtant nos trajectoires envisagent souvent la question afin d'explorer les différentes pistes possibles pour les services.

L'idée est donc d'exemplifier. Une analyse critique, plus fine, sera présentée dans le point suivant. Retenons la tentative de nous rapprocher au plus près des réalités tout en sachant que ce sont des situations fictives pour lesquelles nous présumons un positionnement au regard des données analysées.

---

<sup>46</sup> Certaines difficultés peuvent quand même transparaître dans les trajectoires présentées malgré un travail remarquable réalisé par les équipes.

<sup>47</sup> Certains acteurs ont pu insister davantage sur certains points, qui se retrouvent dès lors dans l'analyse, ce que d'autres n'ont pas fait.

## Porte d'entrée n°1<sup>48</sup> : arrivée par les urgences après un viol (< 72h)

*Tiffany, une jeune fille de 12 ans (pubère) est amenée vers 20 heures aux urgences par la police et ses parents pour suspicion d'abus sexuels. Elle a raconté, quelques heures plus tôt, à ses parents, s'être fait agresser sexuellement (rapport sexuel avec pénétration) la veille par un voisin de l'immeuble âgé d'une vingtaine d'années. Il l'aurait invitée à monter dans son appartement puis l'aurait enfermée dans sa chambre. Les actes auraient été commis sans violence physique. Ses parents ont déjà porté plainte.*

### Hôpital n°1

Tiffany est accueillie aux urgences par l'infirmier. Comme Tiffany arrive en soirée, elle est reçue, par la suite, par un assistant en pédiatrie ou un résident. Si celui-ci s'interroge sur les soins à prodiguer à l'enfant, il peut rappeler un superviseur pédiatrique. Le pédiatre peut également se référer à un protocole relativement complet en la matière.

Une **anamnèse** de la situation est réalisée par le pédiatre<sup>49</sup>. Idéalement, elle se déroule enfant et parents séparés. Ceci afin d'obtenir la version la plus proche possible des faits qui se sont déroulés. Cette démarche apparaît capitale pour orienter le type de prise en charge à assurer par la suite. En effet, dans certaines situations, le pédiatre reçoit les confidences de l'enfant, lorsqu'il est seul, mettant en avant le consentement du rapport sexuel, par exemple. Ces informations peuvent donc orienter notamment la suite de la prise en charge médicale<sup>50</sup>.

Au **niveau médical**, une prise en charge complète est garantie à Tiffany. Cela signifie, en pratique, qu'un examen physique, comprenant un examen génito-anal externe est effectué. Des prélèvements sont réalisés par la suite (sérologies,...). Une prophylaxie préventive est également administrée pour prévenir d'une éventuelle grossesse mais, aussi, du risque de maladies sexuellement transmissibles (MST). Même en cas de doute sur la véracité des faits au niveau de l'acte de pénétration, le pédiatre ne prend pas de risque vu le type de situation et met en route l'ensemble des traitements. Ceux-ci pourraient éventuellement être arrêtés lors du premier rendez-vous de suivi médical, au moment de la réévaluation de la situation. Pour ce qui est précisément du traitement anti-HIV, notons la présence d'un kit de démarrage de 3-4 jours aux urgences afin de mettre en place la trithérapie au plus vite.

Toujours sur le plan médical, la question de la réalisation d'un examen gynécologique doit être abordée. Cependant, pour l'hôpital concerné, celle-ci doit être questionnée en lien avec l'éventuelle **prise en charge médico-légale**. Comme les parents ont déposé plainte, le parquet est informé de la situation. Le pédiatre n'entame pas directement ce volet gynécologique puisqu'il est quasiment certain qu'un set d'agression sexuelle (SAS) va être requis par les autorités judiciaires ; Tiffany étant reçue aux urgences pour un viol

---

<sup>48</sup> Lorsque la trajectoire commence par une intervention en milieu hospitalier, la prise en charge réalisée par SOS peut être moins détaillée.

<sup>49</sup> Sauf lorsque cela est explicitement précisé, nous utiliserons ce statut de manière générique, tout au long de ce chapitre. Il peut s'agir tant d'un assistant que d'un pédiatre confirmé.

<sup>50</sup> La suite de la prise en charge est envisagée en considérant la véracité des faits au terme de l'anamnèse.

extrafamilial, moins de 72 heures après la commission des faits. L'idée est de réaliser de manière conjointe un examen à visée thérapeutique et légale.

Le pédiatre reste cependant attentif à la réalisation effective de cet aspect de la prise en charge. En effet, le réquisitoire (ou l'absence de réquisitoire) ne colle pas toujours, selon lui, à la réalité observée aux urgences. Le pédiatre peut dès lors prendre contact avec le parquet afin de s'assurer qu'un réquisitoire soit dressé pour faire réaliser un set d'agression sexuelle (s'il estime que la situation le justifie) et organiser la prise en charge médicale et médico-légale afin de ne réaliser qu'un seul et même examen.

Dans l'idéal, Tiffany est examinée, d'un point de vue médico-légal, par le gynécologue puisqu'elle a 12 ans. Celui-ci est accompagné du pédiatre des urgences, afin d'assurer la « touche pédiatrique » de la prise en charge. L'examen gynécologique, à visée thérapeutique, est réalisé à cette occasion.

La question d'un **signalement** aux autorités judiciaires ne se pose pas directement puisque les parents ont déjà été portés plainte à la police<sup>51</sup>. C'est essentiellement le parquet, section mœurs, qui sera en charge du dossier. C'est lui qui requerra, éventuellement via l'intervention du juge d'instruction, des devoirs d'enquête comme l'audition vidéo-filmée (systématique) et l'examen médico-légal de Tiffany. Notons que la section jeunesse pourrait recevoir une copie du procès-verbal de la plainte puisqu'une victime mineure est concernée.

Tiffany et sa famille ont-ils besoin du soutien du SAJ<sup>52</sup> ? Cette question pourra être abordée, par la suite, par l'équipe SOS Enfants que les urgences contacteront afin d'assurer un relais au niveau médico-psychosocial.

Si le parquet, section jeunesse, est informé du dossier, il est possible qu'il ne le soit pas), il pourrait aussi décider de transférer au SAJ les informations qu'il juge utiles comme les informations reçues concernant Tiffany et sa famille démontrant certaines difficultés, par exemple.

**La protection physique et affective** de Tiffany doit aussi être envisagée par le service des urgences. Vu la proximité physique avec l'auteur, Tiffany pourrait être hospitalisée indépendamment du caractère protecteur ou non de ses parents. Une place lui sera trouvée, même si cela doit faire l'objet d'arrangements et de discussions au sein de la structure. Dans le pire des scénarios, Tiffany est d'abord reçue en hospitalisation provisoire aux urgences, dans l'attente de la libération d'une place en pédiatrie.

---

<sup>51</sup> Cela n'empêche pas un signalement, par la suite, en cas de danger grave et imminent pour l'enfant et si le service ne peut assurer seul, ou avec l'aide d'un tiers, la protection de l'enfant. Il se pourrait, par exemple, que derrière cet abus, se cache d'autres graves difficultés familiales relevées par SOS Enfants. L'information au parquet aurait une visée protectrice, cette fois. La situation pourrait également être judiciairisée si un SAJ intervient et constate la nécessité de judiciariser la situation (intégrité physique ou psychique compromise et refus de l'aide) (voyez les articles 38 du décret de l'aide à la jeunesse et 8 de l'ordonnance bruxelloise relative à l'aide à la jeunesse).

<sup>52</sup> Afin de faciliter la compréhension des trajectoires, imaginons que, pour toutes les vignettes (hormis la septième), un SAJ n'est pas impliqué dans la situation préalablement à la situation exposée.

La question de l'hospitalisation nous amène à envisager celle de la **prise en charge médico-psychosociale**. Une prise en charge psychologique de l'enfant et de la famille pourrait être nécessaire, selon le pédiatre des urgences, au moins pour une première prise de contact. Mais, son admission aux urgences se déroulant le soir, il n'y a pas d'équipe SOS Enfants disponible pour intervenir directement dans la situation.

Il existe bien des urgences psychiatriques mais vu leur faible expertise en la matière, le pédiatre des urgences préférera relayer l'information le lendemain, à l'équipe SOS Enfants (intra-hospitalière). En cas de retour à domicile, les parents de Tiffany sont invités à prendre contact avec le service SOS Enfants au plus vite. L'équipe pourra également recontacter les parents de sa propre initiative, si ces derniers ne font pas la démarche.

L'intervention de SOS Enfants pourra se réaliser de manière ambulatoire ou en milieu hospitalier, en fonction de l'évolution de la situation. Dans cette situation-ci, il semble plus probable que Tiffany ne soit hospitalisée que pour un court séjour, le temps de laisser décanter la situation. Un cadre (SAJ...) ne sera pas d'emblée mis en place pour cette hospitalisation, surtout si les parents sont coopérants et demandeurs. En outre, le parquet est mis au courant de la situation par les parents de Tiffany.

Après une première analyse par l'équipe, le travail de SOS Enfants avec Tiffany pourra prendre différentes directions : absence d'ouverture de dossier, une brève évaluation et le renvoi assez rapide vers une prise en charge thérapeutique par l'équipe ou vers un service extérieur, type SSM (service de santé mentale). La mise en place d'une évaluation, éventuellement via un bilan<sup>53</sup> SAJ/SPJ-TJ<sup>54</sup> (en ambulatoire ou en milieu hospitalier) doit aussi être considérée. Dans tous les cas, un binôme assistant social – psychologue (au minimum) prend en charge la situation. Un pédopsychiatre et un pédiatre peuvent venir en soutien de ce travail en rencontrant l'enfant si nécessaire. Une consultation peut éventuellement être organisée pour les parents de Tiffany avec le juriste de l'équipe.

SOS Enfants va réévaluer la question d'un **signalement au SAJ, voire au parquet** tout au long de la prise en charge. En effet, au-delà de la plainte déposée par les parents au pénal, l'équipe pourrait être amenée à signaler la situation au parquet, section jeunesse, en cas de danger grave et imminent pour l'enfant et si l'équipe ne peut assurer seule, ou avec l'aide d'un tiers, la protection de l'enfant. Sauf urgence, la première « étape » est normalement celle du SAJ. C'est le conseiller qui évaluera alors la nécessité ou non d'informer le procureur du Roi si les conditions justifiant l'imposition d'une mesure d'aide sont réunies. En pratique, l'équipe pourra cependant éventuellement by-passer l'intervention du SAJ afin d'avoir une

---

<sup>53</sup> Le travail de bilan doit s'entendre, de manière générale, comme un travail d'évaluation basé sur des rencontres, des prises de contact avec le réseau, des tests psychologiques... Ce travail mené par les équipes SOS Enfants vise davantage une perspective d'aide et de soins à apporter à la famille, plus qu'une expertise au sens strict.

<sup>54</sup> Pour respecter la confidentialité des équipes nous noterons systématiquement SPJ-TJ, tout en étant conscients des différences de prises en charge entre Bruxelles (où c'est le juge qui demande une expertise) et la Wallonie, où cela passe par le SPJ. Retenons, pour l'ensemble des trajectoires, que ce type de bilan (expertise) s'organise lorsqu'un travail n'a pu être possible avec la famille et l'enfant au niveau du SAJ et que la situation présente un danger pour l'enfant. Voyez à ce sujet le décret de l'aide à la jeunesse ainsi que l'ordonnance bruxelloise en la matière.

réponse forte et rapide de la part des autorités judiciaires ou si l'urgence d'une protection à mettre en place ne permet pas d'attendre l'organisation et la mise en œuvre de l'aide volontaire. Un double signalement<sup>55</sup> ne serait pas forcément réalisé à cette occasion.

Une demande d'intervention du SAJ se joue majoritairement au stade du bilan, exceptionnellement pour jouer un rôle de cadre dans la phase thérapeutique. L'appel à ce dernier n'interviendrait, par exemple, que si les parents ne se montrent plus assez coopérants pour poursuivre le travail et mettent à mal la protection de leur enfant.

Puisqu'une plainte est déposée au pénal, SOS Enfants va, de toute façon, devoir organiser son travail en lien avec la prise en charge pénale du dossier. Par exemple, si Tiffany est hospitalisée, l'équipe SOS Enfants va se trouver dans une situation délicate pour commencer le travail puisque Tiffany doit encore être vidéo-auditionnée. Normalement un travail ne doit idéalement pas être commencé avant la réalisation de celle-ci. Vu le caractère récent des faits, cette audition devrait se mettre en place assez rapidement, dans un délai de 48 heures maximum. L'expertise de crédibilité, quasiment systématique, sera requise beaucoup plus tard par le parquet, sur base de l'audition vidéo-filmée. Un éventuel travail thérapeutique sera alors déjà entamé depuis longtemps.

Le travail de SOS Enfants sera également imbriqué avec le **suivi médical** à assurer à Tiffany. En effet, que Tiffany soit suivi par SOS Enfants en ambulatoire ou dans le cadre d'une hospitalisation, elle sera de toute façon revue au niveau médical.

Si Tiffany est hospitalisée, les différents temps d'implication des pédiatres de la salle d'hospitalisation dans le travail de SOS Enfants permettront d'assurer le suivi médical de Tiffany. Ceci permet, la plupart du temps de ne pas « délaisser » des enfants comme Tiffany pour lesquels la dimension somatique apparaît comme moins évidente que pour des enfants hospitalisés au niveau somatique.

Des pédiatres, plus spécifiquement formés, peuvent assurer ce suivi. Des consultations sont prévues quelques jours après la prise en charge aux urgences et à 1 (fin de la trithérapie anti-HIV), 3 et 6 mois. Le premier rendez-vous est l'occasion de faire un premier bilan sur la tolérance au traitement, d'évaluer ou non la poursuite du traitement, de réaliser des premières sérologies à distance... Les éventuels prochains rendez-vous permettront de réaliser des nouvelles sérologies à distance. Un infirmier spécialisé peut être présent lors du premier rendez-vous de suivi médical de Tiffany.

La structure hospitalière est organisée pour que ce ne soit pas SOS Enfants qui réalise le suivi médical de Tiffany. Il y a une volonté explicite de scinder les deux prises en charge. Cependant, si le pédiatre de l'institution, aussi pédiatre de SOS Enfants, prend en charge ce suivi, il sera plus facile de collaborer avec SOS Enfants si, par exemple, Tiffany ne se présente pas à la consultation médicale. En effet, le pédiatre a conscience du fait qu'il va être difficile pour la famille de Tiffany de se présenter jusqu'au bout du suivi. Il est également possible

---

<sup>55</sup> Il s'agit du processus par lequel le service de l'aide à la jeunesse est mis au courant du signalement au parquet, et ce de manière simultanée.

que Tiffany ne se présente qu'à un des deux rendez-vous de suivi (SOS Enfants ou médical), ne comprenant pas les enjeux différentiels de ces deux rendez-vous.

Une consultation peut éventuellement être fixée chez un gynécologue pédiatrique si Tiffany présente des lésions ou des plaintes spécifiques par la suite. Ce moment pourra également être celui d'une discussion autour des questions de contraception.

Si Tiffany est hospitalisée, la place de l'équipe SOS Enfants dans la suite du processus dépendra de l'orientation donnée à la sortie de l'hôpital. Différentes pistes sont envisageables : suivi thérapeutique assuré par l'équipe, pas de suivi nécessaire...

Si Tiffany était arrivée en journée ?

Tiffany aurait normalement été prise en charge par un pédiatre expérimenté, accompagné d'un assistant si le taux d'occupation du service des urgences le permettait.

Si le pédiatre apprenait ou avait connaissance du fait qu'un dossier était déjà ouvert au SAJ, il aurait pu le contacter. Notons qu'il serait cependant peu probable que les urgences réalisent une telle démarche puisque les parents se montrent, en tous les cas, au moment de la prise en charge aux urgences, « adéquats ».

L'équipe SOS Enfants aurait directement pu être contactée. Deux intervenants seraient alors descendus aux urgences pour analyser la situation. Les corps médical et psychosocial auraient analysé, ensemble, les suites immédiates à donner à Tiffany au niveau protectionnel notamment, et répondre ainsi à la question de la pertinence d'une hospitalisation. C'est pour ce type de questionnement que l'apport de la présence de SOS Enfants serait le plus quantifiable aux yeux du service des urgences pédiatriques.

Si une prise en charge en ambulatoire était préconisée, un rendez-vous aurait été fixé avec SOS Enfants à ce moment-là.

Au niveau médical, si Tiffany avait été examinée en journée, elle aurait certainement bénéficié de la présence d'un infirmier pédiatrique spécialisé dans la prise en charge sida. Il aurait pu notamment lui expliquer les effets secondaires de ce lourd traitement et assurer le lien avec la première consultation de suivi médical.

Hôpital n°2

Il est très peu probable que cette structure hospitalière reçoive une situation comme celle-ci. En effet, au regard des outils et des forces vives<sup>56</sup> dont dispose l'hôpital, la police aurait, sans doute, directement envoyé la situation dans un autre centre hospitalier.

Imaginons quand même la situation, non prévue dans cette vignette-ci, où Tiffany et ses parents arrivent dans ce service d'urgences parce qu'il constitue leur hôpital de référence ou encore que les parents ont été orientés par des services sociaux de la région, ne connaissant pas les spécificités de la prise en charge médico-légale de chaque hôpital. Les parents n'auraient alors pas été orientés au bon endroit par le service de police où ils ont déposé plainte.

---

<sup>56</sup> Au niveau médical mais également légal.

Dans ce cas, un urgentiste de la structure hospitalière va recevoir Tiffany. S'il n'assure pas la prise en charge d'une telle situation, il pourrait cependant prendre le temps d'expliquer à la famille la suite du processus et l'orienter vers une autre structure hospitalière. Il est capital, pour l'hôpital, de tenir compte de l'état d'angoisse dans lequel Tiffany et sa famille peuvent se trouver pour assurer cet accompagnement.

Idéalement, l'urgentiste contacte le service des urgences qui va accueillir Tiffany afin de le prévenir de l'arrivée de l'enfant. En effet, même pour les services « habitués » à ce type de prise en charge, l'accueil de cas de viol reste toujours compliqué au regard, notamment, du caractère émotionnel et chronophage de telles situations.

Qu'en est-il pour la suite de la prise en charge alors ? L'urgentiste peut donner les coordonnées du service psychosocial de son hôpital pour un éventuel retour, afin d'assurer un suivi après le passage de l'enfant dans les urgences de l'autre hôpital. Ce suivi pourrait s'envisager en ambulatoire ou dans le cadre d'une hospitalisation. L'hospitalisation peut être nécessaire pour Tiffany, si cette dernière a besoin d'une protection (physique mais aussi affective) qui ne peut être assurée ailleurs, ou encore si la situation nécessite une évaluation dans un lieu « neutre », par exemple. Les urgences préviennent alors également le service psychosocial de l'hôpital du fait qu'une famille va éventuellement les contacter après le passage dans une autre structure, afin d'y assurer le volet médico-légal.

Le travail réalisé par ce service psychosocial peut prendre la forme d'un bilan ou d'un suivi. Dans le cas d'un bilan en milieu hospitalier, il serait envisageable qu'une équipe SOS Enfants de la région prenne le relais, par la suite, dans une logique d'aide et de soins. Dans les faits, l'équipe SOS Enfants concernée serait cependant de moins en moins contactée.

Mais, normalement, l'institution hospitalière qui a reçu le transfert de Tiffany aux urgences, la gardera en hospitalisation, si nécessaire. Et ce, même si la structure ne dispose pas d'un service spécifique de prise en charge. L'hôpital pourra<sup>57</sup>, éventuellement, envoyer la situation chez SOS Enfants pour un suivi de Tiffany.

Au niveau médical, l'ensemble du suivi se réalisera dans la deuxième structure hospitalière qui a reçu Tiffany, pour des raisons pratiques et matérielles d'abord, mais également pour une meilleure cohérence au niveau du suivi.

Si Tiffany était arrivée en journée ?

La famille aurait été reçue par un (assistant) pédiatre et non par un urgentiste.

Hôpital n°3<sup>58</sup>

Tiffany est accueillie par un infirmier qui prend les premiers paramètres. La situation est, ensuite, prise en charge par un assistant en pédiatrie, vu l'heure d'arrivée de l'enfant, qui

---

<sup>57</sup> Cela pourrait se produire si Tiffany est hospitalisée ou qu'elle est examinée par le gynécologue pédiatrique de l'hôpital. Le cas est plus rare si Tiffany sort directement après les urgences.

<sup>58</sup> A noter qu'il est possible ici que les parents, sur réquisitoire du parquet ou du juge d'instruction, se soient déplacés pour une consultation légale après le dépôt de leur plainte au sein du service de police, hors d'une structure hospitalière. Si l'hôpital reçoit Tiffany, cela ne serait que dans un second temps, après la réalisation de la prise en charge médico-légale.

réalise une **anamnèse**<sup>59</sup> de la situation. Il peut bénéficier, si nécessaire, du soutien d'un superviseur pédiatrique et de la disponibilité d'un protocole de prise en charge de l'abus sexuel aux urgences.

Le pédiatre s'occupant de Tiffany est attentif au fait de pouvoir bénéficier d'un temps séparé de ses parents avec la jeune adolescente (lors de son examen clinique ?), afin de pouvoir recueillir sa version des faits, non polluée par la présence de son entourage familial.

Au **niveau médical**, une prise en charge complète est assurée à Tiffany, c'est-à-dire un examen clinique général, comprenant un examen génito-anal externe, des prélèvements et l'administration d'une prophylaxie préventive (MST et grossesse). Un kit de démarrage pour la prophylaxie anti-HIV est disponible aux urgences. Le service des urgences pédiatriques ne prendra pas de risque au niveau de l'administration de telles prophylaxies, surtout pour la prévention sida qui nécessite une prise en charge très rapide après les faits pour être efficace. La situation sera de toute façon réévaluée lors de la première consultation de suivi médical. La question de l'arrêt éventuel de la prophylaxie y sera abordée.

L'examen gynécologique n'est pas réalisé par le pédiatre. Si lors de l'examen clinique général, la situation ne présente pas d'urgence, l'examen gynécologique sera programmé. Cela permettra à Tiffany de bénéficier d'un examen réalisé par un gynécologue pédiatrique spécialisé. Les gynécologues de garde n'étant pas toujours équipés pour réaliser un examen sur un mineur. Puisqu'une plainte a été déposée, la question de la réalisation d'un set d'agression sexuelle (SAS) à la demande du parquet ou du juge d'instruction doit être considérée en lien avec cet examen à visée thérapeutique. Il est, en effet, plus que probable qu'un SAS soit demandé (sorte de réflexe systématique des autorités judiciaires).

Ceci nous amène à envisager le **signalement au service de l'aide à la jeunesse ou aux autorités judiciaires** et la **prise en charge médico-légale**. L'équipe des urgences se place davantage dans un rôle de soins et de soutien puisque la plainte a déjà été déposée par les parents de Tiffany. Un contact peut être pris par le pédiatre des urgences avec le médecin légiste afin d'organiser son intervention. Ceci permettra de réaliser l'avis gynécologique « thérapeutique » dans le même temps que l'examen légal. Cette collaboration peut aussi s'avérer utile entre gynécologue et légiste si le légiste de garde est moins spécialisé en la matière.

Hormis l'examen gynécologique, la prise en charge médicale (prélèvements,...) est déjà assurée par le pédiatre, en l'attente de l'arrivée du médecin légiste.

Si, exceptionnellement, le légiste ne se déplace pas à l'hôpital, un gynécologue réalise le set d'agression sexuelle. Ce cas de figure est cependant extrêmement rare. Preuve en est, le réflexe premier du pédiatre sera de voir comment peut s'organiser la prise en charge médicale au regard de l'intervention du légiste.

Pour ce qui est d'un signalement au SAJ, celui-ci n'aura généralement pas lieu dans le temps de la prise en charge aux urgences. D'abord parce que les parents de Tiffany se montrent a

---

<sup>59</sup> La suite de la prise en charge est envisagée en considérant la véracité des faits au terme de l'anamnèse.

*priori* protecteurs. Ils ont eux-mêmes porté plainte. En outre, sauf dans le cas d'un double signalement, les urgences ne vont normalement pas signaler la situation au SAJ. Celui-ci aura éventuellement lieu plus tardivement, lorsqu'un travail médico-psychosocial sera entamé avec Tiffany et sa famille.

Il est également peu probable que le dossier pénal soit transféré par le parquet au SAJ. En effet, les faits concernant un auteur extrafamilial, le dossier ne sera normalement pas transféré au SAJ via le parquet en charge de cette transmission, la section jeunesse (qui ne sera pas d'office saisi du dossier).

Même si ses parents se montrent *a priori* « adéquats » et collaborants, Tiffany sera sans doute hospitalisée<sup>60</sup> au regard de la situation vécue par l'enfant et de l'état de stress qui a pu en découler. Cette hospitalisation permettra d'obtenir l'ensemble des résultats des prélèvements réalisés aux urgences mais également que Tiffany et ses parents puissent rencontrer un psychologue du service hospitalier spécialisé, afin de penser la prise en charge psychosociale à éventuellement assurer par la suite.

**Aucune prise en charge médico-psychosociale** pédiatrique ne peut, en effet, être assurée aux urgences vu l'heure d'arrivée de Tiffany. Seul le service psychosocial de garde adulte peut éventuellement être contacté, en fonction de l'état psychique de Tiffany lors de son admission aux urgences.

Le lendemain ou premier jour ouvrable suivant, Tiffany pourra de toute façon être vue par un psychologue du service médico-psychosocial de l'hôpital, qui constitue le service de référence pour le pédiatre ayant accueilli Tiffany aux urgences.

Si la situation le nécessite (les parents reportent leurs angoisses sur l'enfant, la situation est complexe...), Tiffany sera hospitalisée, un temps plus long, afin de réaliser un bilan<sup>61</sup>.

Dans le cas contraire, Tiffany pourra être renvoyée par ce service vers SOS Enfants. Une prise en charge pourra être envisagée par une dyade assistant social – psychologue<sup>62</sup>. Si une demande de bilan/expertise SAJ/SPJ-TJ est formulée à l'équipe, celle-ci travaillera davantage dans une logique évaluative.

Le service médico-psycho-social intrahospitalier restera actif dans la situation la durée nécessaire au relais. L'hôpital prendra éventuellement contact avec le service pour assurer ce relais vers SOS Enfants.

Comme une plainte a déjà été déposée, le signalement à l'autorité judiciaire, par les équipes pluridisciplinaires spécialisées, se pose normalement moins, hormis via un signalement au parquet jeunesse<sup>63</sup> en cas de mise en danger grave et imminente de l'enfant concerné et si le service ne peut apporter une protection à l'enfant seul, ou avec l'aide d'un tiers (par

---

<sup>60</sup> Tiffany pourrait attendre quelques heures dans une salle de consultation aux urgences s'il n'y a pas de lit disponible en pédiatrie.

<sup>61</sup> Un éventuel suivi chez SOS Enfants pourrait être organisée après la réalisation de ce bilan.

<sup>62</sup> Le pédiatre et le juriste de l'équipe seront essentiellement sollicités pour avis.

<sup>63</sup> Le parquet renvoie alors la situation vers le SAJ via sa section jeunesse.

exemple, la prise en charge par le SAJ ne peut se réaliser). Le service hospitalier ou SOS Enfants pourraient décider de signaler la situation au SAJ si la situation familiale se dégrade, par exemple. Si Tiffany reste hospitalisée pour réaliser un bilan, un cadre SAJ sera de toute façon sollicité.

Pour ce qui est de l'équipe SOS Enfants, si des difficultés se présentent durant le travail avec la famille, l'équipe peut recourir au SAJ si celle-ci ne collabore plus et qu'une question de sécurité et de protection se pose. Il est, en effet, impossible pour l'équipe d'évaluer une situation si l'enfant ne bénéficie pas d'un cadre protecteur minimal. Avant de solliciter le SAJ, l'équipe peut tenter la signature d'une Convention entre le service et les parents, comme une sorte d'engagement, afin de s'assurer de la collaboration de la famille de Tiffany.

Vu la plainte déposée, les équipes médico-psychosociales devront de toute façon composer avec la suite des poursuites pénales dans le dossier pour organiser leur travail. C'est plus spécifiquement l'équipe SOS Enfants qui prendra éventuellement contact avec le parquet afin de voir comment s'organiser quant au recueil de la parole de Tiffany, au regard de la réalisation de l'audition vidéo-filmée. Notons que celle-ci ne sera pas forcément requise puisque Tiffany a plus de 12 ans et que la situation porte sur des faits extrafamiliaux. La mise en place de ce type d'audition prendra, de toute façon, un certain temps.

Un autre élément qui entre en ligne de compte sera, plus tard, la réalisation de l'expertise de crédibilité pour Tiffany, qui pourra perturber le travail de l'équipe SOS Enfants (si elle ne se base pas sur une audition vidéo-filmée par exemple).

Qu'en est-il du **suivi médical** à assurer à Tiffany ?

Différents prélèvements ont été réalisés et une prophylaxie préventive a été administrée à Tiffany. Un suivi doit dès lors lui être assuré. Si Tiffany est hospitalisée, une prise en charge médicale est normalement garantie. L'aspect médical de cette prise en charge reste cependant plus aléatoire que pour les enfants nécessitant une prise en charge « purement » somatique.

Pour le suivi concernant les maladies sexuellement transmissibles (sida et autres MST), Tiffany sera revue par un infectiologue d'un centre de référence sida. Ce centre de référence a été préalablement informé, par répondeur, de l'administration d'une prophylaxie anti-HIV aux urgences pédiatriques.

Vu l'âge de Tiffany, ce centre assure l'ensemble du suivi médical. Cependant, le pédiatre infectiologue de l'hôpital qui a reçu Tiffany aux urgences garde un rôle de référence et de coordinateur concernant le traitement antirétroviral. En effet, les médecins du centre lui font d'office un retour du rendez-vous. Cela permet également au pédiatre de savoir si Tiffany ne s'est pas présentée aux consultations fixées.

Au-delà du premier rendez-vous fixé au plus vite, suite à la prise en charge de Tiffany aux urgences, un contrôle des sérologies devra être réalisé à 1, 3 et 6 mois (si la famille se présente jusqu'au terme des consultations fixées).

Pour rappel, un examen gynécologique peut éventuellement être programmé en ambulatoire ou en milieu hospitalier, si Tiffany est hospitalisée, parce que, par exemple, le premier examen aux urgences a montré la présence d'importantes lésions.

Si Tiffany était arrivée en journée ?

Si Tiffany et ses parents s'étaient présentés en journée aux urgences, après la réalisation des différents examens médicaux, ils auraient pu être pris en charge par un éducateur des urgences, spécialisé dans les questions de maltraitance. Un pédiatre, plus expérimenté, aurait également pu prendre en charge Tiffany.

Cet éducateur (ou le pédiatre) aurait sans doute contacté directement le service médico-psycho-social, spécialisé dans les questions de maltraitance, pour envisager l'hospitalisation de Tiffany. L'intervenant disponible de ce service (psychologue, assistant social,...) serait venu discuter des suites à donner à la situation aux urgences ou fixer un entretien (donner un avis sur une orientation...).

Si l'option de l'ambulatoire était privilégiée, il aurait pu orienter et guider vers une prise en charge assurée par une équipe SOS Enfants en prenant directement contact avec la dite équipe. Cette prise en charge aurait cependant mis plus de temps à se mettre en place qu'un rendez-vous auprès du service spécialisé de l'hôpital. Ce dernier pourrait alors intervenir en attendant un relais extérieur, même s'il ne travaille normalement pas en ambulatoire.

Au niveau médical, un contact direct aurait été assuré avec le centre de référence sida. Un infectiologue pédiatrique aurait également pu être contacté pour son expertise en la matière.

## Porte d'entrée n°2 : arrivée aux urgences pour une suspicion de viol (situation chronique)

*Sonia (13 ans) et Nina (14 ans) sont admises aux urgences, en journée, à la demande d'un service d'aide en milieu ouvert (AMO). L'équipe avait reçu Sonia et sa sœur, Nina, toutes deux amenées par leur grande sœur. C'est cette dernière qui révèle à la demande des deux plus jeunes que leur frère de 25 ans les abusait sexuellement. En raison d'un sentiment de honte, elles ont mis du temps à en parler. La maman a été mise au courant par la maman de la meilleure amie de la grande sœur. La maman a, par la suite, raconté les faits au papa. Les parents sont très désespérés mais croient leurs deux plus jeunes filles; la grande sœur également. Elle se dit choquée mais croit son frère capable de faire ça. Les parents ont confronté le frère au récit de ses sœurs, il a nié puis a reconnu pour la plus jeune des deux sœurs.*

### Hôpital n°1

La prise en charge assurée à Sonia et Nina est très succincte à ce stade car la situation est rapidement transférée à l'équipe SOS Enfants intrahospitalière. En effet, dans la foulée de la prise en charge aux urgences, l'équipe de SOS Enfants est automatiquement contactée pour l'informer de la future prise en charge de Sonia et Nina. Elle va donc, très vite, prendre le relais dans la situation, le pédiatre ayant reçu l'enfant aux urgences restant disponible si nécessaire.

Envisageons quand même ce qui sera fait aux urgences. En effet, une réelle attention doit être accordée aux deux sœurs dès leur arrivée aux urgences, et ce avant même l'intervention de SOS Enfants.

Une brève **anamnèse médicale et psychosociale** est réalisée par le pédiatre.

Au **niveau médical**, les deux jeunes filles feront l'objet, par la suite, d'un examen physique complet comprenant un examen génito-anal externe.

Il est très probable que, dans cette situation, les deux sœurs soient hospitalisées. Ceci impacte de manière importante la prise en charge aux urgences. En effet, puisque les faits semblent dater, en cas d'hospitalisation, la prise en charge aux urgences se limite à cet examen physique.

Les suites de la prise en charge médicale, à savoir essentiellement la nécessité d'un bilan MST et grossesse et la réalisation d'un examen gynécologique approfondi, seront questionnées rapidement durant cette hospitalisation, certainement dans le cadre d'un bilan SOS Enfants. Des prélèvements sont plus facilement réalisés aux urgences dans le cas, peu probable, où les deux sœurs rentrent à domicile. Un examen gynécologique n'est cependant pas demandé au stade des urgences<sup>64</sup>.

Aucun traitement prophylactique n'est *a priori* administré aux urgences.

---

<sup>64</sup> Sauf si des lésions importantes sont découvertes à l'occasion de l'examen externe ; les urgences feront alors appel au chirurgien pédiatrique.

Pour ce qui est de la **prise en charge médico-psychosociale**, l'équipe SOS Enfants est directement contactée.

Un intervenant de SOS Enfants, psychologue et/ou assistant social, en fonction des disponibilités, descend directement aux urgences analyser la situation de Sonia et Nina. Si des questions d'ordre médical se posent d'emblée, le pédiatre de l'équipe SOS Enfants est également contacté. La situation est alors évaluée et une décision est prise quant à une intervention en ambulatoire ou dans le cadre d'une hospitalisation.

Imaginons, pour cette vignette, que la prise en charge est assurée par l'équipe SOS Enfants intrahospitalière et qu'une décision d'hospitalisation est prise. Pourquoi celle-ci semble logique pour cette structure hospitalière ? Tout d'abord, même si le frère pourrait être écarté, il peut apparaître délicat pour les parents, en pratique, d'accorder cette protection dans l'urgence. En outre, les deux sœurs ont peut-être besoin d'être hospitalisées pour répondre à certaines difficultés psychiques et affectives liées à l'acte de maltraitance.

Pratiquement, comme l'intervenant de SOS Enfants envisage une hospitalisation pour Sonia et Nina, le coordinateur du service psychosocial hospitalier ou le pédiatre de SOS Enfants sera contacté afin de solliciter une place<sup>65</sup>. Le médecin qui reçoit l'enfant aux urgences a également une responsabilité dans la décision d'hospitaliser un enfant. Premier interlocuteur pour l'enfant et sa famille aux urgences, il constitue un partenaire clé avec lequel le cadre va être établi.

Quelle décision est prise au niveau d'un éventuel **signalement** de l'équipe hospitalière et de SOS Enfants au SAJ, voire au parquet ?

L'institution hospitalière tente d'abord d'évaluer, généralement avec le soutien de SOS Enfants si les délais le permettent, la collaboration et la protection des parents avant de signaler la situation au parquet ; l'idée étant de faire la balance des intérêts entre la collaboration de la famille et la protection des deux adolescentes. Ici, cela semble dans un premier temps clair, les parents de Nina et Sonia croient leurs deux filles. Les parents des deux sœurs pourront, de toute façon, porter plainte contre leur fils de leur côté, mais dans une visée directement pénale alors.

Même si l'institution tente d'abord de travailler sans cadre avec Sonia et Nina et leur famille, cela n'empêche pas qu'un signalement soit envisagé, par la suite, dans le décours du travail de SOS Enfants.

Un signalement « retardé » est, en effet, tout à fait imaginable. C'est d'ailleurs souvent la conjonction d'éléments qui amène l'équipe à informer le SAJ ou le parquet (section jeunesse).

Ces signalements (SAJ et/ou parquet) pourront être envisagés dans les différents temps de la prise en charge : lors de l'hospitalisation (faut-il un cadre ?...), à la suite d'une hospitalisation

---

<sup>65</sup> Une hospitalisation étiquetée « SOS Enfants », sera toujours discutée d'abord avec l'équipe concernée, que ce soit le coordinateur, le pédiatre ou l'équipe en tant que telle, en réunion hebdomadaire.

(faut-il l'intervention du SAJ pour permettre la mise en place de mesures préconisées dans le bilan réalisé par SOS Enfants ?...)

La question d'un cadre entourant l'hospitalisation des deux sœurs sera aussi abordée. Si la famille est demandeuse, une hospitalisation sans cadre est possible. Si la famille apparaît finalement trop déstructurée<sup>66</sup>, par exemple, l'équipe peut solliciter le SAJ pour encadrer la réalisation du bilan.

Le parquet ne sera contacté qu'en dernier recours, si, par exemple, la famille ne respecte pas les conditions fixées durant l'hospitalisation de leurs filles et les mettent en danger. La sollicitation du parquet intervient suite à l'intervention du Conseiller de l'aide à la jeunesse (article 38 du décret de l'aide à la jeunesse<sup>67</sup> ou 8 de l'ordonnance<sup>68</sup>) ou directement à l'initiative de l'équipe (en cas d'extrême urgence ne permettant pas la tentative de mise en œuvre de l'aide consentie (article 9 de l'ordonnance et 39 du décret)). Dans ce cas, un double signalement sera généralement réalisé auprès du service de l'aide à la jeunesse.

Si un dossier est ouvert au parquet, ou mis à l'instruction, la question **médico-légale** doit être envisagée via une exploration corporelle. Il est également envisageable que, si un examen gynécologue a été réalisé, le gynécologue soit entendu par les autorités judiciaires, en qualité de témoin.

Comme Nina et Sonia vont être hospitalisées, si l'intervention d'un médecin légiste est requise<sup>69</sup>, il viendra réaliser son examen à l'hôpital. Dans la mesure du possible, l'examen gynécologique, à visée thérapeutique, sera réalisé de manière conjointe<sup>70</sup>. Ce sera alors l'occasion de réaliser toute une série de prélèvements en vue d'une prévention de la grossesse et des maladies sexuellement transmissibles.

Outre la question médico-légale, en cas de signalement à la justice, il y a la nécessité de coordonner la prise en charge légale et psychosociale. L'équipe SOS Enfants se mettra en contact avec le parquet afin de savoir comment organiser son travail au regard de la réalisation d'une audition vidéo-filmée<sup>71</sup>. Des auditions de ce type n'ont cependant pas toujours lieu. Dans cette situation, le caractère intrafamilial des faits indiquerait l'opportunité de réaliser ce type d'audition, même si les sœurs ont plus de 12 ans. Le parquet évaluera aussi l'opportunité d'une telle audition sur base des conditions de dévoilement des faits. Cette audition mettra cependant un certain temps pour être mise en place. Une expertise de crédibilité sera systématiquement réalisée.

Pour ce qui est du **suivi médical**, un examen chez un gynécologue spécialisé est pratiqué durant l'hospitalisation des deux sœurs. Des prélèvements pourront être réalisés à ce

---

<sup>66</sup> Plusieurs questions doivent être investiguées : Comment le frère a agi sans que personne ne s'en rende compte...

<sup>67</sup> Décret du 4 mars 1991 relatif à l'aide à la jeunesse, *M.B.*, 12/06/1991.

<sup>68</sup> Ordonnance relative à l'aide à la jeunesse, *M.B.*, 01/06/2004.

<sup>69</sup> Ce qui semble envisageable vu qu'il est peu probable que les deux sœurs aient été déflorées par une autre personne que par leur frère.

<sup>70</sup> Accompagné du pédiatre de SOS Enfants si une sédation est réalisée.

<sup>71</sup> En pratique, la collaboration est variable.

moment de la prise en charge (si cela n'a pas encore été fait parallèlement à une prise en charge médico-légale). En concertation avec le pédiatre de SOS Enfants, le gynécologue assurera le suivi des résultats de ces prélèvements. Si des questions se posent au niveau du suivi des MST, des infectiologues pédiatriques pourront être sollicités.

Au terme de ce bilan pluridisciplinaire (impliquant au moins assistant social, psychologue et pédiatre), la question d'un éventuel suivi doit se poser. Pour ce qui est du **suivi psychosocial** post-hospitalier, si un suivi thérapeutique s'avère nécessaire, la question de sa mise en place au sein de l'équipe fait cependant l'objet d'une évaluation au cas par cas. Si l'équipe n'assure pas le suivi de la situation de Nina et Sonia, elle pourrait cependant intervenir dans l'attente d'un relais vers un service thérapeutique, surchargé.

Notons que si les conclusions du bilan vont vers l'impossibilité d'un retour en famille, il est fort à parier que les deux sœurs restent plus longtemps que nécessaire à l'hôpital, faute de place dans les services de placement.

Quelle politique de signalement si l'auteur des faits était inconnu de la famille et que les parents ne portent pas plainte ?

Le service des urgences serait plus enclin à réaliser un signalement au parquet, puisqu'il est plus difficile d'accéder à l'auteur présumé, si celui-ci est extrafamilial; à la différence de la vignette initiale où le frère est connu et a avoué.

Et si, en plus, il s'agit de faits récents ?

La réalisation d'un set d'agression sexuelle aurait du sens vu que l'auteur présumé est extrafamilial et les faits sont récents.

## Hôpital n°2

Comme Nina et Sonia arrivent avec leurs parents, elles seront d'abord accueillies par un infirmier qui va orienter la suite de la prise en charge.

Etant admises en journée, elles seront sans doute prises en charge par un pédiatre plus spécifiquement formé en la matière. Ce dernier réalise une **anamnèse** de la situation, capitale pour les mettre en confiance et les « apprivoiser », ainsi qu'un examen médical général. Cette anamnèse est cependant assez sommaire puisque, si l'équipe SOS Enfants voit les deux filles, un travail important d'anamnèse sera réalisé avec les enfants et leur famille en parallèle.

Au **niveau médical**, il n'y a, *a priori*, pas d'urgence à réaliser certains actes médicaux, puisque les faits datent. Suite à l'examen médical, des examens complémentaires peuvent cependant être effectués. Des prélèvements sont alors proposés en vue d'un dépistage MST et d'une éventuelle grossesse. A la différence de la prise en charge en aigu, un traitement est davantage administré en fonction des résultats de ces différents prélèvements et non directement lors de l'admission aux urgences.

Au regard des probables multiples pénétrations subies par les deux jeunes filles, un examen gynécologique se justifie d'un point de vue médical. Il peut être réalisé à l'issue de l'examen médical général par un gynécologue de garde.

Cependant, si la situation ne nécessite pas la réalisation d'un examen gynécologique en urgence, les deux sœurs pourraient être vues, par la suite, par un gynécologue expérimenté. Les critères déterminant l'urgence de l'examen doivent être entendus de manière large. Il peut s'agir, par exemple, de réaliser l'examen aux urgences par crainte d'une non présentation des deux filles si le médecin fixe une consultation gynécologique ultérieurement.

Comme le pédiatre est quasiment certain qu'un examen gynécologique doit être réalisé, il n'examine pas, même de manière externe, la zone génito-anale des enfants.

Qu'en-est-il d'un éventuel **signalement** au service de l'aide à la jeunesse, voire aux autorités judiciaires ? Les parents semblent protecteurs (démarches positives réalisées notamment en venant aux urgences). Il est dès lors peu probable que les deux sœurs soient hospitalisées dans cette structure hospitalière-ci.

Malgré le caractère *a priori* protecteur des deux parents, il serait cependant étonnant, selon le service, qu'ils portent plainte contre le fils. En aucun cas, les urgences ne réaliseront un signalement à la justice puisque la situation dans laquelle se trouvent les deux sœurs ne présente pas de danger imminent en termes vital et physique. Pour le service des urgences, il est capital de confier la situation à une équipe spécialisée, telle SOS Enfants qui pourra l'analyser avant de réaliser une démarche si importante que celle du signalement aux autorités judiciaires.

Un signalement au SAJ ne sera également envisagé que plus tard, lors d'un éventuel suivi médico-psychosocial.

Venons-en maintenant à la question de la **prise en charge médico-psychosociale**. L'équipe, intrahospitalière, sera directement (re)contactée par les urgences suite à la prise en charge sur le plan somatique.

Un intervenant de SOS Enfants se rend aux urgences pour fixer, au moins, un rendez-vous avec la famille, créer un premier contact. L'idée est que, pour la famille, il y ait un relais, un point de chute, afin de favoriser l'effectivité d'un suivi.

Notons que si la situation est judiciairisée, à l'initiative des parents, par exemple, il arrive que l'équipe SOS Enfants ne prenne pas en charge la situation, en tout cas au moment de la demande, car les services des urgences leur signifient que la machine judiciaire est déjà lancée. Nous le verrons dans la suite de cette trajectoire, l'équipe SOS Enfants veut faire en sorte que son travail n'entrave pas celui des autorités judiciaires.

Un **signalement** au parquet peut également avoir lieu plus tard, à l'initiative de l'équipe<sup>72</sup>, lorsque le travail avec les deux sœurs et leur famille sera davantage engagé.

Dans la situation de Sonia et Nina, et comme le décret de l'aide à la jeunesse le stipule, l'équipe SOS Enfants passera toujours par le SAJ en premier lieu, hormis en cas de danger grave et imminent (et que l'équipe ne peut assurer seule, ou avec l'aide d'un tiers, la protection de l'enfant) et parce qu'elle ne peut que constater le refus des parents d'accepter le plan d'aide et de soins, ou encore, lorsque la prise en charge en urgence se situe en dehors d'ouverture du service de l'aide à la jeunesse. Il n'y aura cependant pas non plus de SAJ, dans l'immédiat, dans ce type de situation si la famille croit les jeunes filles et assure leur protection. Si l'urgence d'un signalement au parquet devait se présenter, SOS Enfants préviendrait cependant toujours parallèlement le SAJ, par le biais d'un double signalement. Le parquet pourra transmettre les informations qu'il juge utiles au SAJ par la suite.

Concernant une plainte au niveau du pénal, cette fois, l'équipe SOS Enfants pourra expliquer aux parents des deux sœurs, si la situation le permet, les différentes possibilités de donner suite à la situation, notamment celle de déposer plainte. Elle peut orienter la famille et faciliter le contact avec les services de police, mais, en règle générale, ce sont les premiers concernés qui prendront la décision finale. Ici, la situation sera plus que délicate puisque c'est leur fils qui est soupçonné. SOS Enfants pourra envisager avec la famille d'autres pistes de prise en charge comme celle psychiatrique, par exemple.

Si une plainte est déposée, l'équipe prendra contact avec les services de police afin de s'organiser pour ne pas entendre Nina et Sonia avant qu'elles aient été vidéo-auditionnées. Cette audition, systématiquement mise en place, sera réalisée dans un délai raisonnable. Une expertise de crédibilité sera normalement réalisée sur base de ce qui a été recueilli dans le cadre de l'audition vidéo-filmée.

Au **niveau médico-légal**, si une demande d'exploration corporelle est formulée par les autorités judiciaires<sup>73</sup>, le gynécologue pédiatrique assistera normalement le médecin légiste dans cette démarche. Il est rare que le légiste intervienne seul pour ce type de constat. L'équipe SOS Enfants, et éventuellement son pédiatre, pourra être informé de cet examen.

Un assistant social et un psychologue (ou pédopsychiatre) réaliseront une **évaluation de la situation**, éventuellement via un bilan/expertise SAJ/SPJ-TJ. Le juriste et le pédiatre de l'équipe prendront également une part active dans cette prise en charge. Il serait plus exceptionnel que l'équipe assure le suivi thérapeutique de cette situation même si elle conclut à la nécessité de réaliser un tel travail auprès des deux jeunes filles. L'équipe pourra, au besoin, organiser le relais.

---

<sup>72</sup> Notons que, comme pour toutes autres trajectoires, hormis les cas d'extrême urgence, c'est le conseiller de l'aide à la jeunesse qui informe le procureur du Roi si les conditions de l'aide contrainte sont réunies.

<sup>73</sup> Ce qui pourrait être probable puisque l'on peut raisonnablement penser que les deux sœurs n'ont pas eu de rapport sexuel en dehors de cet acte de maltraitance.

Concernant le **suivi médical**, vu la réalisation des prélèvements, une consultation en infectiologie pédiatrique pourrait être programmée. Il est également envisageable que le médecin traitant des deux sœurs prenne assez rapidement la relève.

Si l'examen gynécologique n'a pas été réalisé aux urgences, celui-ci pourrait être éventuellement programmé chez un gynécologue pédiatrique du service hospitalier. Cette consultation gynécologique peut également être l'occasion d'une discussion autour de la question de la contraception, par exemple.

Des échanges entre corps médical et intervenants de l'équipe SOS Enfants peuvent avoir lieu, pour regrouper les informations concernant la famille et le suivi de sa situation si celle-ci ne se présente pas à son rendez-vous médical. La famille sera de toute façon recontactée dans ce cas, mais seulement si le pédiatre en charge du suivi a une connaissance préalable de la situation faisant l'objet d'une annulation.

Quelle politique de signalement si l'auteur des faits était inconnu de la famille et que les parents ne portent pas plainte ? Et si, en plus, il s'agit de faits récents ?

La politique de signalement de l'hôpital aurait été la même, à savoir une absence d'information donnée au parquet de sa propre initiative, en tous les cas au stade des urgences.

Une position stricte serait donc soutenue par les urgences au niveau d'un signalement en vue d'éventuelles poursuites pénales. Le pédiatre n'aurait, par exemple, pas le droit de signaler la situation aux autorités judiciaires pour qu'un set d'agression sexuelle soit mis en place. Et tant qu'un dossier n'est pas ouvert au parquet ou mis à l'instruction, et qu'une demande de SAS n'est pas réalisée, celui-ci ne peut être effectué par le médecin, ou n'aura, en tous les cas, aucune valeur juridique.

L'équipe SOS Enfants, quant à elle, pourrait pousser plus rapidement les parents vers un dépôt de plainte lorsque l'auteur est extrafamilial et que l'équipe se trouve dans un court délai de prise en charge par rapport aux faits.

### Hôpital n°3

Sonia et Nina sont accueillies par un infirmier qui prend leurs paramètres. Les deux sœurs sont, par la suite, prises en charge par un pédiatre ou assistant en pédiatrie qui réalise une anamnèse médicale de la situation ainsi qu'un examen clinique général. Si c'est un assistant qui intervient, il fera sans doute rapidement appel à son superviseur pédiatrique, présent sur place.

Après une brève **anamnèse**, les deux sœurs font l'objet d'un **examen physique complet**, comprenant un examen génito-anal externe. Si nécessaire, des examens complémentaires sont effectués. Il n'y a pas d'urgence à réaliser ces prélèvements<sup>74</sup>. Cependant, ils seront certainement effectués aux urgences puisque la prise en charge en journée permet l'intervention d'un pédiatre expérimenté en la matière.

---

<sup>74</sup> Certains pourraient être réalisés dans le cadre d'un examen gynécologique.

De manière générale, la mise en place d'une prophylaxie est évaluée au regard des résultats de l'anamnèse et de l'examen clinique réalisés. Ici, la suspicion quant à une éventuelle pénétration étant importante, la prophylaxie sera sûrement mise en route dès les urgences.

Vu la temporalité des faits dénoncés, aucune démarche gynécologique n'est réalisée aux urgences par le pédiatre, hormis la situation où des premiers soins doivent être assurés. Le pédiatre travaille alors avec le gynécologue présent aux urgences.

Si des lésions gynécologiques sont observées aux urgences ou en cas de doute, un examen avec un gynécologue pourra être programmé. Ce rendez-vous est fixé, en ambulatoire ou en hospitalier (en fonction des suites données à la prise en charge), chez un gynécologue pédiatrique, donc plus aguerri<sup>75</sup>. Cette logique s'explique notamment par le fait qu'il existe, mise à part quelques gynécologues expérimentés, une méconnaissance dans la prise en charge de ces situations pédiatriques aux urgences.

Une fois la prise en charge somatique « résolue », la situation de Nina et Sonia et de leurs parents pourra faire l'objet d'une anamnèse plus détaillée par un éducateur, spécialisé notamment dans la prise en charge de la maltraitance. Notons que si c'est un pédiatre expérimenté qui prend en charge l'enfant, il ne fera cependant pas nécessairement appel à cet éducateur pour réaliser l'anamnèse approfondie de la situation.

Pour ce qui est d'un éventuel **signalement au parquet**, comme la situation amenée aux urgences ne concerne, *a priori*, pas des faits récents, le service des urgences va prendre le temps de l'évaluation afin de prendre la décision la plus « juste ». Vu la « gravité » des faits, les urgences vont, dans tous les cas, entamer le **côté légal** de la prise en charge. Pour ce faire, il sera d'abord proposé aux parents de porter plainte. S'ils ne prennent pas une telle décision et/ou que le service des urgences constate leur absence de collaboration, le pédiatre pourra signaler, après réflexion, la situation au parquet. Notons que la protection des deux sœurs, notamment par le biais de la poursuite de l'auteur présumé, constitue le leitmotiv d'un signalement au parquet. Aucune prise de risque ne sera prise par les intervenants des urgences à ce niveau-là.

Si un signalement à la justice est réalisé en urgence (sans passer préalablement par le SAJ), que cela soit via les parents ou à l'initiative de la structure hospitalière, et si un examen gynécologique doit être effectué, les médecins feront en sorte de le réaliser au même moment que **l'exploration corporelle**<sup>76</sup>, afin de ne pas répéter des actes intrusifs vis-à-vis de l'enfant. Cette exploration ne se réalisera cependant pas en urgence. En gros, si les deux sœurs sont hospitalisées, l'examen est réalisé en milieu hospitalier. Sinon la prise en charge médicale et légale est scindée puisque l'examen par le médecin légiste se déroulera *extramuros*, dans le cabinet du légiste.

---

<sup>75</sup> Il y a la possibilité alors de réaliser l'examen sous méopa.

<sup>76</sup> Vu l'âge des deux filles, un examen pourrait certainement être requis par le parquet, via une mini-instruction, ou par le juge d'instruction directement. D'autres devoirs d'enquête seront à envisager : audition, expertise...

Il est également envisageable que, si un examen gynécologique a été réalisé indépendamment du travail du légiste, le gynécologue soit entendu par les autorités judiciaires, en qualité de témoin.

Comme pour la majorité des situations prises en charge aux urgences, il est peu probable qu'un signalement au SAJ soit réalisé au stade des urgences ; sauf dans le cadre d'un double signalement. Si le parquet jeunesse est saisi du dossier, il transmet les informations qu'il juge nécessaires du dossier vers le SAJ afin d'envisager la possibilité de mettre en place une mesure d'aide.

Pour cette vignette, concernant la suite de la prise en charge, imaginons que les deux sœurs soient d'office hospitalisées<sup>77</sup>. Ceci apparaît, de toute façon, probable pour ce service hospitalier. En effet, l'idée sera de les mettre en sécurité et hors d'une éventuelle pression familiale, même si les deux sœurs le vivront peut-être comme une forme de punition.

Il s'agira soit d'une hospitalisation de courte durée, soit d'une hospitalisation plus longue visant la réalisation d'un bilan pluridisciplinaire.

Pour ce qui est de la **prise en charge médico-psychosociale**, le service pluridisciplinaire spécialisé de l'hôpital est contacté par l'éducateur ou le pédiatre qui a reçu les deux sœurs aux urgences. Un intervenant du service, disponible, descend aux urgences pour organiser la prise en charge des deux filles.

Si la décision d'un bilan en milieu hospitalier est prise, il faut généralement compter trois semaines pour assurer sa réalisation. En pratique, cela ne signifie pas pour autant que les deux sœurs vont sortir au terme de ces trois semaines, en raison du problème criant de places disponibles en aval, si le bilan conclut que Sonia et Nina ne peuvent rentrer en famille.

Un **cadre SAJ (ou SPJ-TJ)<sup>78</sup>** sera de toute façon sollicité pour assurer la réalisation de ce bilan. Une telle démarche est poursuivie pour faciliter la gestion de la situation par le service spécialisé et la continuité de la prise en charge dans l'« après » hospitalisation. Le service peut également être amené à informer le **parquet** si celui-ci n'a pas déjà été informé de la situation auparavant (afin éventuellement de mettre en route la « machine pénale »). Il réalise, dans ce cas, un double signalement c'est-à-dire qu'il informe dans le même temps le SAJ de la situation.

Après leur hospitalisation, une orientation sera éventuellement préconisée vers une équipe SOS Enfants de la région pour assurer un suivi. Le service hospitalier pourra rester actif dans la situation, même en ambulatoire, dans l'attente de ce relais. Mais rien ne peut assurer que la famille s'y présentera, d'où l'intérêt de l'intervention du SAJ pour faire le lien.

---

<sup>77</sup> Cette hospitalisation sera réalisée avec l'accord des parents.

<sup>78</sup> Si la situation est judiciairisée (via la procédure en urgence (article 39 du décret ou 9 du décret) ou via l'intervention du SAJ qui a constaté la mise en danger de l'intégrité physique et psychique de l'enfant et la non-collaboration de la famille).

Au niveau du **suivi médical**, si un traitement a été assuré lors de la prise en charge aux urgences, il n’y aura peut-être pas de suivi programmé. Dans le cas contraire, lorsque les résultats des biologies et frottis seront connus, le pédiatre pourra programmer une consultation médicale. Il reste cependant difficile pour le corps médical de s’assurer de la venue de Sonia et de sa sœur, de les fidéliser.

Comme les deux sœurs sont hospitalisées, le suivi médical est normalement assuré par les médecins de salle, « supervisés » par les pédiatres composant le service spécialisé. Soulignons que ce sont parfois les éducateurs du service qui rappellent la nécessité d’un suivi médical pour ces enfants pris en charge pour maltraitance.

Quelle politique de signalement si l’auteur des faits était inconnu de la famille et que les parents ne portent pas plainte ? Et si, en plus, il s’agit de faits récents ?

La temporalité constitue un indice précieux dans la décision de signaler aux autorités judiciaires. Par exemple, si les faits commis sont récents, le service des urgences aura moins de temps à sa disposition pour évaluer la collaboration des parents, par exemple. En outre, si des actes relativement urgents doivent être réalisés, comme un set d’agression sexuelle, le service des urgences va être plus enclin à signaler.

Nous ne disposons pas d’informations assez solides pour évaluer la question du signalement en cas d’auteur extrafamilial dans le cadre de cette trajectoire-ci.

### Porte d'entrée n°3 : arrivée aux urgences pour une situation d'attouchements<sup>79</sup>

*Les parents de Léa (3 ans) sont séparés. Après avoir passé sa première journée seule avec son père, Jessica a présenté des vomissements importants et incoercibles ainsi que des douleurs abdominales. Le soir-même, l'enfant est amené dans un hôpital de la ville. Aux urgences, elle est subpyrétique. La mère demande son transfert dans un autre hôpital possédant un service médico-psychosocial pédiatrique car, selon elle, son enfant présente la même attitude que quelques mois plus tôt lorsqu'elle a dit avoir été victime d'attouchements de son papa. D'après le père, l'enfant a beaucoup mangé et bu durant cette journée.*

#### Hôpital n°1

Léa est accueillie par un infirmier qui transfère la situation à l'assistant ou au pédiatre présent sur place. En effet, comme Léa et sa maman se présentent aux urgences le soir, il y a peu de chances qu'elles soient reçues par un superviseur. Celui-ci reste cependant joignable, par téléphone, en cas de questionnements ou de difficultés. Un protocole sur les agressions sexuelles peut également guider le médecin dans son intervention.

Une **anamnèse** est réalisée avec Léa et sa maman, mais de manière séparée, afin de comprendre l'attitude de Léa ainsi que la relation mère-enfant et de questionner la relation avec son papa. Le pédiatre risque cependant de rencontrer certaines difficultés pour dresser cette anamnèse avec l'enfant car Léa est petite (orientée par sa mère ou, à l'inverse, forte envie de protéger son papa ?...), il sera dès lors délicat de se baser sur ses dires pour guider la prise en charge médicale.

Au vu des symptômes que présente l'enfant, l'anamnèse sociale détaillée pourra se poursuivre lorsque la question purement somatique sera évacuée et que le pédiatre pourra être rassuré sur le plan médical.

Un **examen médical** général, comprenant un examen génito-anal externe, est réalisé avec une attention spécifiquement portée sur les symptômes présentés par Léa. Un diagnostic différentiel doit être effectué, l'idée étant de ne pas se tromper et confondre les plaintes médicales et l'éventuelle maltraitance sexuelle.

Avec la présentation de ce type de plainte, la consultation se limitera sans doute à un examen génito-anal externe. Un examen gynécologique ne sera pas réalisé<sup>80</sup>, par la suite, hormis la découverte de lésions, durant l'examen général, par exemple.

En fonction du résultat de l'anamnèse et de l'examen physique complet, des examens complémentaires peuvent être réalisés<sup>81</sup>.

---

<sup>79</sup> A tout le moins, présentée comme telle.

<sup>80</sup> Si cela est cependant le cas, l'examen pourra être réalisé, mais à l'aise avec la présence d'un pédiatre et d'un gynécologue, éventuellement sous sédation.

<sup>81</sup> Il n'y aura probablement, ici, aucun indice qui fasse penser qu'il y a eu une éjaculation ou une pénétration, quelque chose qui demande une prise en charge médicale, dans le sens prise de sang, sérologie, frottis, SAS.

Léa ne sera *a priori* pas hospitalisée, s'il n'y a pas de difficultés persistantes au niveau médical pur, si la mère se montre protectrice et si la situation n'apparaît pas trop conflictuelle et tendue.

Pour ce qui est d'un éventuel **signalement aux autorités judiciaires**<sup>82</sup>, le pédiatre se renseigne aux fins de savoir si une plainte a déjà été déposée, et envisage la collaboration avec les services concernés, dans ce cas. Dans le cas contraire, il n'y aura *a priori* pas de signalement à ce stade de la prise en charge puisque les urgences ne bénéficieront pas d'assez d'informations concernant le dossier.

Si les autorités judiciaires sont informées de la situation de Léa, une **prise en charge médico-légale** devra, en tous les cas, être questionnée. Un examen ne sera pas forcément requis. L'âge de Léa joue en faveur d'un examen si les autorités judiciaires arrivent à la conclusion que les faits dénoncés ont pu être ceux d'une pénétration chez l'enfant. Si cette option est envisagée, et comme les faits remontent à plus de 72 heures, c'est un médecin légiste qui réalisera normalement l'examen, accompagné éventuellement par un gynécologue. Il est cependant exceptionnel que le médecin légiste se déplace pour réaliser cet examen.

Un **suivi médical** sera éventuellement assuré via la fixation d'une consultation chez un pédiatre sensibilisé à ce type de prise en charge. Si Léa ne se présente pas lors de cette consultation, la position du pédiatre dépendra de son degré d'inquiétude vis-à-vis de l'enfant. Il pourra toujours se référer à SOS Enfants, si le service est impliqué dans la situation.

Ceci nous amène à aborder la prise en charge **médico-psychosociale**. Un relais sera assuré le lendemain ou le premier jour ouvrable suivant à SOS Enfants. Il sera conseillé à la mère de prendre contact avec l'équipe. Mais l'équipe pourra également prendre l'initiative de ce contact, si le cas présente certaines inquiétudes. Le pédiatre des urgences s'assurera éventuellement de l'effectivité de la transmission des informations entre les urgences et SOS Enfants.

Une fois l'équipe SOS Enfants informée de la situation, elle analysera si celle-ci doit être prise en charge par le service, via une prise en charge ambulatoire ou hospitalière. L'intervention de SOS Enfants se montrera *a priori* opportune, que les faits soient avérés ou non.

Si la situation est prise en charge par SOS Enfants, une phase d'évaluation, essentiellement d'ordre psychosocial<sup>83</sup>, sera d'abord assuré.

Vu qu'il est peu probable que la situation soit signalée à l'aide à la jeunesse et aux autorités judiciaires au stade des urgences, l'équipe pourra évaluer, plus tard, dans le décours du travail, la nécessité d'un signalement. Ces acteurs pourraient alors être à l'initiative d'une demande de bilan/expertise afin d'évaluer la situation de l'enfant.

---

<sup>82</sup> Pour ce qui est du SAJ, les urgences ne signalent de toute façon quasiment jamais directement au service de l'aide à la jeunesse, sauf éventuellement si la famille est déjà connue du SAJ.

<sup>83</sup> Une visite médicale sera réalisée uniquement sur demande ou éventuellement dans le cadre d'un bilan. Le pédiatre reste toujours disponible et présent pour questionner la dimension médicale de la prise en charge. Le juriste est également disponible si des questions d'ordre juridique se posent.

L'équipe ne sollicitera pas d'office le SAJ dans le ce cadre. Elle se dirigera, par contre, vers le parquet si la situation de Léa présente une certaine gravité et un état de danger imminent pour l'enfant et que cette dernière ne peut apporter une protection à l'enfant, seule ou avec l'aide d'un tiers. La reconnaissance des faits par l'auteur présumé sera aussi évaluée. L'équipe ne réalisera pas forcément un double signalement au SAJ lors de la transmission d'information au parquet. Le parquet renverra, lui, au SAJ les informations qu'il juge utiles afin d'évaluer la possibilité de mettre en place un programme d'aide.

Si un signalement est quand même effectué aux autorités judiciaires, l'équipe devra s'organiser par rapport à la réalisation (automatique) de l'audition vidéo-filmée, au grand maximum, dans les 15 jours. Une expertise de crédibilité sera, presque systématiquement, requise.

Au terme de son travail de diagnostic, SOS Enfants optera pour une des trois options suivantes : soit elle conclut qu'il ne faut pas de suivi à assurer ; soit un suivi est assuré par l'équipe elle-même ; soit, enfin, un relais vers une autre équipe est réalisé pour assurer ce suivi. L'intervention du SAJ/SPJ-TJ sera peut-être nécessaire pour la mise en place de mesures préconisées suite à la réalisation de l'évaluation. Très exceptionnellement, le SAJ pourra jouer un rôle de cadre pour cette situation suivie par l'équipe SOS Enfants.

Si l'équipe conclut qu'un retour en famille n'est pas possible, il est plus que probable que Léa reste hospitalisée bien plus longtemps que la durée nécessaire à la réalisation de son bilan, faute de place dans d'autres lieux de placement.

## Hôpital n°2

Comme Léa arrive accompagnée de sa mère, elle est reçue par un infirmier pour déterminer l'orientation à donner concernant le traitement de la situation par le service des urgences.

Léa est, par la suite, prise en charge par un assistant en pédiatrie. Ce dernier peut cependant rapidement faire appel à son superviseur pédiatrique pour ce type de situation. Il peut également se référer à un protocole généraliste (pas de spécificités pédiatriques) sur la prise en charge de l'agression sexuelle aux urgences.

Le pédiatre réalise tout d'abord une **anamnèse** de la situation.

Un **examen clinique complet** est ensuite effectué. Par la même occasion, un examen génito-anal externe est éventuellement réalisé. S'il n'y a pas de lésion externe visible, ni de rougeur à l'examen, Léa ne sera pas soumise à un examen gynécologique complet.

Dans le cas où un examen gynécologique doit être réalisé, la demande sera directement formulée pour ne pas faire l'examen deux fois. Cet examen gynécologique ne sera cependant pas effectué dans l'urgence hormis une situation d'urgence médicale ou, par exemple, en raison d'une crainte du service de « perdre » la famille suite à son passage aux urgences.

En fonction de ce qui ressort de l'examen médical général, des examens complémentaires sont réalisés. Des prélèvements sont effectués en vue d'un dépistage MST. A la différence de

la prise en charge en aigu, un traitement sera administré en fonction des résultats des différents prélèvements et non de manière préventive.

Les urgences ne **signalent** pas la situation à ce stade de la prise en charge de Léa. Aucun positionnement ne sera pris, considérant que l'« opportunité » d'un tel acte doit être évaluée, décortiquée, au moment d'un futur travail d'évaluation, réalisé par une équipe SOS Enfants. L'idée étant qu'une telle position doit être prise par des intervenants bénéficiant d'une expertise en la matière. Notons que la situation de Léa aurait été signalée au stade des urgences, seulement si celle-ci présentait un danger vital et grave au niveau médical, et que le service ne peut assurer sa protection.

Léa ne sera pas hospitalisée, hormis dans le cadre d'une hospitalisation provisoire, si le jeune enfant présente des difficultés psychologiques ou qu'une situation de danger est décelée par le pédiatre. L'accord des parents de Léa sera cependant toujours requis puisque cette hospitalisation se réalise sans cadre judiciaire.

L'équipe SOS Enfants, intrahospitalière, sera contactée le lendemain ou le premier jour ouvrable pour une demande de relais au niveau **médico-psychosocial**. Mais si Léa (ou sa maman) présente des signes de souffrances psychiques nécessitant une prise en charge psychologique urgente, un service d'urgences psychiatriques pourra être contacté à la suite de la prise en charge somatique le soir-même. Ce ne sera cependant pas forcément un pédopsychologue ou pédopsychiatre qui prendra en charge Léa. Les urgences pédiatriques ou psychiatriques peuvent également joindre par téléphone un superviseur, pédopsychiatre, en dehors des heures d'ouverture de l'équipe SOS Enfants.

Si ce service de psychiatrie a été en charge de la situation, c'est lui qui fera le relais de la situation vers SOS Enfants. En tant que garant de la prise en charge, le pédiatre coordinateur aux urgences devra cependant s'assurer de l'effectivité de ce relais.

L'équipe SOS Enfants évaluera d'abord l'opportunité d'une telle prise en charge en réalisant une analyse de la demande. Si la situation est prise en charge, une évaluation sera réalisée. Celle-ci s'effectuera normalement en ambulatoire.

Ce travail de diagnostic pluridisciplinaire<sup>84</sup> aboutira à une série de conclusions dont peut-être celle de la mise en place d'un suivi thérapeutique. Sauf situations exceptionnelles ou particularités familiales, la situation ne sera pas suivie au sein de l'équipe SOS Enfants.

Comme mentionné *supra*, durant ce travail de diagnostic, un **signalement** à l'aide à la jeunesse, voire aux autorités judiciaires, sera questionné. Avant de se porter vers d'autres instances, l'équipe tentera d'obtenir, seule, la collaboration des parents de Léa, afin de s'assurer, notamment, de la protection de l'enfant. Le service de l'aide à la jeunesse pourra permettre, si nécessaire, de donner un cadre et de trianguler la situation via un bilan en ambulatoire réalisé par le service. Ce cadre pourra s'avérer nécessaire, surtout dans l'éventualité d'un conflit parental.

---

<sup>84</sup> Léa sera au minimum vue par un assistant social, un psychologue et un pédiatre.

L'équipe passe toujours par le SAJ en premier lieu<sup>85</sup>, hormis les situations de danger grave et imminent et lorsqu'elle ne peut que constater le refus des parents d'accepter le plan d'aide et de soins (et qu'un travail avec le SAJ n'est pas non plus possible) ou encore lorsque l'équipe doit intervenir en dehors des heures d'ouverture du SAJ. Si l'urgence d'un signalement au parquet devait se présenter, SOS préviendra cependant toujours le SAJ par le biais d'un double signalement. A l'inverse, le parquet renverra vers le SAJ les informations qu'il juge utiles afin d'évaluer la possibilité de la mise en place d'un programme d'aide.

Pour ce qui est d'une plainte au pénal, cette fois, l'idée, pour l'équipe, est d'expliquer aux deux parents de Léa, lorsque la situation le permet, les différentes possibilités de donner suite à la situation, notamment celle de déposer plainte. Cette question risque d'être délicate dans cette situation-ci et il n'est pas impossible que des plaintes aient déjà été déposées par les deux parents.

Si les autorités judiciaires sont mises au courant de la situation, une prise en charge au **niveau médico-légal** sera éventuellement assurée vu l'âge de Léa<sup>86</sup>. Le gynécologue pédiatrique assistera, sans doute, le médecin légiste, dans le cadre d'une exploration corporelle. Ce cas de figure semble cependant assez exceptionnel dans cette division d'arrondissement judiciaire.

La plainte aura un impact direct sur le travail de l'équipe SOS Enfants. L'équipe pourra prendre contact avec les services de police afin de s'organiser pour ne pas entendre l'enfant avant qu'il ait été vidéo-auditionné. En effet, l'audition vidéo-filmée sera systématiquement réalisée, et ce dans un délai raisonnable, à savoir dans les 15 jours.

Une expertise de crédibilité pourrait également être requise par les autorités judiciaires.

Pour ce qui est du **suivi médical**, Léa ne sera normalement pas revue par un pédiatre de la structure hospitalière et sera renvoyée vers son (éventuel) médecin traitant. Si nécessaire, un regard médical sera quand même assuré sur la situation, via le pédiatre de l'équipe SOS Enfants.

### Hôpital n°3

Arrivant le soir, Léa est accueillie par un infirmier et prise en charge, par la suite, par un urgentiste. Dans une situation comme celle rencontrée par Léa, le médecin réfère facilement au superviseur pédiatrique s'il s'interroge sur les suites à réserver à la situation. Il peut également se baser sur un protocole portant sur les agressions sexuelles, disponible aux urgences.

Vu la situation apparente de conflit familial, le médecin ne pose pas de questions directement à l'enfant. L'idée étant de ne pas réaliser une **anamnèse** et d'engendrer de nouveaux biais dans une situation où Léa a déjà peut-être été entendue de multiples

---

<sup>85</sup> Qui peut lui, comme acteur privilégié, interpellé au besoin le procureur du Roi.

<sup>86</sup> Et si l'on se dirige vers un diagnostic de pénétration, ce qui n'est pas toujours évident.

fois<sup>87</sup>. Une anamnèse peut être réalisée avec la mère de Léa, mais sans la présence de l'enfant.

Au **niveau médical**, au-delà de la question même de l'abus, la présentation des symptômes devra également être abordée.

Un examen général de l'enfant comprenant un examen génito-anal externe est réalisé. *A priori*, aucun examen gynécologique ne sera effectué sauf en cas de découverte de lésions lors de l'examen externe. Ce dernier pourra alors être programmé rapidement au sein de la structure hospitalière. En fonction de l'expertise nécessaire pour réaliser l'examen, l'enfant pourra aussi être envoyé dans une autre structure bénéficiant de la présence d'un gynécologue spécifiquement formé au niveau pédiatrique.

Au **niveau psychosocial**, les urgences vont renvoyer la situation vers le service psychosocial de la structure hospitalière pour une prise en charge en ambulatoire ou via une hospitalisation. L'équipe peut envisager un travail de bilan ou de suivi, de soutien. Une hospitalisation ne semble cependant pas nécessaire *a priori*.

Une équipe SOS Enfants de la région pourra aussi être sollicitée, pour une prise en charge en ambulatoire.

Si la situation semble très complexe dès le départ<sup>88</sup>, l'équipe SOS Enfants sera privilégiée par rapport au service hospitalier. L'approche pluridisciplinaire, globale, de l'équipe, permettant une prise en charge plus complète que par le psychologue du service hospitalier, constituera également un critère décisif pour l'orientation vers SOS Enfants. La charge de travail de l'équipe SOS Enfants pourra cependant expliquer que la situation ne leur soit pas transférée.

L'urgence de la situation dans laquelle se situe Léa guidera aussi le type de prise en charge à assurer en la matière. Si urgence il y a, c'est la structure médico-psychosociale hospitalière qui sera privilégiée. Notons que cette structure hospitalière reste, de loin, le service de référence pour le corps médical par rapport au service SOS Enfants. Le relais direct vers SOS Enfants reste beaucoup plus rare.

L'envoi vers l'une des deux structures médico-psychosociales ne sera pas accompagné d'un **signalement aux autorités judiciaires** s'il n'y pas de refus de soins observés par le médecin et que la situation de Léa ne présente pas de danger. Un signalement au SAJ à ce stade semble également peu probable.

Un cadre SAJ se jouera davantage durant une éventuelle hospitalisation de l'enfant ou durant son suivi par la structure hospitalière, en ambulatoire, ou par l'équipe SOS Enfants. Lors de cette discussion, les deux services (urgences et service pluridisciplinaire) pourront également envisager dans quelle mesure, si un renvoi vers une équipe SOS Enfants est programmé, celui-ci doit ou non s'accompagner d'un signalement au service de l'aide à la jeunesse.

---

<sup>87</sup> Via éventuellement des plaintes déposées par les parents.

<sup>88</sup> Le travail de SOS permet, en outre, un travail avec une souplesse plus importante. L'équipe est également davantage spécialisée dans les questions de maltraitance. Le critère financier semble aussi déterminant.

Dans une situation conflictuelle de ce type, où il n'est pas sûr que les parents puissent « assurer » dans la durée, si l'équipe SOS-Enfant est sollicitée, elle pourrait être amenée à contacter le SAJ au début ou en cours de prise en charge afin de bénéficier d'un cadre. L'intervention du SAJ pourrait intervenir tant via un bilan que dans le cadre d'un suivi thérapeutique, mis en place dès le début de la prise en charge de Léa par l'équipe.

Si un travail est entamé avec le SAJ, ce n'est seulement que si la collaboration avec la famille n'est pas possible, et que la situation présente un danger pour l'enfant, que le conseiller de l'aide à la jeunesse pourrait solliciter le parquet. L'équipe pourrait alors être amenée à collaborer avec le SPJ-TJ.

Si l'équipe SOS Enfants prend en charge la situation de Léa, il est peu probable qu'elle se dirige directement, d'elle-même, vers un signalement aux autorités judiciaires. L'orientation vers la structure judiciaire est d'abord conseillée à la famille. Un signalement ne sera réalisé par l'équipe, que suite à une interprétation stricte de la loi, c'est-à-dire, uniquement, si l'enfant est en danger et que l'équipe ne peut assurer seule, ou avec l'aide d'un tiers, la protection de l'enfant. Normalement, le SAJ ne sera pas informé d'un tel signalement via un double signalement.

Même lorsque les autorités judiciaires sont informées de la situation, l'équipe travaille de manière déconnectée par rapport au travail du **parquet/juge d'instruction**. L'équipe ne se renseignera généralement pas, par exemple, de savoir si Léa a déjà été vidéo-auditionnée par la police avant d'intervenir. En outre, une telle audition nécessite un certain temps pour être organisée dans cette division d'arrondissement judiciaire-là. C'est l'intérêt et le bien-être de Léa qui comptent, ce qui explique que l'équipe entame assez rapidement le travail avec l'enfant. L'équipe pourra cependant contacter les services de police si elle apprend, par le biais d'un de ses parents, par exemple, que Léa va être vidéo-auditionnée ; un intervenant de SOS Enfants accompagnera éventuellement l'enfant pour cette audition, si un lien de confiance s'est créé avec elle.

Vu l'âge de l'enfant et le contexte de dévoilement, il n'est probable qu'une audition vidéo-filmée soit requise.

Une expertise de crédibilité pourrait également être demandée si, dans le décours des poursuites pénales, la nécessité de bénéficier d'un élément objectif et extérieur d'appréciation se faisait sentir pour le magistrat en charge du dossier. L'expertise aurait de toute façon lieu beaucoup plus tard dans le processus.

Au niveau légal toujours, un médecin légiste pourra être requis, vu l'âge de l'enfant (même si l'on reste au stade d'allégations), mais l'équipe SOS Enfants ne sera pas forcément informée de la réalisation d'un tel examen. L'examen sera alors réalisé dans le cabinet de consultation du légiste et non en milieu hospitalier, hormis le cas où Léa est hospitalisée.

Au-delà de la question du suivi psychosocial et médico-légal, celle du **suivi médical** doit être envisagée pour Léa. Comme nous l'avons déjà abordé, il n'est pas impossible que Léa soit soumise à un examen gynécologique dans l'institution hospitalière qui l'a reçue aux urgences.

Au-delà de cet examen, il se peut que Léa ne soit pas revue au niveau médical. Elle sera prioritairement redirigée vers son médecin traitant.

## Porte d'entrée n°4 : arrivée par l'hospitalisation somatique

*Laetitia est amenée plusieurs fois aux urgences, par sa maman, en raison de fortes douleurs abdominales. A l'occasion d'une énième présentation, le service des urgences décide de l'hospitaliser afin de réaliser une mise au point complète. Durant son hospitalisation, lorsque ses proches s'absentent, Laetitia confie à demi-mot, au personnel soignant, avoir été victime d'attouchements de la part de son grand-père.*

### Hôpital n°1

Nous tenons à souligner, tout d'abord, que les urgences pédiatriques de l'hôpital, via leur équipe médicale mais aussi psychosociale, auront peut-être envisagé ce diagnostic vu la symptomatologie présentée par Laetitia aux urgences.

La présence d'un service médico-psychosocial spécialisé en la matière peut aider à la prise en charge de Laetitia suite aux timides révélations de maltraitance.

Pour autant, le cas de Laetitia n'est pas forcément relayé à ce service spécialisé<sup>89</sup>, ou peut-être pas dans les meilleures conditions, en tous les cas.

Le relais dépend notamment de l'intervenant médical en charge de la situation. Certains acteurs se montrent plus sensibilisés que d'autres et font dès lors plus facilement appel aux intervenants spécialisés afin de transmettre l'information. En raison du malaise que peut entraîner un tel diagnostic en la matière, d'autres préfèrent fermer les yeux sur la situation de Laetitia et la laisser sortir, même si sa situation est potentiellement risquée. Autre possibilité : le corps médical met du temps à signaler la situation au service spécialisé. Certains médecins se montrent également frileux à apposer une étiquette « maltraitance » par crainte que l'hospitalisation ne devienne trop longue.

Il est également possible que ce ne soit qu'au jour de sortie de l'enfant de l'hôpital que le problème soit pointé. Il devient alors plus difficile de mettre en place un dispositif autour de Laetitia.

Le type de maltraitance sexuelle dont Laetitia aurait été victime semble également jouer sur le relais qui sera fait vers le service spécialisé. Celui-ci étant d'autant plus systématique si la maltraitance commise semble « grave », mais aussi si elle apparaît explicitement aux yeux du corps médical. Le risque que Laetitia passe entre les mailles du filet apparaît moins important dans ce cas-là.

Si le service médico-psychosocial spécialisé est contacté, cela se fera généralement via les assistants sociaux du service. Ils réaliseront alors une anamnèse de la situation, accompagnés éventuellement d'un psychologue du service.

Un retour de cette rencontre pourra être réalisé auprès de l'ensemble des membres du service spécialisé. Une décision quant à l'opportunité d'une intervention pourra y être

---

<sup>89</sup> Pourtant, différents acteurs de la salle d'hospitalisation ont été sensibilisés en la matière.

débatue. Ce service interviendra si la situation justifie l'intervention en milieu hospitalier. Une prise en charge par le service spécialisé est alors officialisée.

Un relais vers une équipe SOS Enfants peut également être décidé si la décision est prise de laisser sortir Laetitia, par exemple. La prise en charge sera alors réalisée en ambulatoire. Le service hospitalier peut rester actif dans la situation en l'attente du relais, qui peut, dans certains cas, prendre un certain temps.

Notons que la sollicitation de ce service spécialisé par le service de pédiatrie pourrait ne porter que sur une demande d'avis pour guider la suite de la prise en charge à assurer à Laetitia.

## Hôpital n°2

Le service hospitalier est régulièrement exposé à des situations comme celle que Laetitia est en train de vivre. Les urgences auront d'ailleurs peut-être déjà questionné l'hypothèse d'une maltraitance, via un diagnostic différentiel.

Le corps médical va, normalement, transférer rapidement cette situation aux intervenants spécialisés en la matière, c'est-à-dire aux services intrahospitaliers SOS Enfants et médico-psychosocial. Cette procédure est permise grâce à un important travail réalisé, préalablement, par l'équipe SOS Enfants et le service médico-psychosocial pour anticiper ces situations de maltraitance sexuelle révélées en cours d'hospitalisation. De ce fait, Laetitia sera moins confrontée à un évitement de la part du corps médical, ou encore à une transmission d'informations trop tardives des intervenants médicaux vers les services spécialisés.

Le service psycho-médicosocial hospitalier va jouer un rôle de tampon dans la situation. C'est-à-dire qu'il se peut, vu le type de symptômes présentés, qu'il soit impliqué dans la situation dès le départ (symptômes indiquant éventuellement une dimension pédiatrique « sociale »). Un bilan de quelques jours est alors réalisé avec le médecin de pédiatrie et l'assistant social de salle mais aussi avec le psychologue de liaison de la pédiatrie. L'équipe SOS Enfants peut être contactée au moment où la nécessité de son intervention se fait ressentir. La décision d'une prise en charge de type « maltraitance » peut alors être prise. Cette situation sera facilement relayée et facilitée par le travail commun et quotidien des deux cellules si Laetitia reste hospitalisée.

L'étiquette « SOS » donnée à une hospitalisation fera toujours l'objet d'une discussion préalable au sein de SOS-Familles<sup>90</sup>. Laetitia restera alors hospitalisée en pédiatrie « classique » en l'attente (2-3 jours) et une orientation vers les services médico-psychosociaux ou « SOS » sera décidée par la suite.

Si la situation de Laetitia justifie la sollicitation de l'équipe SOS Enfants mais que cette dernière ne présente pas un danger immédiat, et que Laetitia est en sécurité, elle pourra éventuellement retourner à domicile et une hospitalisation pourra être programmée par la suite, afin de réaliser le diagnostic de manière plus détaillée. Dans le cas contraire, l'enfant

---

<sup>90</sup> Ou au moins pédiatre et psychologue/assistant social.

passer directement du service de pédiatrie au service médico-psychosocial hospitalier avec un cadre SOS. Enfin, une prise en charge en ambulatoire constitue également une option envisageable.

La sollicitation de SOS Enfants peut également ne porter que sur une demande d'avis, pour assurer au mieux un éventuel relais de la situation de Laetitia vers un autre service psychosocial ou encore vers une équipe SOS Enfants proche de chez Laetitia qui pourra prendre en charge sa situation en ambulatoire, à la sortie de son hospitalisation « somatique ».

## Porte d'entrée n°5 : arrivée chez SOS Enfants (diagnostic)<sup>91</sup>

*Une direction d'école contacte une équipe SOS Enfants pour lui faire part de ses inquiétudes concernant la situation de Mathieu. Ce garçon de 8 ans rencontre de plus en plus de difficultés pour se concentrer à l'école, ses résultats scolaires sont également en baisse. Durant la récréation, il a confié à ses amis avoir été plusieurs fois victime de maltraitance sexuelle de la part d'un membre de sa famille. Il ne révèle pas de qui il s'agit exactement mais ses parents ne seraient pas concernés. Les surveillants entendent ses révélations et en font part à la direction de l'école. Le centre PMS (psycho-médico-social)<sup>92</sup> a été informé de la situation. Au regard de la complexité de la situation, il conseille à la direction de prendre contact avec l'équipe SOS Enfants de la région<sup>93</sup> mais reste présent dans la situation.*

### Equipe SOS Enfants n°1

La direction d'école contacte l'équipe SOS Enfants, par téléphone, pour lui signaler la situation de Mathieu. Même en tant qu'équipe intrahospitalière, elle reçoit très régulièrement des **signalements** comme celui de Mathieu, provenant de la sphère scolaire. Un premier entretien est fixé en fonction de l'urgence et des disponibilités des différents intervenants.

La situation sera de toute façon mentionnée en réunion d'équipe pluridisciplinaire.

En tant que signaleur de la situation, un intervenant du réseau scolaire est présent lors de ce premier entretien réalisé avec la famille.

Après une analyse de la demande d'intervention, si l'équipe accepte de prendre en charge la situation de Mathieu, elle va d'abord entreprendre un travail de **diagnostic** pluridisciplinaire avec Mathieu et son entourage familial. Cette évaluation semble capitale vu les nombreuses questions laissées en suspens par l'enfant.

La situation est, au minimum, prise en charge par une dyade assistant social-psychologue. Il se peut qu'un psychiatre participe à ce travail d'évaluation. Une consultation est d'office programmée, pour Mathieu, auprès du pédiatre de l'équipe SOS Enfants. Le pédiatre pourra, par la suite, faire appel à un autre médecin, plus spécialisé<sup>94</sup>, si la situation de Mathieu le nécessite. Nous pensons, par exemple, dans son cas, à l'intervention éventuelle d'un gastro-pédiatre. Le juriste de l'équipe reste disponible au besoin.

L'équipe tentera d'abord d'obtenir la collaboration des parents (travail sans cadre), avant de se porter vers **d'autres instances** pour assurer la protection de Mathieu ainsi qu'un cadre de

---

<sup>91</sup>Nous n'abordons pas dans les vignettes la question de lieux de placement lorsque l'enfant doit être extrait de son milieu de vie durant (ou avant/après) une prise en charge SOS Enfants. Elle sera envisagée dans le chapitre suivant.

<sup>92</sup> Pour information, certains centres PMS, moins familiarisés au travail de SOS Enfants, auraient pu passer plutôt par le service de l'aide à la jeunesse. Ceci est fonction de la connaissance et des collaborations au sein du réseau.

<sup>93</sup> Imaginons que l'équipe SOS Enfants, dans ce cas, accepte de prendre le dossier et ne joue pas un rôle de soutien/supervision pour le professionnel signaleur, comme cela pourrait tout à fait se présenter. Aucune autre démarche (parquet,...) n'a été réalisée au préalable.

<sup>94</sup> Examen conjoint de Mathieu éventuellement.

prise en charge. Elle se dirigera, si nécessaire, vers le service de l'aide à la jeunesse qui pourra également jouer ce cadre et un rôle de triangulateur dans la situation, souvent utile dans les situations de maltraitances sexuelles intrafamiliales. L'équipe interviendrait alors dans le cadre d'un bilan SAJ. La collaboration avec le SAJ s'opèrera de toute façon via ce biais-là. Le SAJ reconnaît d'ailleurs la spécificité de SOS Enfants pour réaliser un tel travail en matière de maltraitance sexuelle.

Tout en restant active dans la situation, l'équipe SOS Enfants pourra aussi solliciter le réseau scolaire pour qu'il signale la situation au service de l'aide à la jeunesse, en tant que premier intervenant dans la situation.

L'intervention du parquet ne sera envisagée qu'en cas de danger grave et imminent pour l'enfant (et vu l'impossibilité pour l'équipe d'assurer, seule ou avec l'aide d'un tiers, la protection de l'enfant) ou si l'équipe doit bénéficier urgemment d'un cadre protecteur en dehors des heures d'ouverture du service de l'aide à la jeunesse. Si l'urgence d'un signalement devait se présenter, SOS Enfants préviendrait cependant toujours le SAJ dans un même temps, par le biais d'un double signalement. Le parquet renverra vers le SAJ les informations qu'il juge utiles pour que ce dernier évalue la mise en place d'un programme d'aide consentie.

Si la situation nécessite l'intervention d'un juge de la jeunesse et de la famille (en cas de non collaboration et de mise en danger de Mathieu constatées par le SAJ), l'équipe peut être amenée à réaliser un travail d'évaluation à destination du tribunal de la famille et de la jeunesse/SPJ.

Pour ce qui concerne une éventuelle **plainte** au pénal, cette fois, l'idée pour l'équipe est d'expliquer à la famille de Mathieu, si la situation le permet, les différentes possibilités concernant les suites à donner à la situation, notamment celle de déposer plainte. Cette question sera peut-être délicate vu le caractère intrafamilial des faits dénoncés. La famille de Mathieu prendra la décision finale, même si l'équipe peut orienter et soutenir les parents de Mathieu dans cette démarche, en jouant un rôle de maillon facilitateur si la famille désire porter plainte.

Pratiquement, si un dossier est ouvert au parquet concernant la situation de Mathieu, l'équipe peut prendre contact avec les services de police afin de s'organiser pour ne pas entendre l'enfant avant qu'il n'ait été vidéo-auditionné. Normalement, au regard de la division d'arrondissement judiciaire dans lequel Mathieu est pris en charge, l'audition vidéo-filmée, systématique, devrait être réalisée dans un court délai, maximum dans les 15 jours.

Une expertise de crédibilité sera quasiment systématiquement réalisée.

Enfin, en fonction des faits recueillis, une exploration corporelle pourra éventuellement être requise par le parquet (via une mini-instruction) ou le juge d'instruction. Celle-ci se réalisera alors en présence d'un légiste au sein de la sphère hospitalière, accompagné d'un gynécologue pédiatrique. L'équipe pourrait être mise au courant de cet examen.

Même si les conclusions de l'évaluation réalisée par l'équipe aboutissent à la nécessité d'un **suivi thérapeutique**, il sera plutôt rare qu'une prise en charge de ce type soit mise en place directement au sein de l'équipe. On pourrait imaginer, par exemple, qu'un suivi soit initié à la demande particulière de Mathieu ou de sa famille. L'équipe pourrait décider de changer de dyade assistant social-psychologue entre le travail de diagnostic et de suivi, si elle décide de rester dans la situation.

Logiquement, la situation de Mathieu sera clôturée dans l'année de sa prise en charge. Soulignons quand même que si l'équipe n'a réalisé « qu'un » travail de diagnostic, celui-ci aura pu prendre un certain temps si le travail avec Mathieu et sa famille s'est montré complexe. Le temps peut même constituer un facteur aidant le mécanisme d'évaluation.

L'équipe réorientera l'enfant si un suivi est nécessaire pour lui et/ou son entourage, tout en restant disponible en cas de besoin.

Si le travail de diagnostic a été réalisé dans le cadre d'un bilan/expertise, le SAJ ou le SPJ-TJ verra les suites à donner sur base des orientations proposées dans le rapport rédigé par l'équipe SOS Enfants.

#### Equipe SOS Enfants n°2

Le **signalement** de la situation de Mathieu est réalisé par téléphone, comme la majorité des signalements auprès de l'équipe. En tant que signaleur, l'établissement scolaire (et le PMS) constitue un acteur privilégié pour analyser et comprendre la situation de Mathieu. Il sera sollicité par l'équipe en ce sens, par le biais notamment d'une rencontre.

L'équipe insiste pour que, dans une situation comme celle-ci, le réseau scolaire garde sa place en tant que service de première ligne. Ceci semble cependant difficile pour lui, étant donné ce type de situation face à laquelle ce service se sent mal à l'aise et surtout non armé.

Toujours lors du signalement, l'intervenant de l'équipe se montre sensible à la nécessité d'une prise en charge globale de la situation de Mathieu. La question médicale est notamment posée durant ce premier temps d'analyse. Il sera cependant peut-être difficile de savoir et vérifier, par la suite, si une prise en charge médicale a réellement été assurée à Mathieu, notamment parce que celle-ci se réalisera à l'extérieur de l'équipe SOS Enfants.

Le signalement ne présente pas d'urgence, il va être discuté, avant toute prise en charge, en réunion d'équipe pluridisciplinaire.

Un premier entretien sera programmé avec la famille de Mathieu afin de baliser le travail<sup>95</sup>. Le réseau scolaire pourrait également être impliqué à ce stade.

Si, lors de l'analyse de cette situation, le cas apparaît « complexe »<sup>96</sup>, l'équipe fera assez rapidement appel à l'intervention du **SAJ** pour que la situation soit cadrée par un service tiers. La collaboration avec le SAJ peut s'envisager de différentes manières : via un bilan SAJ

---

<sup>95</sup> Évaluation du danger, de la demande, de la possibilité d'entrer en contact avec la famille et le réseau existant,...

<sup>96</sup> Imaginons, par exemple, que l'abus sexuel constitue la pointe visible de l'iceberg dans des contextes familiaux présentant des situations de maltraitances multiples.

ou via, simplement, un cadre SAJ dans le cadre d'un suivi, par exemple. A ce stade de la prise en charge, il est aussi envisageable que l'équipe indique plutôt au réseau scolaire de signaler la situation au service de l'aide à la jeunesse, en tant qu'intervenant de première ligne, tout en appuyant, elle-même, une telle démarche.

Il est aussi envisageable que l'équipe SOS Enfants signale la situation au SAJ, en cours de travail avec Mathieu et sa famille, si la situation devient trop difficile pour être gérée seule, par l'équipe. Le service de l'aide à la jeunesse sera cependant peut-être réticent à jouer ce rôle, en argumentant le fait qu'il ne s'agit pas d'un motif d'intervention de son service. Les différences dans l'évaluation de la notion de collaboration des parents peuvent expliquer ce décalage de perception entre les des deux services.

Si la collaboration des parents n'est pas possible au stade du SAJ, mais qu'un danger existe pour Mathieu, la situation sera éventuellement judiciairisée.

Si la maltraitance est avérée, le service peut orienter les parents de Mathieu vers un dépôt de plainte. Dans un premier temps, les démarches vers les services de police ne se font jamais à l'initiative de l'équipe. L'orientation vers la structure judiciaire est d'abord conseillée à la famille (ce qui apparaît complexe ici puisqu'il s'agit d'un membre de la famille).

Un signalement est réalisé, par la suite, par l'équipe, si Mathieu est en danger et que l'équipe ne peut assurer seule, ou avec l'aide d'un tiers, sa protection. Elle ne réalisera pas forcément un double signalement au SAJ lorsqu'elle informe les autorités judiciaires de la situation de Mathieu, parce que l'équipe estime qu'en cas de nécessité, l'information circule mieux qu'avant entre le parquet et le service de l'aide à la jeunesse.

Concernant l'organisation concrète du travail de SOS dans la situation, Mathieu est rencontré lorsque SOS Enfants décide de prendre en charge la situation et d'ouvrir un dossier. Une dyade assistant social – psychologue prendra en charge la situation de Mathieu.

Hormis la situation de bilan/expertise demandé par le SAJ/SPJ-TJ, ou par l'équipe elle-même, le service travaille assez rapidement dans une démarche de **suivi thérapeutique**, c'est-à-dire dans une dynamique d'aide et de soins vis-à-vis de Mathieu et de sa famille. Ici, de nombreuses questions nécessitent quand même un éclaircissement.

Ce n'est que si un bilan est mandaté que le pédiatre examinera Mathieu, considérant qu'il est difficile d'avoir des bilans pluridisciplinaires sans bénéficier de l'apport de la dimension médicale. Dans tout autre cas de figure, le pédiatre reste disponible en cas de questionnements (pour faire notamment le lien avec un service hospitalier ou tout autre médecin), préférant enraciner les gens dans leur milieu médical et n'ayant pas les ressources pour assurer un suivi médical de Mathieu. Exceptionnellement, l'équipe pourra, si la situation le justifie, demander que le pédiatre examine Mathieu.

Même si un dossier est ouvert au **parquet** (via une plainte ou le signalement de l'équipe SOS Enfants), l'équipe travaillera relativement en parallèle de ces poursuites judiciaires. Des moments d'échanges entre professionnels du parquet et de SOS Enfants interviendront peu.

L'équipe ne se renseigne normalement pas pour savoir si Mathieu a déjà été vidéo-auditionné, ou s'il sera auditionné<sup>97</sup>, par la police avant d'intervenir. C'est l'intérêt et le bien-être de Mathieu qui comptent, ce qui explique que l'équipe rentre assez rapidement dans la situation, surtout en considérant le temps que prend la mise en place de l'audition vidéo-filmée. L'équipe peut cependant contacter les services de police si elle apprend, par le biais des parents de Mathieu, par exemple, qu'il va être vidéo auditionné.

Une expertise de crédibilité pourrait également être requise par le judiciaire.

Enfin, toujours au niveau légal, en fonction de ce que l'analyse de la situation peut fournir comme information, une exploration corporelle sera éventuellement requise par les autorités judiciaires. Idéalement, la réalisation de cet examen devrait être coordonnée avec une éventuelle prise en charge médicale de Mathieu. L'équipe ne sera pas forcément mise au courant de la réalisation d'un tel examen.

Si un bilan/expertise SAJ/SPJ-TJ a été réalisé par l'équipe, elle ne prendra normalement pas en charge la situation par la suite, dans une **démarche thérapeutique**. Il lui est impossible d'être dans une logique thérapeutique après avoir fait une investigation aussi approfondie que pour un bilan. La surcharge de travail de l'équipe explique également ce choix.

L'équipe redonnera alors la main à l'autorité « mandante », afin notamment, de mettre en œuvre les éventuelles mesures préconisées dans le bilan réalisé.

La **durée** de prise en charge par l'équipe peut être très variable. Il faut, en effet, considérer les deux options, celle d'un bilan/expertise SAJ ou SPJ-TJ ou d'une prise en charge en termes d'aide et de soins. La seconde option nécessite un travail sur un plus long terme. La clôture du suivi s'opèrera si la famille de Mathieu, ou Mathieu lui-même, ne sont plus demandeurs ou si l'équipe n'a plus de nouvelles de la famille mais ne possède pas d'informations témoignant d'une certaine inquiétude poussant l'équipe à signaler la situation aux autorités.

### Equipe SOS Enfants n°3

L'équipe reçoit le **signalement** par téléphone. Un intervenant rappelle le signaleur pour organiser un entretien de signalement. Lorsque l'équipe reçoit la demande d'intervention pour Mathieu, un travail d'analyse de la demande est réalisé à l'occasion d'un premier entretien avec la famille concernée ainsi qu'avec le réseau scolaire qui a signalé la situation auprès de l'équipe SOS Enfants.

Hormis en cas d'urgence, la situation sera également discutée en réunion d'équipe pluridisciplinaire où une décision sera prise quant à la réorientation ou la prise en charge de la situation par l'équipe.

Si la situation est retenue, l'équipe réalise systématiquement un travail de **diagnostic** en premier lieu.

---

<sup>97</sup>La question du contexte de dévoilement et de l'âge de l'enfant semble déterminante dans le choix d'auditionner ou non Mathieu via une telle technique.

Grâce au caractère intrahospitalier de l'équipe, le travail de diagnostic peut se réaliser en **ambulatoire**<sup>98</sup> ou durant l'**hospitalisation** de l'enfant. Au-delà de la question de la protection, l'utilité d'une évaluation en milieu hospitalier peut se justifier, par exemple, par la nécessité d'un bilan médical complet et coordonné ou encore d'une évaluation plus poussée devant se réaliser dans un espace plus neutre que l'environnement familial.

Si l'hospitalisation est programmée, le projet d'hospitalisation, l'organisation du séjour, ainsi que les éléments devant prioritairement être investigués, sont travaillés préalablement à l'admission de Mathieu par le biais d'entretiens pluridisciplinaires (avec le signaleur professionnel, la famille, l'enfant...). L'équipe se permet une telle démarche seulement si Mathieu bénéficie d'une certaine protection. Elle peut, en l'attente de cette hospitalisation, mettre en place un suivi rapproché de l'enfant en ambulatoire. Finalement, notons que l'équipe considère qu'une hospitalisation de plus au moins trois semaines est nécessaire à la réalisation d'un bilan<sup>99</sup>.

Deux intervenants de SOS Enfants sont directement impliqués dans la situation, à savoir un assistant social et un psychologue. Si Mathieu est suivi en ambulatoire, il est examiné par le pédiatre de SOS Enfants, à la demande de l'équipe, si la dimension médicale trouve directement sa place dans la situation, en cas de maltraitance grave ou encore si le cas de Mathieu apparaît douteux et complexe. Cette dimension est évolutive, l'équipe pouvant faire appel, en cours de travail, au pédiatre. Le juriste peut également intervenir sur demande de l'équipe.

Si Mathieu est hospitalisé, il sera examiné par le pédiatre de salle. Le pédiatre de SOS Enfants, également pédiatre au sein de la structure hospitalière, pourra assurer l'effectivité de cette prise en charge médicale.

Intéressons-nous maintenant à la question d'un éventuel **signalement** réalisé par l'équipe, tant vers le service de l'aide à la jeunesse que vers le parquet.

La situation de Mathieu n'a été signalée à aucune autorité, préalablement. L'équipe SOS Enfants va alors entamer un travail avec Mathieu et sa famille sans cadre, si celle-ci se montre indépendamment des faits commis, demandeuse, vigilante, protectrice...

Le recours au **service de l'aide à la jeunesse** sera envisagé que s'il n'est pas possible de travailler avec Mathieu et sa famille sans cadre protectionnel, parce que la carte de la confiance entre équipe et famille ne fonctionne pas/plus. Cela se matérialise, par exemple, par le fait que l'équipe ne parvient pas à rencontrer la famille ou à collaborer avec celle-ci. A ce stade de la prise en charge, il s'agira d'encadrer un travail d'évaluation, par le biais d'une demande de bilan, notamment.

---

<sup>98</sup> En cas de surcharge du service, si la prise en charge peut se réaliser en ambulatoire, l'équipe pourra renvoyer Mathieu vers une équipe SOS Enfants extrahospitalière de la région. Le centre PMS pourra également, dans certains cas, être renvoyé vers le service de l'aide à la jeunesse avec le soutien de l'équipe qui pourra reprendre en charge le dossier, par la suite.

<sup>99</sup> En raison de la surcharge du secteur de l'aide à la jeunesse, Mathieu pourra rester hospitalisé au-delà de ce délai si, au regard des éléments récoltés par l'équipe durant le bilan, un retour en famille n'est pas possible.

Si Mathieu est hospitalisé, l'équipe pourra être tentée de se diriger vers un SAJ pour offrir un cadre contenant si la famille semble assez déstructurée. Le cadre a bien sûr beaucoup moins d'utilité si c'est la famille de Mathieu qui est, par exemple, demandeuse d'une telle hospitalisation.

La situation sera éventuellement judiciairisée si la collaboration avec la famille n'est pas obtenue mais qu'elle présente un danger certain pour Mathieu. Un bilan/expertise SPJ-TJ sera dès lors envisageable.

L'équipe considère l'information à la section jeunesse du **parquet** comme une mesure de derniers recours. Dans la situation de Mathieu, une telle information ne sera donnée que si, par exemple, les parents remettraient Mathieu en contact avec le potentiel auteur, sans aucune surveillance. Autre exemple, la famille « disparaît » et met Mathieu dans une situation apparemment très inquiétante.

Un double signalement est réalisé, en parallèle, auprès du service de l'aide à la jeunesse lorsqu'une information est transmise au parquet. A l'inverse, le parquet renverrait au SAJ les informations qu'il juge utiles afin d'envisager la mise en place d'un programme d'aide.

Si la situation de Mathieu arrive au parquet, que cela soit par l'intermédiaire de SOS Enfants, d'un autre service ou d'une plainte, une coordination entre ces deux pôles de prises en charge va devoir être envisagée.

Il y a tout d'abord l'audition vidéo-filmée. Celle-ci sera sans doute réalisée vu, notamment, l'âge de l'enfant et le caractère intrafamilial des faits. SOS Enfants tente de ne pas entendre Mathieu avant l'audition vidéo-filmée, mais pose quand même ses conditions. C'est-à-dire qu'il y a de fortes probabilités pour que l'équipe contacte les autorités afin d'avoir des informations quant à la réalisation de l'audition. La collaboration et la réactivité restent cependant quelque peu aléatoires. Parfois les auditions sont envisagées rapidement. L'équipe est alors sollicitée afin de savoir quel est le meilleur moment pour auditionner l'enfant. Dans d'autre cas, la réactivité est beaucoup plus faible. L'équipe commencera alors déjà le travail avec Mathieu, même si l'audition n'a toujours pas été réalisée.

Le parquet fera également procéder à une expertise de crédibilité.

Enfin, soulignons, pour ce qui concerne les poursuites pénales, qu'il est possible que Mathieu soit examiné par un médecin légiste. Cet élément nécessite également une coordination entre le travail du parquet, de l'équipe SOS Enfants, et un éventuel corps médical, ce qui ne sera pas facilité si Mathieu n'est pas hospitalisé car l'examen sera alors réalisé en consultation médico-légale, extrahospitalière.

Après plusieurs semaines, ou mois de travail, et au terme de cette phase de diagnostic (que cela soit en ambulatoire ou en hospitalier), si un **suivi thérapeutique** doit être assuré à Mathieu (et/ou à sa famille), l'équipe réorientera vers d'autres services<sup>100</sup>, tout en restant disponible en cas de nécessité. Si Mathieu ou sa famille est en demande de suivi par le

---

<sup>100</sup> La grosse majorité des situations est clôturée dans l'année.

service ou encore que la famille a mis du temps à se livrer, il est envisageable que l'équipe SOS Enfants assure elle-même le suivi thérapeutique.

Indépendamment de sa volonté, l'équipe doit parfois rester dans la situation au-delà de la phase de diagnostic. L'éventuelle difficulté que va rencontrer l'équipe pour trouver un service relais pour prendre en charge Mathieu peut aussi expliquer cet état de fait. Ce constat est autant valable pour la prise en charge en ambulatoire que pour celle en milieu hospitalier.

Si le service de l'aide à la jeunesse a été présent au moment du travail d'analyse, il pourrait rester actif durant le suivi thérapeutique de Mathieu et/ou de sa famille. C'est là que le SAJ est capital dans son rôle, assumé, de fil rouge entre intervenants. S'il ne l'a pas déjà été avant, le SAJ pourra également être sollicité au terme du bilan pour permettre la mise en place de certaines mesures préconisées dans le travail d'évaluation réalisé par l'équipe SOS Enfants.

## Porte d'entrée n°6 : arrivée chez SOS Enfants (suivi)

*Julien a été victime de viol lors d'un voyage scolaire. Les parents, assez rapidement mis au courant de la situation par leur fils de 12 ans, ont déposé plainte. Ils ont cependant quelques inquiétudes concernant l'état psychologique de leur enfant et sont demandeurs d'aide. Le Bureau d'aide aux victimes les envoie directement vers l'équipe SOS Enfants de leur région. Les parents mettent cependant un certain temps pour contacter l'équipe.*

### Equipe SOS Enfants n°1

Ne présentant pas d'urgence immédiate, le **signalement** des parents de Julien fera l'objet d'une discussion en réunion d'équipe pluridisciplinaire, afin d'envisager la pertinence d'une prise en charge à assurer par SOS Enfants.

Entamer un travail d'évaluation semble peu opportun dans cette situation, les questions majeures qu'il pose étant *a priori* résolues (véracité des allégations, besoins identifiés par la famille...).

Il est fort probable que l'équipe entame directement un **suivi thérapeutique** avec Julien et éventuellement ses parents, dans une logique d'aide et de soins. Une analyse de la demande sera quand même, au minimum, réalisée. Ceci apparaît logique pour l'équipe qui est régulièrement directement sollicitée pour la réalisation de suivis thérapeutiques. Ce type de situation fait d'ailleurs partie des priorités pour l'équipe puisqu'*a priori* l'enfant présente une grande souffrance, il n'y a pas d'autres intervenants<sup>101</sup> dans la situation qui est signalée par la famille elle-même...

Il est tout à fait probable que l'équipe travaille **sans cadre** pour diverses raisons : les parents sont demandeurs et recherchent un soutien, une plainte est déjà déposée... En outre, la situation sera sans doute moins tendue avec la famille que si la prise en charge avait porté sur un diagnostic de maltraitance. L'équipe reste cependant alerte quant à savoir si un cadre, doit, à un moment, sollicité pour Julien.

Des démarches de l'équipe vers le parquet, section jeunesse, sont encore moins envisageables dans une telle situation.

Comme Julien est pris en charge dans le cadre d'un suivi thérapeutique, il sera reçu par un binôme assistant social – psychologue. Les pédiatre et juriste de l'équipe pourront répondre aux éventuelles sollicitations de l'équipe. Dans le cadre d'un suivi thérapeutique de ce type, l'équipe préfère enraciner les gens dans leur entourage médical habituel et faire le lien avec les autres médecins, si nécessaire. La question de la surcharge de travail est également envisagée pour privilégier ce rôle de réorientation, les équipes SOS Enfants n'ayant pas le temps de prendre en charge médicalement les situations dans la durée. Le pédiatre, présent en réunion d'équipe, restera, par exemple, attentif à la nécessité de fixer certaines

---

<sup>101</sup> Intervenants des secteurs psychosocial ou protectionnel car la section jeunesse du parquet ne sera pas forcément mise au courant du dossier vu que c'est un auteur extrafamilial qui est mis en cause. Cette remarque vaut pour les deux trajectoires de cette vignette.

consultations médicales vu les faits de viol dont Julien aurait été victime. Il joue un rôle essentiel pour rappeler la nécessité de questionner ce volet médical.

Comme une **plainte** a été déposée, la question de la collaboration de l'équipe avec les autorités judiciaires et policières doit être interrogée.

Il y a tout d'abord l'audition vidéo-filmée. Vu la situation et l'âge de Mathieu, il est envisageable qu'une audition de ce type ne soit pas requise, ce qui faciliterait l'organisation du travail par l'équipe SOS Enfants. Notons que, de toute façon, l'équipe travaille de manière assez déconnectée du travail des autorités policières et judiciaires, ne défendant pas une attitude proactive vis-à-vis des autorités.

Si le parquet envisage des poursuites ultérieures, il pourrait, plus tard, faire appel à une expertise de crédibilité, afin de bénéficier davantage d'informations « objectives » pour approfondir les poursuites pénales.

Il y a enfin des chances qu'un examen médico-légal soit requis. Mais l'équipe n'est pas forcément mise au courant d'une telle réalisation.

L'équipe va logiquement intervenir un certain temps dans la situation puisqu'elle s'investit dans un travail thérapeutique à long terme. Le motif de prise en charge est celui de la maltraitance subie par Julien mais la suite de la prise en charge pourrait s'avérer plus large que le critère d'ouverture. Le dossier sera sans doute **clôturé** lorsque la famille ne sera plus demandeuse ou si la famille ne donne plus suite aux rendez-vous fixés mais que l'équipe ne porte plus d'inquiétude quant à la situation.

#### Equipe SOS Enfants n°2

Il est plus rare que cette équipe SOS Enfants prenne en charge un tel **signalement**. En effet, au regard du nombre important de sollicitations auxquelles l'équipe doit faire face, elle a fait le choix de privilégier les situations nécessitant une intervention en urgence, ainsi qu'un travail de diagnostic, domaine que seul ce type d'équipe maîtrise. La situation de Julien et de sa famille fait cependant partie de celles que l'équipe évalue comme prioritaire, notamment parce qu'il n'y a, *a priori*, pas d'autres intervenants dans la situation et que celle-ci est signalée par la famille elle-même.

Nous pouvons présumer qu'elle envisagera, peut-être, après une première analyse de la demande, une réorientation vers un service d'aide psychologique. Si une telle démarche est réalisée, l'équipe s'assurera néanmoins de la qualité de ce transfert en accompagnant le relais vers un partenaire identifié.

La situation sera, à tout le moins, mentionnée en réunion d'équipe.

Si l'équipe retient la situation, il y aura, au moins, une très courte phase de **diagnostic**, qui s'apparentera davantage peut-être à une analyse de la demande. La **prise en charge thérapeutique** ne sera mise en place que par la suite.

Le travail sera entamé avec un assistant social et un psychologue. Si nécessaire, un pédopsychiatre pourra rejoindre le binôme afin d'assurer la prise en charge de Julien. L'enfant pourra également rencontrer le pédiatre dans le cadre d'une visite médicale.

Les parents sont demandeurs et une plainte a déjà été déposée : il y a peu de chance qu'un **signalement** au service de l'aide à la jeunesse, voire aux autorités judiciaires soit réalisé ; hormis le cas où cette situation de maltraitance extrafamiliale renvoie à des difficultés familiales, qui nécessitent alors éventuellement le soutien d'un service de l'aide à la jeunesse.

Comme une **plainte** a été déposée par les parents, un dossier va être ouvert au parquet. Des devoirs d'enquête vont être prescrits. Une coordination va alors s'organiser avec le travail de l'équipe SOS Enfants. L'équipe pourra, par exemple, prendre contact avec les services de police afin de s'organiser pour ne pas entendre l'enfant avant qu'il ait été vidéo-auditionné. L'audition est rapidement mise en place, ce qui permettra de ne pas entraver le travail de l'équipe SOS Enfants. Logiquement, une expertise sera également demandée.

Toujours au niveau légal, il n'est pas inenvisageable qu'un examen médico-légal soit réalisé, vu les faits dénoncés et l'âge de l'enfant. Normalement, cet examen devrait être effectué par un médecin légiste au sein de la structure hospitalière dans laquelle l'équipe SOS Enfants est logée. Le médecin légiste sera alors accompagné d'un gynécologue pédiatrique de la structure hospitalière pour réaliser un tel acte.

Même s'il s'agit d'un travail thérapeutique, il sera assez exceptionnel que la prise en charge se décline sur plusieurs années. L'équipe restera cependant toujours disponible si nécessaire pour Julien et sa famille.

## Conclusions intermédiaires

Ce chapitre a visé à démontrer, par la description<sup>102</sup>, les différentes façons de prendre en charge une même situation par les équipes sélectionnées, malgré des réflexes communs.

Nous pouvons retenir au terme de ce travail descriptif qu'un tronc commun guide la prise en charge de chaque enfant. C'est-à-dire que, pour ne prendre qu'un exemple, celui de la prise en charge initiée aux urgences, l'enfant sera toujours examiné sur le plan médical et un relais sera envisagé sur le plan psychosocial, éventuellement médical. La question de la protection de l'enfant sera toujours aussi envisagée. Cependant, lorsque l'on observe chaque situation isolément, des différences s'opèrent sur l'ensemble des dimensions de la prise en charge :

- Le type de prise en charge médicale varie en fonction de chaque service (moment de la réalisation des prélèvements, type d'examen réalisé et par qui ?, suivi médical...);
- Les éventuelles poursuites pénales impactent différemment les situations : certains examens légaux ne sont pas pensés en lien avec la prise en charge médicale. Les auditions vidéo-filmées ne sont pas toujours réalisées. Et si elles le sont, c'est parfois dans un délai très éloigné, ce qui peut gêner la mise en place du travail au sein d'une équipe SOS Enfants ;
- La réalisation du travail par un service médico-psychosocial n'est pas toujours envisagée de la même manière : la présence de l'aspect médical est variable, certaines équipes travaillent essentiellement dans le suivi, d'autres dans l'évaluation... ;
- La question du signalement au SAJ, voire au parquet est abordée différemment par les services, certains prenant, par exemple, moins de risque avec une famille en signalant, par exemple, plus rapidement la situation à l'aide à la jeunesse, voire aux autorités judiciaires. Ce constat démontre bien que si des textes de lois existent, ils restent soumis à interprétation lorsqu'ils sont mobilisés sur le terrain.

Ces trajectoires ont montré, qu'en raison d'une dynamique locale, la prise en charge de l'enfant suspecté ou victime de maltraitance peut différer. Le contexte doit toujours être considéré pour comprendre chaque intervention. Cela se joue au niveau du dispositif de prise en charge présent (moyens alloués...) mais le travailleur orientera également son intervention en fonction du type de situation auquel il est habitué d'être exposé<sup>103</sup>. En outre, chaque intervention reste singulière et dépendante de la personne qui prendra en charge (au sein d'une même équipe le travail d'écoute, de soutien... pourra varier en fonction de la personne qui intervient dans la situation). Notons aussi que les différences au niveau du travail réalisé par chaque équipe s'expliquent par une philosophie institutionnelle propre,

---

<sup>102</sup> Il s'agit bien de la description de ce qui est fait et pas de ce qui devrait être fait (au regard des textes de loi...). Le point suivant vise justement cette confrontation entre les deux.

<sup>103</sup> Pour être caricatural, une équipe souvent confrontée à des situations complexes mettant gravement en péril la santé physique et psychique de l'enfant aura peut-être davantage le réflexe de signaler au parquet des situations plus « light ».

des choix conscients ont été posés pour décider d'intervenir d'une telle ou telle manière. Cet élément a son importance pour considérer la suite de notre travail.

L'objectif est d'avoir en tête ces différences lors de la construction d'un travail commun de recommandations. Il s'agira de les appréhender pour améliorer, au mieux, la prise en charge dans son ancrage local.

Rappelons finalement que ces trajectoires se basent sur des situations « idéales » et « simplifiée », issues des rencontres et observations réalisées durant la recherche. Nous vous invitons à la lecture du chapitre suivant pour bénéficier d'une analyse « critique » de ces prises en charge, pointant les forces mais aussi les difficultés, rencontrées par chaque équipe dans la prise en charge de l'enfant maltraité sexuellement.

# Synthèse et regards analytiques sur la prise en charge de la maltraitance sexuelle par nos cinq « centres »

---

## Introduction

Si, pour chaque équipe, nous devons tenir compte et partir des dynamiques locales, une synthèse des données récoltées peut cependant être réalisée. Celle-ci pourra servir de base à la rédaction de recommandations. Notons d'emblée qu'il s'agit ici de dépasser une synthèse descriptive ; une dimension analytique étant privilégiée.

Un tableau du type de maltraitance pris en charge par les services hospitaliers et équipes SOS Enfants sera d'abord dressé. Ceci nous semble capital pour comprendre le cadre de la prise en charge. Nous aborderons, par la suite, les trois secteurs clés de prise en charge de la maltraitance, à savoir les champs (médico-)légal, médical et psychosocial. Nous verrons comment ces champs entrent (ou non) en contact tout au long de ce chapitre. Notons que l'ordre des points abordés ne répond à aucune hiérarchisation.

## A quelle maltraitance sexuelle les hôpitaux et SOS Enfants<sup>104</sup> sont-ils exposés ?

Concernant le type de maltraitance sexuelle rencontrée, tant les équipes SOS Enfants que les hôpitaux se disent davantage exposés à des situations chroniques, floues ou encore anciennes de maltraitance sexuelle.

Ces cas s'avèrent sans doute plus fréquents parce que, de manière générale, l'enfant parle rarement directement, et d'une traite, après l'(les) acte(s) de maltraitance. Ce constat est d'autant plus vrai en ce qui concerne les cas les plus courants : ceux issus du milieu familial.

*« On intervient plus rarement en aigu. C'est souvent plus tard, une semaine, deux semaines après, quand l'enfant commence à révéler les choses, s'il y a eu quelque chose évidemment »<sup>105</sup>.*

Notons que l'ensemble des services rencontrés insistent pour souligner la singularité des situations de maltraitance sexuelle auxquelles ils sont exposés.

## Les services hospitaliers

Les hôpitaux font plus souvent état de cas d'allégations ou d'attouchements que de situations de viol, dont peu en phase aiguë. Seuls deux des hôpitaux rencontrés semblent plus exposés à des situations de viols récents, peut-être parce que dans ces régions, la prise en charge de ces situations est davantage centralisée pour certains aspects de la prise en charge.

Il est intéressant, à titre d'exemple, de se référer à la réalisation d'un travail de fin d'études au CHU Saint-Pierre qui établit, sur base d'une analyse de dossiers (janvier 2008-décembre 2010), un état des lieux de la prise en charge de l'abus sexuel aux urgences. Sur 66 enfants,

---

<sup>104</sup> Derrière l'appellation « SOS Enfants », nous comprenons également les services réalisant un travail équivalent. Nous visons essentiellement la Cellule Maltraitance de la Citadelle, et dans une moindre mesure, l'Unité 0-18+ de la Clinique Notre-Dame de Grâce de Gosselies.

<sup>105</sup> Entretien avec un médecin légiste.

46 cas de suspicions d'abus sexuel, 13 d'abus sexuel, 4 d'attouchements, 1 d'agression, 1 de fugue et 1 cas de maltraitance ont pu être répertoriés comme motifs de présentation aux urgences. Finalement, 25 patients ont été victimes de viol avec pénétration ou tentative de pénétration.

Autre information capitale afin de différencier les types de prise en charge entre les différentes sphères hospitalières, 21 de ces patients sont venus aux urgences de cet hôpital dans les 72 premières heures<sup>106</sup>. Ce chiffre est particulièrement intéressant lorsqu'on le compare à d'autres structures où des pédiatres que nous avons pu rencontrer soulignent ne jamais avoir été exposés à des faits de viol en phase aigüe.

Tous les hôpitaux ne sont pas outillés pour recevoir des situations de maltraitance sexuelle. Nous pensons particulièrement aux services hospitaliers plus périphériques. Les services hospitaliers rencontrés dans notre projet possèdent, globalement, le personnel et le matériel nécessaires pour recevoir des situations de maltraitance sexuelle, hormis les cas de viol en phase aigüe.

### Les équipes SOS Enfants

Le premier volet de notre recherche, réalisé par le Fonds Houtman, montre que dans 81,2% des situations étudiées, l'équipe SOS Enfants a été interpellée plus de 72 heures après les faits<sup>107</sup>. SOS Enfants n'intervient donc que très peu dans l'urgence (comprise ici comme l'intervention rapide au niveau médico-légal, en termes de timing, suite à un abus récent).

De manière générale, un petit quart, jusqu'à plus d'un tiers des situations signalées aux équipes SOS Enfants sélectionnées, porte sur un phénomène de maltraitance sexuelle<sup>108</sup>. Le rapport avec le pourcentage de maltraitance sexuelle finalement diagnostiquée varie fortement en fonction des équipes (allégations, maltraitance révélée en cours de travail...). Concernant les autres services médico-psycho-sociaux étudiés, cette proportion est plus ou moins équivalente pour l'un d'eux. Il est difficile de donner une statistique pour l'autre équipe médico-psychosociale. Travaillant dans des situations où l'enfant présente un signe de souffrance, des cas d'abus sont révélés mais peu de situations sont directement amenées comme telles, en constituant le motif d'intervention de l'unité. Par contre, dans de nombreuses situations, des abus sexuels sont révélés en cours d'hospitalisation.

Le système de récolte de données statistiques des équipes SOS Enfants, « Thopas »<sup>109</sup>, catégorise différents types de maltraitance sexuelle pris en charge par les équipes SOS

---

<sup>106</sup> C. VAN RENTERGHEM, *Prise en charge de l'abus sexuel chez l'enfant aux urgences*, Mémoire de fin d'étude réalisé dans le cadre de l'obtention du diplôme de master en médecine, Bruxelles, Université Libre de Bruxelles, année académique 2010-2011.

<sup>107</sup> M. PARENT, E. REBUFFAT, M. KROLL, *op. cit.*, p. 35.

<sup>108</sup> Toutes les statistiques obtenues sont issues des rapports d'activités des différentes équipes SOS Enfants.

<sup>109</sup> Concernant ce système de récolte de données statistiques, le rapport d'activités de l'ONE rapporte que « la multitude des pratiques d'encodage, le caractère subjectif de la maltraitance et l'absence de consensus autour de sa définition influent sur la qualité et la fiabilité des données recueillies » (Office de la Naissance et de l'Enfance, *Rapport annuel 2013*, Bruxelles, URL : [http://www.one.be/uploads/tx\\_tproducts/datasheet/Rapport\\_Activite\\_2013\\_ONE\\_links\\_Web\\_01.pdf](http://www.one.be/uploads/tx_tproducts/datasheet/Rapport_Activite_2013_ONE_links_Web_01.pdf), consulté le 03 mars 2015, p. 49).

Enfants : attouchements, pénétrations, comportements indécents et jeux sexuels. En comparant les cinq équipes, nous pouvons observer que les pourcentages par type de maltraitance sexuelle ne sont pas équivalents. Ces différences entre équipes ne peuvent cependant répondre à une logique explicative évidente. Ce constat ne peut être lié, par exemple, au fait qu'il s'agisse d'une équipe intrahospitalière ou non.

En outre, l'analyse de dossiers que nous avons réalisée a montré qu'il n'était pas toujours possible d'établir la maltraitance exactement subie par l'enfant lors de la clôture du dossier. Ceci peut contribuer à un biais au niveau statistique.

Pour rappel, nous avons fait le choix, au niveau méthodologique, de ne pas limiter notre objet de recherche en ne donnant pas une définition stricte à la notion de « maltraitance sexuelle ». Notre terrain a confirmé qu'une multitude de situations se logent au sein même de ce jargon.

Soulignons enfin que les équipes intrahospitalières reçoivent davantage de situations urgentes et « lourdes » puisqu'elles arrivent, majoritairement, par le biais du service des urgences de leur hôpital (éventuellement envoyées par un PMS, par exemple, en raison de la connaissance d'une équipe SOS Enfants au sein de la sphère hospitalière).

#### Concernant le nombre de prise en charge...

Rappelons quelques éléments importants au niveau du nombre de prises en charge. Premièrement, la précédente recherche avait déjà montré l'énorme disparité dans le nombre de cas de maltraitance sexuelle pris en charge, tant pour les structures hospitalières que pour les équipes SOS Enfants<sup>110</sup>.

Malgré le système imparfait de récolte des données, les équipes SOS Enfants bénéficient avec « Thopas » d'une base pour calculer le nombre de situations prises en charge par les équipes. Pour l'année 2013, concernant nos cinq équipes, ce chiffre varie, en gros, entre 100 et 200 situations signalées comme relevant de la sphère sexuelle.

Pour ce qui de la structure hospitalière, le premier volet de notre recherche avait judicieusement mis en avant que « si les hôpitaux accueillent incontestablement des enfants victimes de maltraitance sexuelle, le nombre exact de ces derniers est difficile à préciser. En effet, il n'existe pas de 'répertoire' des enfants pris en charge pour abus sexuel dans aucun des hôpitaux participants à cette recherche. Ces enfants pouvant accéder à l'hôpital de différentes manières - service des urgences, consultation de pédiatrie, consultation de gynécologie,...-, il est particulièrement difficile d'établir rétrospectivement la liste des patients abusés »<sup>111</sup>.

Il faut, deuxièmement, relativiser le nombre de prises en charge pour chaque équipe hospitalière puisque le recensement n'est possible que si le regard des intervenants est porté vers ce phénomène.

---

<sup>110</sup> Pour les structures hospitalières ayant répondu à l'enquête, le nombre allait de 0 jusqu'à 45 cas sur 2006-2007 (suspensions d'abus sexuels ou abus avérés). Pour SOS Enfants ce chiffre va de 10 à 248 cas.

<sup>111</sup> M. PARENT, E. REBUFFAT, M. KROLL., *op. cit.*, p. 39.

*« C'est le genre de trucs qu'il faut...il faut que ça existe dans ta tête pour que tu puisses le récolter. (...) on n'imaginait pas et donc à ce moment-là ça n'existe pas »<sup>112</sup>.*

---

<sup>112</sup> Rencontre avec des pédiatres.

## Au niveau (médico-)légal

Nous voudrions aborder les éléments médico-légaux qui ont pu ressortir des données récoltées<sup>113</sup>. Etudiant le phénomène au niveau des stratégies d'intervention et des rouages entre services, nous nous sommes essentiellement centrées sur le travail du parquet puisqu'il constitue le premier maillon et service relais dans ces prises en charge au niveau judiciaire (entre l'aide à la jeunesse, la justice pénale et protectionnelle). Pour rappel, nous ne considérerons pas le travail des juges de fond, à savoir les juges correctionnels et de la jeunesse.

Rappelons enfin deux éléments afin de faciliter la compréhension du lecteur :

- Toute situation de maltraitance sexuelle ne requiert pas forcément la réalisation d'un volet (médico-)légal. Nous insistons sur ce point, eu égard à la politique de déjudiciarisation<sup>114</sup> que connaît la Fédération Wallonie-Bruxelles en la matière ;

- Deux volets nous occupent concernant la procédure au stade du parquet : le volet « protectionnel » et le volet « mœurs ». Dans certaines divisions d'arrondissements judiciaires, ces deux volets sont assumés par les mêmes magistrats (lorsque la poursuite de l'auteur est lié à la protection de la victime (faits intrafamiliaux essentiellement)), ce qui facilite assez logiquement la gestion du dossier et la coordination des différents devoirs d'enquête, nécessaires tant pour le volet protectionnel que pour d'éventuelles poursuites pénales. Dans d'autres divisions d'arrondissements judiciaires, une coordination est nécessaire entre les deux sections. Celle-ci n'est pas toujours facile à obtenir, les deux sections poursuivant des intérêts et des priorités différentes. Pourtant un protocole d'intervention conclu entre le secteur médico-psycho-social et le secteur judiciaire rappelle l'importance d'une telle collaboration. Il stipule que si les informations doivent circuler du domaine pénal vers le protectionnel, « ceci ne signifie cependant pas que toutes les informations provenant d'un dossier 'protectionnel' puissent être utilisées dans le dossier pénal »<sup>115</sup>.

---

<sup>113</sup> Des choix ont dû être faits afin de mener à bien le travail. Ceci explique que certaines procédures ont été volontairement omises. Nous pensons, par exemple, à la saisie des dossiers des équipes SOS Enfants par les autorités judiciaires.

<sup>114</sup> « Le législateur de 1991 a voulu promouvoir la prise en charge sociale de problèmes qui sont avant tout des problèmes sociaux. C'est donc un intervenant social – le conseiller de l'aide à la jeunesse – qui devient l'acteur pivot du dispositif de protection de la jeunesse, prenant en cela la place jusqu'alors dévolue au juge de la jeunesse et de la famille, d'où l'utilisation du terme 'déjudiciarisation' » (F. MULKAY, « Vers une déjudiciarisation de la protection de la jeunesse : le cas de la Communauté française de Belgique », *in Santé société et solidarité*, n°1, 2009, pp. 169-170).

<sup>115</sup> Groupe de travail francophone/germanophone (maltraitance des enfants), *protocole d'intervention entre le secteur médico-psycho-social et le secteur judiciaire*, URL : [http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?eID=tx\\_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=72b4e2c903c46efdceb\\_b31e19fb08b8dc68f2f04&file=fileadmin/sites/ajss/upload/ajss\\_super\\_editor/DGAJ/Documents/Protocoles/protocole-intervention-sphere\\_medico-psy\\_et\\_judiciaire.pdf](http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=72b4e2c903c46efdceb_b31e19fb08b8dc68f2f04&file=fileadmin/sites/ajss/upload/ajss_super_editor/DGAJ/Documents/Protocoles/protocole-intervention-sphere_medico-psy_et_judiciaire.pdf), consulté le 20 mai 2014, p. 3.

## La réalité différentielle de la prise en charge médico-légale en FWB

### En théorie

La réalisation d'une exploration corporelle est mise en œuvre sur réquisitoire du parquet, uniquement en cas de flagrant délit, ou via l'intervention d'un juge d'instruction (au minimum, par mini-instruction).

L'exploration corporelle, détaillée par l'article 90bis du Code d'instruction criminelle, consiste en une expertise médicale réalisée en vue d'explorer les parties intimes du corps humain<sup>116</sup>.

Lorsque les faits concernés sont récents, l'exploration corporelle pourra être réalisée via un instrument spécifique, le set d'agression sexuelle (SAS)<sup>117</sup>. Cet outil vise au bon déroulement de l'enquête en matière de délit sexuel en améliorant notamment le système de récolte de preuves ainsi qu'en réduisant les mécanismes de victimisation secondaire. « Il permet d'appliquer, en cas de violences sexuelles, une démarche uniforme et complète et de réaliser un examen médical standardisé »<sup>118</sup>. Il comprend un ensemble exhaustif d'outils permettant la réalisation de différents prélèvements (sperme, salive, sang).

Idéalement, les autorités judiciaires requièrent un set d'agression sexuelle pour des faits de pénétration, dans un délai de maximum 72 heures après la commission des faits. Au-delà de ce délai, une exploration corporelle pour déterminer une défloration ou attester des lésions est la seule option possible puisque certains prélèvements ne seront d'aucun intérêt. En effet, par exemple, la présence de spermatozoïdes ne peut être retrouvée que jusqu'à 72 heures, voire 96 heures parfois, dans la cavité vaginale s'il n'y pas eu de toilette intime importante qui a été réalisée, pendant 6 heures au plus dans la cavité buccale et 48 heures dans la cavité rectale<sup>119</sup>.

Concernant les personnes habilitées à réaliser le set d'agression sexuelle, la directive de 2005 mentionne que le « Procureur du Roi conclut un protocole de coopération avec les services hospitaliers qui acceptent de recevoir en urgence des victimes d'agression sexuelle sur réquisitoire de l'autorité judiciaire ». L'examen est donc réalisé soit par un médecin légiste, soit par un médecin d'un service hospitalier.

L'exploration corporelle, pour des faits anciens, n'est envisagée que si les autorités judiciaires estiment pouvoir bénéficier éventuellement d'un constat de pénétrations qu'aurait subies l'enfant. Si la pénétration est vaginale, l'exploration corporelle est alors requise lorsque les autorités peuvent présumer que l'enfant n'a pas été préalablement

---

<sup>116</sup> Cass., 27 octobre 1987, *Rev. dr. Pén.*, 1988, p. 197.

<sup>117</sup> Voyez la directive ministérielle du 15 septembre 2005 relative au set d'agression sexuelle.

<sup>118</sup> M. TAEYMANS, M.-E. DEFOUR, V. GENGOUX, A. MARCOTTE, *Rapport final de l'évaluation de la COL 10/2005 relative au Set Agression Sexuelle*, Service public fédéral Justice, Service de la Politique criminelle, février 2014, p. 8.

<sup>119</sup> (A. BLANC, N° 183 - **Accueil d'un sujet victime de violences sexuelles**. *Décrire la prise en charge immédiate d'une personne victime de violences sexuelles*, [http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem4/module11/urgence/183\\_poly\\_agres\\_sexuelles%20.pdf](http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem4/module11/urgence/183_poly_agres_sexuelles%20.pdf), p. 5). De plus, la durée de vie est encore plus courte chez une fille prépubère car il n'y a pas de sécrétions cervicales.

déflorée. Un tel examen peut également être requis en cas de pénétrations anales à répétition, qui auraient pu laisser des traces.

Si nécessaire, et si les faits concernés sont anciens, les autorités judiciaires peuvent également décider de faire entendre, en qualité de témoin, le gynécologue qui a examiné l'enfant victime. Ici, en pratique, le recours à une telle procédure semble varier en fonction des divisions d'arrondissements judiciaires rencontrées. Certains gynécologues interviewés regrettent le peu de sollicitations par un juge d'instruction (dans le cadre d'un témoignage en justice) alors qu'ils ont parfois pu réaliser des constats très détaillés.

#### La réalité sur le terrain...

Abordons à présent, de manière plus précise, comment la prise en charge médico-légale répond à une réalité très différente en fonction des régions d'intervention.

La région **liégeoise** connaît une situation d'exception puisque les services d'urgences bénéficient quasiment toujours de la présence d'un médecin légiste pour intervenir, en aigu, dans des situations de maltraitance sexuelle sur mineur. Précisons que si, exceptionnellement, le légiste ne peut se déplacer aux urgences, un gynécologue réalise cette prise en charge. Selon le corps médical rencontré, les gynécologues restent cependant très peu formés dans ce domaine.

Le parquet/juge d'instruction donne normalement un mandat général au médecin légiste pour une exploration corporelle. C'est lui qui analyse ce qui doit être fait concrètement. Pratiquement, cela signifie que le parquet de Liège ne s'interroge pas forcément du fait de savoir si c'est un SAS ou non qu'il doit requérir dans une situation de viol en phase aiguë.

A Liège toujours, l'exploration corporelle pour des faits plus anciens peut se faire à l'hôpital si l'enfant y est hospitalisé, en compagnie du gynécologue pédiatrique. Les examens ne se réalisent pas toujours en milieu hospitalier. Pensons à différents cas de figure : l'enfant est envoyé par le service de police au centre médico-légal sur réquisitoire du parquet, l'enfant est reçu au centre s'il n'est pas hospitalisé et est victime de faits anciens.

Ça ne sera pas toujours la temporalité des faits qui orientera le lieu de la réalisation de l'intervention mais plutôt sa capacité de déplacement et d'où la situation arrive (plainte au sein d'un service de police, réception de l'enfant aux urgences d'un hôpital...).

Les médecins légistes n'interviennent plus, en tous les cas pour les prises en charge en phase aiguë, à **Bruxelles**. Certains peuvent encore prendre part au processus, en collaborant notamment avec le gynécologue pédiatrique de l'institution, mais pour des faits plus anciens.

A Bruxelles toujours, un accord de collaboration a été envisagé entre les autorités judiciaires d'une part, et le CHU Saint-Pierre et les Cliniques universitaires Saint-Luc, d'autre part, afin d'assurer cette prise en charge médico-légale en urgence. Cet accord n'est cependant plus à jour puisqu'il mentionne l'intervention d'un légiste dans les situations impliquant un mineur, ce qui ne semble plus toujours le cas aujourd'hui.

Ce sont généralement les gynécologues qui réalisent le set d'agression sexuelle, sauf à St-Pierre si la situation concerne un enfant en bas âge ou un garçon. Le set est alors utilisé par le pédiatre, idéalement, en compagnie du gynécologue, dans un rôle de soutien « logistique ». La prise en charge de ces mineurs comporte une difficulté puisque les gynécologues sont mieux formés au SAS mais sont frileux à l'idée d'intervenir sur un mineur.

A **Charleroi**, deux des trois hôpitaux de la ville réalisent la prise en charge médico-légale, le dernier transfère aux autres structures. Un document est d'ailleurs en cours d'élaboration entre les structures hospitalières et le monde judiciaire afin d'organiser et systématiser une procédure écrite claire en la matière.

Dans quelques cas encore, le légiste se déplace en milieu hospitalier ou reçoit l'enfant en consultation, au sein du palais de justice de Charleroi. Généralement, les cas en aigu sont vus à l'hôpital. Pour des faits plus anciens, l'examen se réalise en dehors de la sphère hospitalière.

La situation carolorégienne connaît une évolution puisque des gynécologues sont davantage armés pour ce type de prise en charge et reçoivent dès lors des transferts d'autres hôpitaux. Les pédiatres sont aussi de plus en plus sensibilisés au fait de recourir à un gynécologue, plutôt qu'à un médecin légiste<sup>120</sup>. Cela permet des prises en charge plus rapides puisque lorsqu'un légiste intervient, la prise en charge médicale est déjà assurée au regard des délais que nécessite son intervention. Des magistrats de la division d'arrondissement judiciaire marquent cependant une préférence quant au fait que l'examen soit réalisé par un médecin légiste.

Notons que l'exploration corporelle dans le cas de faits anciens reste moins demandée dans certaines divisions d'arrondissements judiciaires. En effet, dans cette situation, elle est toujours réalisée par un médecin légiste et certaines divisions d'arrondissements judiciaires souffrent sévèrement d'une pénurie de médecins légistes. Cet état de fait influence peut-être les magistrats dans la décision de faire procéder ou non à une exploration corporelle.

#### Les demandes d'exploration corporelle: quelques illustrations des obstacles

Les parquets semblent globalement sensibilisés à la demande d'une exploration corporelle<sup>121</sup>.

Nous voudrions cependant mentionner certaines limites mises en avant par les acteurs rencontrés dans le cadre de notre recherche concernant ces demandes d'examen.

---

<sup>120</sup> Comme nous le verrons, cela dépend du gynécologue de garde. La présence actuelle d'un gynécologue spécialisé peut également entrer en compte dans la réalisation d'une mission d'expertise. Expertise sur laquelle le médecin légiste pourra se baser par la suite.

<sup>121</sup> Rappelons quand même la plus faible valeur des données récoltées au niveau du secteur judiciaire puisque notre travail ne nous a pas permis d'approfondir le rôle du parquet dans ces prises en charge autant que pour les services hospitaliers et équipes SOS Enfants.

Les demandes de set d'agression sexuelle ne seraient pas toujours opportunes, selon certains intervenants du corps médical. La demande des autorités judiciaires serait, par moment, trop systématique pour des faits chroniques où la connaissance ne porte que sur des allégations et non sur des faits avérés ou concerne encore des attouchements. A l'inverse, le temps nécessaire à la réception du réquisitoire peut se montrer assez long dans des situations où les professionnels ont la forte présomption que des faits récents de pénétration ont eu lieu, ce qui nécessite la mise en place d'un examen le plus rapidement possible. Différents acteurs médicaux (médecins et légistes) constatent et dénoncent ce temps nécessaire pour permettre la réalisation d'un tel examen, qui joue notamment sur les chances de récolter des preuves en la matière. Une telle situation peut également être dommageable au niveau médical si l'on poursuit l'objectif d'assurer une prise en charge commune parce que moins traumatisante pour l'enfant. La prise en charge médicale (prélèvements à visée thérapeutique et prophylaxie préventive) est dès lors assurée avant la venue du médecin légiste, par le pédiatre ou le gynécologue.

Un tel constat n'est cependant pas relayé par les magistrats de parquet rencontrés. Nous émettons l'hypothèse que ces demandes inopportunes sont davantage issues de magistrats de garde. En effet, les faits de maltraitance sexuelle pour lesquels le parquet est mis au courant en urgence peuvent arriver la nuit et le weekend. Ce n'est alors pas toujours le parquet, section mœurs (ou jeunesse) qui réalise la demande mais plutôt le magistrat de garde, qui n'exerce pas nécessairement spécifiquement dans cette matière<sup>122</sup>.

[Et s'il n'y a pas de plainte déposée ?](#)

Les prélèvements à titre conservatoire en vue d'une éventuelle plainte ne sont pas courants au sein des services d'urgences pédiatriques de notre échantillon. La possibilité de réaliser de tels prélèvements a rarement été mentionnée d'initiative lors de nos rencontres.

En outre, lorsque nous avons abordé le sujet, certains intervenants ont marqué leur opposition quant à une telle pratique vu l'absence ou la moindre valeur probatoire de ces prélèvements. Les services parlent, par contre, spontanément de la prise de photos pour faciliter le travail de constat.

[Une prise en charge médico-légale malmenée en Fédération Wallonie-Bruxelles ? Quelques grands débats...](#)

[Lorsque le médecin joue le rôle du légiste](#)

*« L'examen d'une victime d'agression sexuelle ne peut en aucun cas s'improviser. Il exige du praticien qui le réalise, une grande disponibilité, une démarche rigoureuse, une connaissance clinique approfondie, entre autres de l'anatomie et de la*

---

<sup>122</sup> Dans une division d'arrondissement judiciaire rencontrée, la directive donnée au magistrat est de « geler » la situation, c'est-à-dire mettre en sécurité l'enfant s'il existe un risque de danger. C'est également préserver des preuves (via la réalisation d'un SAS, par exemple) qui risqueraient d'être perdues si l'intervention du parquet n'est pas immédiate. Un collègue spécialisé reprendra le travail de fond le lendemain ou le premier jour ouvrable suivant.

*physiologie des régions ano-génitales, de la pathologie accidentelle, des pièges et enfin la réalisation de prélèvements de qualité »<sup>123</sup>.*

Il ressort du point précédent que, dans certaines divisions d'arrondissements judiciaires, le corps médical effectue aussi un travail d'ordre légal, surtout lorsque des faits récents sont en jeu.

Les médecins réalisant ces démarches légales ont dû s'auto-former en la matière. Considérant le nombre important de médecins intervenant aux urgences, tous n'ont pas pu le faire. Ils mettent d'eux-mêmes en avant l'axe trop médical de leur intervention et de ce fait, la faiblesse de la valeur probatoire de l'examen devant un tribunal.

Une enquête réalisée par Amnesty International Belgique note en ce sens que le SAS constitue « un instrument qui doit être maîtrisé pour être efficace. Or, cet examen est réalisé par des gynécologues de garde qui souvent n'ont pas reçu de formation quant à son utilisation. (...) Souvent, le médecin de garde prend connaissance de l'instrument au moment où il faut l'utiliser ; ce dernier procède alors par étape d'où l'absolue nécessité de protocole quant à son utilisation »<sup>124</sup>.

Certains acteurs vont même jusqu'à mettre en avant que « l'absence d'intervention de ces professionnels de la recherche de preuves pose la question de la pertinence de l'examen médico-légal »<sup>125</sup>. Un pédiatre rencontré dans le cadre de notre étude souligne aussi : « *Je peux comprendre qu'à un moment donné on se dise 'est-ce que ça vaut la peine encore d'en faire ?' »<sup>126</sup>*

En outre, tant des pédiatres, des gynécologues que des médecins légistes rencontrés soulignent le risque de confusion des rôles lorsque l'hôpital réalise à la fois le volet médical et légal : « *Est-ce qu'ils sont encore médecins traitants ? Est-ce qu'ils peuvent encore prescrire ? Est-ce qu'il faut changer de gynécologue, c'est-à-dire un va qui va faire l'examen l'autre qui va prescrire ? (...) C'est très flou comme concept »<sup>127</sup>.*

Pour ce qui nous concerne, dans une des structures rencontrées, soit le pédiatre réalise l'ensemble de la prise en charge, tant médico-légale que thérapeutique, soit le gynécologue intervient. Dans une autre, le gynécologue endosse le rôle d'expert, il n'intervient plus dans la prise en charge thérapeutique, qui est dévolue au pédiatre. Ceci a un impact important sur la prise en charge médicale pour une raison parfaitement illustrée dans la citation suivante : « *le gars qui est expert judiciaire, désigné par un juge ou un magistrat quel qu'il soit, pour une mission précise, ne peut pas sortir du cadre de sa mission. Et si même je reçois une*

---

<sup>123</sup> J.-P. BEAUTHIER, *Traité de médecine légale*, 2<sup>e</sup> édition, Bruxelles, de Boeck, 2011, p. 421.

<sup>124</sup> Amnesty International Belgique Francophone, « *L'après viol* » ou le parcours d'une victime de violence sexuelle en Belgique francophone : enquête auprès des acteurs de terrain, URL : <http://www.amnesty.be/decouvrir-nos-campagnes/droits-des-femmes/le-viol-en-belgique/article/enquete-l-apres-viol-ou-le-parcours-d-une-victime-en-belgique-francophone>, consulté le 20 décembre 2015, p. 7.

<sup>125</sup> *Ibidem*.

<sup>126</sup> Entretien avec un pédiatre.

<sup>127</sup> Entretien avec un médecin légiste.

*femme ici pour un viol et qu'elle me demande une ordonnance pour sa pilule ou la pilule du lendemain, je ne peux pas le faire, ça m'est interdit »<sup>128</sup>.*

Ce constat amène un débat déontologique. En effet, le Code de déontologie médicale<sup>129</sup> stipule en son article 121 l'incompatibilité des missions d'expert et de médecin traitant.

Pour clôturer ce point, nous voudrions relayer un constat de notre recherche, confirmée par une évaluation réalisée par l'Institut National de Criminalistique et de Criminologie (INCC) sur l'application du set d'agression sexuelle en Belgique : « Il est frappant de constater que les parquets ont une nette préférence pour un médecin légiste quand il s'agit d'utiliser un S.A.S.. Ceci s'explique principalement par la qualité des rapports rendus par ce type de médecin. Il s'agit d'un élément important dans le cadre de la récolte des preuves pour ce type de dossier. Toutefois, la disponibilité réduite de ces médecins pose problème. (...) S'inspirant sans doute de cet exemple, certains parquets plaident pour la création de centres d'accueil médico-légaux pour les victimes de violences sexuelles qui accompagneraient les victimes de manière multidisciplinaire dans les différentes affaires de viol »<sup>130</sup>.

Notons quand même que nos observations ont montré que les parquets qui se montrent les plus frileux au fait que ce soit le corps médical qui assure ce volet de la prise en charge sont ceux qui y sont le moins exposés. Le parquet le plus concerné constate la bonne réalisation de cette prise en charge médico-légale lorsque celle-ci est assurée par les services hospitaliers. Peut-être aussi parce que le corps médical est dès lors mieux formé que dans les autres arrondissements.

« Pour une prise en charge médico-légale conjointe »

*« L'examen médico-légal n'est qu'une étape de la prise en charge médicale d'une victime de violence sexuelle. Il est fondamental qu'une victime de viol puisse bénéficier de soins et traitements faisant suite à son agression, notamment au niveau des maladies sexuellement transmissibles (MST) ou de l'éventualité d'une grossesse indésirable »<sup>131</sup>.*

Une autre dimension de la prise en charge qui fait débat concerne le moment de la réalisation du volet médical et du volet médico-légal et la nécessité d'une coordination entre ces deux temps de prise en charge.

Toutes les structures hospitalières ne réalisent pas systématiquement un examen légal et médical de manière conjointe. Ceci semble encore plus vrai pour celles qui recourent à un médecin légiste. En effet, si les examens légaux réalisés par les médecins peuvent poser certaines questions sur le plan déontologique notamment, ils permettent cependant que l'enfant ne fasse l'objet que d'un seul et même examen<sup>132</sup>. Nous pouvons subodorer qu'un

---

<sup>128</sup> Entretien avec un médecin légiste.

<sup>129</sup> Conseil national de l'Ordre des Médecins, *Code de déontologie médicale*, 29 août 2016.

<sup>130</sup> M. TAEYMANS, M.-E. DEFOUR, V. GENGOUX, A. MARCOTTE, *op. cit.*, p. 32.

<sup>131</sup> Amnesty International Belgique Francophone, *op. cit.*, p. 8.

<sup>132</sup> Cette information est à relativiser pour certains SAS : le corps médical est parfois obligé de d'abord assurer la prise en charge médicale avant la prise en charge médico-légale, en l'attente du réquisitoire qui permet

tel procédé est potentiellement moins traumatisant pour l'enfant et qu'il permet de s'assurer que les deux pans de la prise en charge (médical et légal) ont été réalisés.

Par contre, dans certaines situations impliquant un médecin légiste, comme, par exemple, celles où les familles portent directement plainte au commissariat de police, les enfants peuvent être envoyés dans un lieu de consultation médico-légale, extérieur à l'hôpital pour y être examiné. Le légiste tente d'envoyer l'enfant aux urgences d'un hôpital suite à son examen. Dans les faits, après ce parcours du combattant pour les familles, il est rare, selon un légiste rencontré, qu'elles se rendent à l'hôpital par la suite. Nous ne pouvons dès lors présumer que les enfants se présenteront, par la suite, dans une structure hospitalière.

Donc, lorsqu'une situation de maltraitance sexuelle entre via la porte judiciaire, il arrive que rien ne soit mis en place au niveau psychosocial et médical. Ceci peut questionner la cohérence d'une prise en charge globale des enfants victimes. Cette dernière se trouve, en tous les cas, déconnectée.

La recherche de l'INCC mentionnée *supra* montre, en ce sens, que les victimes ne sont pas toujours « informées d'une éventuelle contamination par une maladie sexuellement transmissible (MST) et sont souvent obligées de se faire à nouveau examiner »<sup>133</sup>.

La temporalité des faits ne semble pas non plus jouer en faveur d'une prise en charge coordonnée, et ce, même parfois lorsque le légiste intervient en sphère hospitalière. En cas de viol ancien ou chronique, le légiste n'aborde pas systématiquement la question de la prise en charge médicale avec la famille.

Il existe, en outre, dans le chef d'intervenants plus périphériques à ce volet de la prise en charge, mais impliqués auprès de l'enfant, une confusion entre l'examen légal et l'examen thérapeutique, en termes de soins médicaux<sup>134</sup>.

### Les autres devoirs d'enquête

*« L'investigation médico-légale est un élément capital dans l'instruction d'une affaire de mœurs. Elle peut parfois, surtout dans les agressions ponctuelles, fournir des éléments probants mais elle demeure habituellement un élément parmi d'autres de l'enquête qui aidera le magistrat à fonder finalement son intime conviction »*<sup>135</sup>.

Hormis les explorations corporelles que nous avons étudiées *supra*, nous voudrions revenir sur deux devoirs d'enquête capitaux en matière de maltraitance sexuelle infantile : l'audition vidéo-filmée et l'expertise de crédibilité.

---

l'ouverture du SAS. Dans les structures où un légiste intervient, les examens SAS et gynécologique sont réalisés de manière parallèle mais l'enfant a généralement déjà fait l'objet d'une prise de sang... avant l'arrivée du légiste.

<sup>133</sup> M. TAEYMANS, M.-E. DEFOUR, V. GENGOUX, A. MARCOTTE, *op. cit.*, p. 30.

<sup>134</sup> Propos tirés d'un dossier SOS Enfants : « la police a dit à la mère qu'il n'était pas nécessaire de faire un examen médical car l'enfant allait être vu par un médecin légiste ».

<sup>135</sup> J.-P. BEAUTHIER, *op. cit.*, p. 421.

Les trois devoirs d'enquête ont un impact direct sur les services analysés. Le volet médico-légal influe surtout sur le travail hospitalier. L'audition vidéo-filmée peut impacter le travail réalisé par l'ensemble des sphères de prise en charge. Enfin, hormis l'éventualité d'une hospitalisation prolongée, vu le moment plus éloigné où elle est effectuée, l'expertise de crédibilité influe davantage sur le travail des équipes SOS Enfants.

#### L'audition vidéo-filmée<sup>136</sup>

L'enregistrement audio-visuel d'audition d'enfants présentent de nombreux avantages : tout d'abord, il « limite l'effet traumatisant causé par de multiples auditions ; d'autre part, il restitue fidèlement la parole de l'enfant, et ce, dès le début de la procédure. Il a aussi le mérite d'éviter, le cas échéant, la confrontation entre le mineur d'âge et l'auteur présumé des faits, notamment à l'audience »<sup>137</sup>. Réalisé dans de courts délais, il permet également de dépasser les difficultés liées aux capacités de mémorisation, logiquement plus limitées chez l'enfant que chez l'adulte.

En Belgique, l'audition vidéo-filmée est régie par les articles 91bis et suivants du Code d'instruction criminelle.

L'audition vidéo-filmée constitue une obligation légale dans le cadre de maltraitance à caractère sexuel commise sur un mineur. En effet, « l'audition des mineurs victimes ou témoins d'infractions visées aux articles 372 à 377, 377quater, 379, 380, §§ 4 et 5, et 409 du Code pénal fait l'objet d'un enregistrement audiovisuel, sauf décision contraire motivée prise par le procureur du Roi ou le juge d'instruction tenant compte des circonstances propres à l'affaire et dans l'intérêt du mineur. Le procureur du Roi ou le juge d'instruction peut ordonner l'enregistrement audiovisuel de l'audition des mineurs victimes ou témoins d'autres infractions visées à l'article 91bis »<sup>138</sup>.

Le Code définit également les professionnels habilités à procéder à l'enregistrement audiovisuel, les modalités et formalités d'enregistrement, l'accompagnement, le consentement du mineur, le lieu...

De plus, une Circulaire ministérielle datant du 16 juillet 2001 guide, de manière pratique, les magistrats et services de police sur la marche à suivre pour réaliser ce type d'audition<sup>139</sup>.

Dans la première des divisions d'arrondissements judiciaires étudiées, ce type d'audition est mis en place, en moyenne, dans un cas sur deux. Elle est demandée lorsqu'elle est considérée comme nécessaire et que son inutilisation ne pourra être justifiée, c'est-à-dire généralement pour des faits de mœurs intrafamiliaux qui impliquent des enfants jusqu'à l'âge de 12 ans. Le risque de rétractation et le milieu dans lequel l'acte a été commis (école,...) sont aussi évalués par le magistrat.

---

<sup>136</sup> Pour aller plus loin, voyez HAESEVOETS, Y.-H., REES, A., *Comment auditer les enfants? Guide didactique destiné aux professionnels*, Belgique, avec le soutien de la Fondation Roi Baudouin, 1997-1998.

<sup>137</sup> M. ROLAIN, « Technique d'audition audiofilmée des mineurs victimes ou témoins de certains faits », in *JDJ*, mai 2014, n°335, p. 30.

<sup>138</sup> Article 92 §1er du Code d'instruction criminelle.

<sup>139</sup> M. ROLAIN, *op. cit.*, p. 29.

Si, théoriquement, ces auditions doivent être réalisées rapidement, elles ne sont pas toujours effectuées dans un délai rapide<sup>140</sup> à compter de l'apostille du parquet<sup>141</sup>. Pourtant, les substituts ont besoin de cet élément pour orienter le dossier tant au civil, au protectionnel, qu'au pénal : *« même si l'enfant ne dit rien, ça permet de fermer une porte et de dire voilà c'est fini, il peut revoir son abuseur à la limite. Donc, même quand il n'y a rien, nous on doit le savoir et on doit avancer »*<sup>142</sup>.

Pour la deuxième division d'arrondissement judiciaire rencontrée, l'utilisation de l'audition vidéo-filmée varie en fonction de la section du parquet qui la requiert. La section mœurs fonctionne selon un canevas type, c'est-à-dire qu'elle fait systématiquement procéder à ce type d'audition, mais parfois assez tardivement. Le parquet jeunesse a une appréciation qui est fonction du contexte du dossier. Il pourra plus souvent ne requérir qu'une audition classique. En règle générale, lorsque les faits concernent un enfant en bas âge, dans un certain contexte de dévoilement, l'audition vidéo-filmée reste privilégiée.

Au niveau du délai de mise en place de ces auditions, le même constat peut être dressé pour la première division d'arrondissement judiciaire, certaines auditions sont mises en place avec du retard en raison d'une surcharge des services. Au regard des principes poursuivis par un tel procédé, se pose dès lors la question de l'opportunité et de l'efficacité des auditions réalisées tardivement, parfois 3 à 6 mois après le dépôt d'une plainte. En dehors des situations d'urgence (menaces sérieuses au niveau intrafamilial, par exemple), le substitut rencontré soutient que l'enquêteur doit quand même bénéficier d'un minimum d'informations, soit par la personne qui a reçu le dévoilement, soit par les personnes clés par rapport à la commission des faits, pour donner un cadre à l'audition vidéo-filmée qui va être réalisée par la suite. Ces précautions ne nécessitent cependant pas l'écoulement d'un si long délai.

Enfin, dans la dernière division d'arrondissement judiciaire, l'audition vidéo-filmée est systématiquement mise en place dans les cas de maltraitance sexuelle sur mineurs, les substituts rencontrés arguant l'obligation légale en la matière.

Pour ce qui est du délai de mise en place, la situation de la dernière division d'arrondissement judiciaire rencontrée semble aussi différente des autres divisions puisque, lorsque l'enquête porte sur des faits récents, les enquêteurs procèdent à l'audition dans un délai de 24-48 heures, le temps d'obtenir les premiers éléments quant au lieu, à l'éventuelle identification de l'auteur, le temps également de mettre en place l'audition dans les meilleures conditions possibles. Pour des faits plus anciens, l'audition pourra être organisée dans les 15 jours. Le délai dépendra de la situation et du degré d'urgence que celle-ci présente.

La réalisation de l'audition vidéo-filmée doit éventuellement être pensée en lien avec la réalisation d'une exploration corporelle. Les auditions étant, pour la majorité d'entre elles,

---

<sup>140</sup> Cela peut s'expliquer aussi par une réticence à mettre en place ces auditions dans certains endroits.

<sup>141</sup> Dans différents dossiers, le parquet note un délai de 4 semaines, de 3 mois...

<sup>142</sup> Entretien avec un substitut du parquet jeunesse.

mises en œuvre après un certain temps, le SAS est systématiquement déjà effectué<sup>143</sup>. La réalisation de l'examen corporel ne s'en retrouve pas reportée dans les cas d'intervention en urgence.

Dans certains cas (limités ?), l'audition peut être réalisée avant l'examen :

*« Quand les faits sont dénoncés au jour 0, s'ils savent, mais c'est dans certains arrondissements judiciaires, ça dépend de l'activité, s'ils savent faire l'audition TAM à J+1 le matin, je la vois à J+1 l'après-midi, directement dans la foulée. Et comme ça, l'enfant n'a pas le temps d'être contaminée par des propos d'adultes éventuels de l'entourage. Et comme ça, moi je peux poser les questions que je veux »<sup>144</sup>.*

L'organisation entre ces deux devoirs d'enquête reste complexe. Un dilemme se pose puisqu'idéalement, l'audition devrait être immédiate mais les lésions se dégradent très vite.

*« On est des fois pris entre les deux parce que les médecins aimeraient bien que... Le légiste, pour faire son examen, quand c'est en matière de mœurs en tout cas, il doit quand même poser quelques questions. Le médecin aimerait bien qu'on n'ait pas encore... enfin arrivé le plus vite possible mais par contre le policier aimerait bien que le légiste n'ait pas posé les questions. Donc ce n'est pas toujours évident »<sup>145</sup>.*

#### L'expertise de crédibilité de la parole de l'enfant

Venons-en au dernier devoir d'enquête que nous voulions étudier : l'expertise de crédibilité.

Sauf exception, une expertise psychologique est demandée pour chaque dossier par la première des trois divisions d'arrondissements judiciaires étudiées. Cependant, l'engorgement que connaissent actuellement les situations soumises à une expertise ralentit le suivi des dossiers.

Le deuxième parquet rencontré recourt à une telle expertise lorsque celle-ci peut amener un élément d'appréciation objective face à d'éventuelles allégations. Lorsque d'autres devoirs d'enquête (auditions diverses,...) se sont montrés concluants, le substitut ne fait pas forcément procéder à une expertise. Le choix de recourir à un tel procédé tient compte de la question financière et du fait que les experts sont débordés.

Enfin, pour ce qui est de la dernière division d'arrondissement judiciaire, les expertises de crédibilité sont presque systématiquement requises par le parquet. Ce parquet insiste sur l'importance de la réalisation préalable de l'audition vidéo-filmée puisque celle-ci sert de base à l'expertise de crédibilité.

---

<sup>143</sup> Une mini-anamnèse pour orienter l'examen est alors réalisée avant les prélèvements (cela permet, par exemple, de ne pas réaliser un examen anal s'il n'y a pas de pénétrations anales dénoncés).

<sup>144</sup> Entretien avec un médecin légiste.

<sup>145</sup> Entretien avec un substitut d'un parquet jeunesse.

La circulaire ministérielle du 16 juillet 2001 relative à l'enregistrement audiovisuel des mineurs victimes ou témoins d'infractions aborde notamment le rôle de l'expert psychiatre ou psychologue, ayant pour mission de donner un avis spécialisé au magistrat via plusieurs tâches (prendre connaissance du dossier, procéder à l'examen psychologique du mineur, s'entretenir avec la personne qui a accompagné le mineur...).

Sa réalisation peut s'opérer de manière diverse : sur base de l'enregistrement de l'audition vidéo-filmée, en assistant à l'audition et en convoquant l'enfant ensuite...<sup>146</sup>

### Collaboration entre parquet, sphère hospitalière et équipe SOS Enfants

Après avoir développé les différents devoirs d'enquête, nous voudrions, afin de clôturer ce point, revenir sur les collaborations entre les trois secteurs (judiciaire, hôpitaux et SOS Enfants) autour de ces procédures, parce que celles-ci sont fréquentes. Cette question de l'articulation constitue, en outre, le nœud de notre recherche.

#### Sphère hospitalière :

Les temps de collaboration entre sphère hospitalière (pour ces aspects médicaux) et autorités judiciaires, portent sur la réalisation du set d'agression sexuelle ou, plus largement, de l'exploration corporelle. Nous renvoyons *supra* pour ce qui concerne la nécessité d'une prise en charge commune entre prise en charge médicale et pénale. Retenons simplement ici, qu'en pratique, il reste difficile de penser conjointement ces prises en charge. Ceci est encore plus vrai lorsque la prise en charge porte sur des faits anciens.

Hormis les cas d'enfants hospitalisés pour une certaine durée, la question de l'expertise (réalisée en sus ou hors du cadre de l'audition vidéo-filmée) ne se pose pas en lien avec la prise en charge médicale. Rappelons que l'audition vidéo-filmée devrait idéalement être réalisée de manière coordonnée avec la prise en charge médico-légale, qui, elle, doit être connectée à la prise en charge médicale.

#### SOS Enfants :

Reprenons ici les trois devoirs d'enquête développés *supra*.

**L'exploration corporelle** se réalise généralement de manière assez déconnectée du travail entamé auprès de l'équipe SOS Enfants qui n'est, d'ailleurs, pas toujours mise au courant de la réalisation d'un tel examen. En ce qui concerne les cas aigus, nécessitant la réalisation d'un SAS, l'équipe est encore moins concernée, puisqu'elle ne prend en charge que peu de situations d'abus récents.

Pour ce qui est de **l'audition vidéo-filmée**, si sa réalisation se fait rapidement, elle n'entravera pas le travail du service SOS Enfants puisqu'il faut considérer le temps du démarrage de la prise en charge.

Lorsque la mise en place de l'audition met plusieurs semaines, voire quelques mois, la situation peut mettre en difficulté le travail de l'équipe SOS Enfants, qui est censée attendre

---

<sup>146</sup> L'annexe 3 de la circulaire relative à l'enregistrement audio-visuel des mineurs victimes ou témoins d'infractions porte sur un réquisitoire type à l'intention des experts.

sa réalisation avant de pouvoir recueillir la parole de l'enfant. Nous pouvons nous interroger sur l'opportunité, tant pour l'enfant que pour la qualité des poursuites pénales, de réaliser encore tardivement ce type d'audition si l'on suit les objectifs poursuivis lors de la conception de cet outil<sup>147</sup>.

Les équipes se positionnent différemment face à cette réalité. Si certaines contactent les autorités policières et judiciaires afin de prendre connaissance de l'état d'avancement du dossier et savoir quand commencer le travail (en posant cependant leurs conditions), d'autres travaillent de façon tout à fait parallèle au système judiciaire. Les informations provenant des autorités judiciaires sont éventuellement transmises à l'équipe SOS Enfants par les parents d'un enfant suivi au sein du service. De manière globale, une évolution en termes de collaboration entre parquets et équipes SOS Enfants se fait sentir en la matière avec des collaborations plus fréquentes entre les deux types de services.

Les autorités judiciaires se positionnent également de différentes manières (si elles ont l'information que l'enfant est suivi par SOS Enfants). Certaines travaillent de leur côté, d'autres, par contre, se mettent en contact avec les équipes SOS Enfants afin de savoir, par exemple, quand réaliser l'audition vidéo-filmée, pour que l'enfant soit entendu dans les meilleures conditions possibles.

Finalement, plusieurs équipes mentionnent qu'elles peuvent accompagner l'enfant lors de cette audition si un lien de confiance s'est créé avec lui. Le texte de loi prévoit, en effet, que l'enfant puisse être accompagné d'une personne de confiance durant cette audition.

Venons-en au dernier point : **l'expertise de crédibilité**.

La question de la coordination est double : nous devons à la fois considérer la réalisation parallèle d'une expertise de crédibilité (lorsqu'elle impose la présence de l'enfant à un rendez-vous supplémentaire ou l'expose à de nombreux intervenants) et d'un travail de diagnostic par l'équipe SOS Enfants (via un bilan/expertise SAJ/SPJ-TJ, par exemple), mais aussi d'une expertise de crédibilité et d'un suivi thérapeutique. La réalisation de l'expertise peut donc entraver le travail de SOS Enfants à deux niveaux.

Abordons d'abord la question de ces deux « expertises ». Au-delà du fait que l'enfant soit soumis à deux « évaluations », celles-ci ne poursuivent pas la même finalité. Si l'expertise de SOS Enfants peut englober l'expertise dite de « crédibilité », elle aborde également d'autres dimensions comme les mesures à mettre en œuvre pour venir en aide à l'enfant et à sa famille... Elle dépasse l'idée même d'expertise pour atteindre l'offre d'aide et de soins pour la famille.

*« Le parquet va peut-être décider d'une expertise psychologique qui va se mettre en place dans les trois semaines, alors que moi j'ai déjà le bilan qui peut commencer le jour même. Il faut parfois négocier pour articuler les choses, pour que l'enfant ne soit pas vu dans le cadre du bilan, puis vu après ou en même temps par l'expert,*

---

<sup>147</sup> Les équipes peuvent aussi mettre en avant l'intérêt de préparer l'enfant à ce type d'audition, ce qui n'est permis que si elle n'a pas lieu directement.

*parce qu'alors les gosses ils ne comprennent plus pourquoi ils doivent voir 36000 personnes à la fois. Donc là on essaye quand même d'articuler les choses. C'est pour ça que cet échange-là de bilan, avec l'accord des parents, ça a du sens pour éviter peut-être qu'on ne multiplie les démarches inutiles »<sup>148</sup>.*

Le parallélisme entre l'expertise et la réalisation de suivi thérapeutique au sein d'une équipe SOS Enfants questionne également puisqu'il peut s'avérer difficile pour l'enfant de faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi thérapeutique de manière parallèle. Il existe un risque de confusion au niveau des dynamiques de prise en charge.

*« La mise en place du suivi, elle n'est pas compatible avec une expertise de crédibilité plus tard. Puis ce n'est pas le même objectif »<sup>149</sup>.*

S'il est parfois difficile de faire l'impasse sur cette multitude de procédures auxquelles l'enfant est soumis, nous soutenons, ce que d'autres acteurs ont également mis en avant, que les différents services doivent être informés de la mise en œuvre de ces procédures afin de se coordonner au mieux. Ceci n'est possible que si un travail en réseau est valorisé.

---

<sup>148</sup> Rencontre avec un SAJ.

<sup>149</sup> Entretien avec un substitut d'un parquet jeunesse.

## Au niveau médical

Nous nous intéresserons ici à la prise en charge médicale au sein des services d'urgences et par les équipes SOS Enfants. Nous aborderons également l'arrivée de l'enfant maltraité via le milieu médical à savoir les consultations et les hospitalisations « somatiques ».

Nous clôturerons ce point par une analyse critique de la prise en charge médicale par les différents services.

### La prise en charge médicale de l'enfant aux urgences

Nous vous proposons de revoir les différentes étapes de la prise en charge médicale aux urgences.

#### Une base écrite pour travailler :

L'ensemble des équipes rencontrées possède un protocole de prise en charge de l'agression sexuelle aux urgences. Certains de ces protocoles sont cependant incomplets, voire obsolètes. Ils ne possèdent pas tous un volet pédiatrique. En outre, l'analyse de plusieurs protocoles montre un décalage entre théorie et pratique, l'écrit ne correspondant pas toujours à ce qui nous a été relaté ou à ce que nous avons pu observer.

Exemple de schéma de prise en charge dans un protocole :

A. Peu de doute quant aux faits	1. Endéans les 72 heures
	2. Au-delà des 72 heures
B. Doutes quant aux faits	1. Enfant non en danger, prise en charge ambulatoire
	2. Enfant en danger, hospitalisation

Ceci peut s'expliquer par le fait que ces textes ne présentent pas toujours un angle pratique, ne jouant donc pas un réel rôle de guide pour le médecin recevant l'enfant aux urgences. Par exemple, ils n'indiquent pas au pédiatre quand faut-il informer les services de l'aide à la jeunesse et/ou les autorités judiciaires d'une situation. Cette illustration a son importance puisque nous savons que les jeunes médecins (nombreux dans les gardes pédiatriques) n'ont pas forcément été formés à la question des relais vers les sphères de l'aide à la jeunesse et des autorités judiciaires durant leur cursus universitaire.

En outre, les pédiatres ne semblent pas toujours faire appel à un tel document. Certains intervenants rencontrés n'ont notamment pas connaissance de l'existence du protocole dans leur service, d'autres encore ne savent pas où se trouve le document.

Le réflexe du recours à un superviseur face à une situation de maltraitance suspectée ou avérée semble plus systématique que la lecture du protocole aux urgences.

Enfin, les médecins rencontrés notent la difficulté de recourir à un protocole « général » au regard de situations tellement « particulières ». Ceci pourrait expliquer que peu de choses soient finalement « protocolisées ».

## Le transfert d'une situation

Tous les hôpitaux ne peuvent assurer la prise en charge de ces enfants.

Ceci peut s'expliquer, pour les cas en phase aigüe, par l'impossibilité de développer certains pans de la prise en charge médicale, comme assurer le suivi SIDA. Des transferts interhospitaliers et/ou des accords de collaboration sont pris en ce sens. Pensons, par exemple, à la Citadelle qui a signé un accord de coopération avec le CHU de Liège, centre de référence SIDA pour qu'il intervienne dans le suivi de la prévention de cette maladie sexuellement transmissible. Autre exemple, tous les médecins ne sont pas formés pour réaliser un set d'agression sexuelle.

Plus précisément, **deux types de transferts** doivent être considérés. Le premier s'applique en cas de nécessité d'une **prise en charge médico-(légale)**, qui ne peut être assurée par la première structure hospitalière ayant reçu l'enfant. L'hôpital transfère la situation dès sa réception au sein de son service d'urgence. Idéalement, la famille est malgré tout reçue avant le transfert afin de lui expliquer, et éventuellement guider, les suites de la prise en charge. En pratique, ce moment n'est pas toujours consacré aux familles.

Notons que ces situations restent difficiles à gérer, même pour les hôpitaux davantage formés, au regard des émotions que procurent ces situations et de leur caractère chronophage, dans des services souvent déjà bondés par des prises en charge somatiques.

Certains transferts restent trop systématiques pour des situations qui pourraient être prises en charge par tout service d'urgences au niveau médical<sup>150</sup>, laissant suspecter une « aversion » de nombreux services hospitaliers à prendre en charge ces situations.

L'autre type de transfert concerne l'« après » **passage aux urgences**, lorsqu'il faut assurer une prise en charge médico-psychosociale, et que la structure n'est pas équipée pour hospitaliser l'enfant. Dans ce cas précis et sous réserve de la remarque mentionnée *supra*, la prise en charge médicale est normalement assurée par la première structure hospitalière aux urgences.

Au-delà de la spécialisation de la structure pour accueillir les situations de maltraitance, tous les hôpitaux ne bénéficient pas non plus d'un même « soutien » pour assurer de telles interventions. Par exemple, l'accueil en structure privée peut s'avérer plus délicat pour ces situations dans lesquelles la possibilité de paiement de l'hospitalisation est rarement possible.

Prenons l'exemple du CHU Saint-Pierre pour aborder cette question, l'hôpital étant considéré comme un service de référence à Bruxelles pour les situations d'urgence. Pour la structure hospitalière, les transferts se justifient pour deux types de cas. Ceux qui ne peuvent pas être pris en charge d'un point de vue médical par un hôpital : les « grosses » situations qui nécessitent une interruption volontaire de grossesse, l'administration d'une trithérapie anti-HIV... Les transferts viennent essentiellement de son réseau hospitalier, le réseau IRIS.

---

<sup>150</sup> Pensons à une situation d'attouchements sexuels par exemple.

Les secondes situations portent sur la nécessité d'une hospitalisation avec un cadre type « SOS Enfants ». Le CHU Saint-Pierre met d'ailleurs en avant le caractère « intransférable » de ce type de situations, étant donné qu'aucune autre structure hospitalière ne possède un dispositif clairement dévoué à ce type de prise en charge dans la région bruxelloise, avec la spécificité du volet « SOS » durant l'hospitalisation, hormis Saint-Luc<sup>151</sup>. L'objet du transfert est donc loin d'être uniquement lié à la question médicale. Pour rappel, le transfert devrait, ici, idéalement se faire après une première prise en charge médicale assurée par la structure initiale.

Il est également envisageable, pour les situations qui ne nécessitent pas un transfert médical, qu'un service hospitalier contacte Saint-Pierre, qu'un avis lui soit donné par téléphone et que le protocole du CHU Saint-Pierre soit éventuellement faxé. Ce service peut, dans ce cas, assurer la partie médicale et contacter SOS Enfants ULB pour la suite de la prise en charge. Cette situation est privilégiée afin de limiter des transferts trop systématiques.

Un accord formel de transfert (via un protocole) a été pris avec l'HUDERF (Hôpital Universitaire Des Enfants Reine Fabiola). Ce protocole de collaboration prévoit notamment:

- Un transfert des situations d'abus sexuels en aigu après avoir pris contact avec le CHU Saint-Pierre + la rédaction d'une feuille de liaison à destination de SOS Enfants ULB ;
- Si la situation n'a pas été présentée en aigu à l'HUDERF, des contacts sont pris avec SOS Enfants en journée. Si le retour en famille est impossible, le cas est transféré au CHU Saint-Pierre ;
- En échange, le CHU Saint-Pierre transfère ses situations pédopsychiatriques.

Les informations récoltées montrent quand même que les situations de maltraitance sexuelle sont loin de faire couramment l'objet de transferts<sup>152</sup> dans le premier cas de figure visé. Ceci peut s'expliquer par le fait que les services de police et autorités judiciaires connaissent les lieux où la prise en charge médico-légale sera la plus adaptée et les structures acceptant la prise en charge de situations médico-psychosociales.

Davantage de transferts auraient lieu via des services type SOS Enfants afin de faire procéder à un bilan durant l'hospitalisation de l'enfant.

La prise en charge de l'enfant par le médecin aux urgences :

Si l'heure d'arrivée de l'enfant le permet (en journée, la semaine), les différents services font en sorte que l'enfant soit pris en charge par la personne la plus expérimentée ou, en tous les cas, que celle-ci soit présente en back-up.

Lorsque l'enfant est reçu par un assistant en pédiatrie, ce qui pourra être le cas les nuits et les weekends, celui-ci se référera à son superviseur pédiatrique (essentiellement par téléphone), parce qu'il n'a pas nécessairement déjà été confronté à ce type de prise en

---

<sup>151</sup> Même si de plus en plus d'hôpitaux acceptent des ordonnances de placement, en référence à l'article 9 de l'ordonnance bruxelloise de l'aide à la jeunesse.

<sup>152</sup> Excepté peut-être le CHU Saint-Pierre.

charge. C'est également le cas de certains pédiatres de garde, peu habitués au travail aux urgences.

Ces prises en charge restent complexes lorsqu'elles sont assurées par des personnes non spécifiquement formées. La majorité des intervenants médicaux posent les actes urgents (prophylaxie préventive au besoin...) et attendent la reprise de la situation par une personne plus spécialisée et peuvent (presque tous) hospitaliser l'enfant, en cas de danger ou de doutes, en attendant.

#### L'anamnèse préalable à tout examen médical :

Préalablement à tout examen médical, une attention est portée à la réalisation d'une anamnèse sociale et médicale complète et détaillée, dans un cadre adapté à l'enfant.

Pour l'ensemble des intervenants, elle constitue une étape primordiale afin de mettre l'enfant en confiance pour la suite de la prise en charge et faire en sorte que celle-ci soit la plus adaptée possible à la situation.

Si l'âge de l'enfant le permet et que la situation l'indique, une anamnèse séparée de celle des parents est aussi privilégiée.

#### La réalisation d'un examen physique complet :

Un examen physique complet est réalisé lors de l'admission de l'enfant aux urgences. Celui-ci comprend, dans presque l'ensemble des lieux rencontrés, un examen génito-anal externe, même pour des faits d'attouchements. Ceci s'explique par le fait que les médecins ne peuvent imaginer gagner la confiance de l'enfant au moment des urgences et doivent envisager l'ensemble des pistes.

Un service d'urgences pédiatriques rencontré limite la prise en charge aux urgences à cet examen. C'est surtout l'équipe SOS Enfants intrahospitalière qui va prendre en charge la situation et envisager, notamment, les aspects médicaux si l'enfant est hospitalisé. Le pédiatre n'assure alors qu'une prise en charge médicale minimale et générale aux urgences.

#### Un éventuel examen gynécologique<sup>153</sup> :

Le positionnement des pédiatres rencontrés quant à la réalisation d'un examen gynécologique est assez semblable : si la situation le nécessite, un examen gynécologique est pratiqué en urgence, à l'arrivée de l'enfant<sup>154</sup>. Un examen est d'office réalisé aux urgences, si un set d'agression sexuelle est effectué.

Peu de structures font pratiquer l'examen gynécologique par un pédiatre, même pour des enfants en bas âge. Ils sont mieux formés à la problématique mais, pour la plupart, frileux à l'idée de réaliser de tels actes sur des enfants.

---

<sup>153</sup> Il ne faut pas oublier que la réalisation d'examen gynécologiques peut faire l'objet d'enjeux dans certaines familles. Cela doit être considéré dans l'évaluation qui est faite la situation.

<sup>154</sup> Le fait de réaliser l'examen aux urgences dépend de l'urgence médicale, de si le médecin pense que les parents ne se représenteront pas...

Si la situation ne requiert pas une prise en charge en urgence (suspensions, par exemple), un examen sera programmé<sup>155</sup>, éventuellement après discussions avec une équipe pluridisciplinaire, chez un gynécologue pédiatrique spécialisé. Cette option permet notamment la mise en place d'une sédation en cas de nécessité.

Le même raisonnement s'applique concernant l'intervention d'un gastro-pédiatre ou d'un chirurgien pédiatrique, pour des cas de pénétrations anales, par exemple, sous réserve du fait qu'il n'est pas toujours disponible, en urgence, la nuit et le weekend.

Envisager des prélèvements complémentaires ainsi qu'une prophylaxie préventive:

La réalisation éventuelle d'examens complémentaires peut justifier l'administration de prophylaxies. La majorité des services hospitaliers rencontrés administrent une telle prophylaxie préventive en cas de faits de pénétration récents<sup>156</sup>.

Si les faits concernés datent, le service attend généralement les résultats des prélèvements. Une structure rencontrée met quand même directement en place une prophylaxie aux urgences pour certains faits anciens ou chroniques. A l'inverse, même en cas de faits récents, un autre service attend les résultats. Soulignons pourtant l'urgence d'une telle mise en place, surtout pour la trithérapie anti-HIV qui doit être administrée dans les 72 heures suivant les faits, et idéalement dans les 48 heures pour être efficace<sup>157</sup>.

En pratique, hormis dans une structure hospitalière rencontrée, la trithérapie anti-HIV n'est appliquée que très rarement, 2 à 3 fois par an, voire quasiment jamais.

Un hôpital de notre échantillon ne réalise presque jamais de prélèvements lors du passage de l'enfant aux urgences. Cet hôpital ne connaît d'ailleurs pas la prophylaxie à administrer, considérant ce type de prise en charge comme très spécifique.

Comme nous l'avons vu, une structure hospitalière transfère les cas nécessitant la mise en place d'une trithérapie anti-VIH. Les autres structures bénéficient toutes d'un kit de démarrage du traitement aux urgences. Un hôpital n'est pas reconnu comme centre de référence SIDA mais assure quand même la prise en charge de ces situations, sans les transférer.

S'il n'y a pas d'urgence à réaliser des prélèvements, ceux-ci seront sans doute reportés. En termes d'effectivité de la prise en charge, il est nécessaire de rester vigilants face à un tel mécanisme puisque l'on connaît la difficulté à fidéliser les familles, et faire en sorte qu'elles se représentent à l'hôpital, si le suivi se réalise en ambulatoire.

---

<sup>155</sup> En ambulatoire ou en hospitalisation.

<sup>156</sup> En cas de doutes, la prudence est toujours de mise, quitte à administrer une prophylaxie et réévaluer la situation lors d'un premier rendez-vous de suivi médical.

<sup>157</sup> La prophylaxie post-exposition « doit être démarrée au mieux moins de 4 heures après l'exposition et pas plus tard que 48 heures » (European AIDS Clinical Society, *Recommandations (Version 7.01)*, novembre 2013, URL : <http://www.eacsociety.org>, consulté le 19 février 2015).

Assurer un suivi suite à la prise en charge aux urgences :

La question des examens complémentaires et de l'administration de traitements nous amènent à envisager le suivi médical à assurer à ces enfants.

Si certains services insistent sur la place à redonner au médecin traitant au niveau du suivi de l'enfant, d'autres soulignent la difficulté de faire endosser un tel rôle à ce dernier, surtout lorsque des traitements médicamenteux spécifiques doivent être administrés.

Abordons la question plus en détail.

Un suivi médical n'est pas toujours programmé si la dimension somatique ne se pose plus clairement. Des inquiétudes portées à d'autres niveaux que le médical pourront alors être analysées par une équipe pluridisciplinaire (type équipe SOS Enfants), sollicitée préalablement par le service des urgences. Notons cependant que l'équipe SOS Enfants ne pourra assumer, si nécessaire, un suivi médical. Ce n'est pas son rôle et elle ne possède pas les forces vives pour une telle intervention.

- L'examen gynécologique :

Si un examen gynécologique n'a pas été réalisé aux urgences et que l'enfant présente des lésions nécessitant l'avis d'un spécialiste, ou encore, s'il souhaite discuter de questions relatives à la contraception par exemple, un gynécologue pédiatrique spécialisé pourra le rencontrer<sup>158</sup>.

Dans une des structures rencontrées, l'enfant peut faire l'objet de deux examens gynécologiques, un aux urgences, l'autre durant la semaine suivante. La majorité des autres services ne réalisent qu'un examen génital externe préalablement.

- Les traitements prophylactiques :

En fonction des services rencontrés, l'administration de prophylaxies (MST et prévention d'une grossesse) ainsi que la réalisation d'examens complémentaires aux urgences ne donnent pas forcément lieu à une consultation médicale de suivi, les éventuelles questions et résultats pouvant être discutés par téléphone.

### La prise en charge SIDA

Neuf centres de référence SIDA sont reconnus en Belgique<sup>159</sup>. Pour que la trithérapie soit remboursée au patient, elle doit être administrée par un de ces centres. Certains hôpitaux, non reconnus comme centres de référence, ont signé des accords de collaboration pour bénéficier de kits de démarrage au sein de leur service d'urgences. Le suivi est généralement assuré dans le centre de référence (exemple de la collaboration entre le CHU de Liège et le CHR de la Citadelle).

---

<sup>158</sup> Dans une région, un gynécologue spécifiquement formé est souvent sollicité par l'équipe SOS Enfants mais également aussi par une autre structure hospitalière de la région en cas de situation complexe.

<sup>159</sup> UCL, Saint-Pierre, Erasme, ULB, UZ VUB, Ugent, KULeuven, ULg, Charleroi.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, les centres de référence sont : la Clinique des maladies infectieuses du CHU Charleroi, le Centre de référence de l'UCL, le Centre de référence de l'ULB, le Centre de référence du CHU de Liège et l'UTI – Hôpital Erasme<sup>160</sup>.

Le suivi de la prophylaxie anti-HIV connaît une réalité différente en fonction des structures hospitalières.

Dans certaines structures, un (ou plusieurs) pédiatres sont identifiés pour assurer ce suivi, en raison de leur spécialisation en infectiologie. Dans d'autres, c'est un infectiologue adulte qui pourra prendre en charge la situation. Autre option encore, c'est un infectiologue pédiatrique non clairement identifié ou un pédiatre, également pédiatre de SOS Enfants<sup>161</sup>, qui prend en charge le suivi de la situation.

Ils assurent alors l'ensemble de la prise en charge MST. Généralement, un protocole guidant les types de situations pour lesquelles une trithérapie doit être administrée vient en aide au médecin.

La question de l'implantation d'un centre de référence SIDA au sein de l'hôpital peut orienter la manière dont le suivi est assuré : transfert dans une autre structure, suivi au sein de l'hôpital même s'il n'existe pas de centre de référence (avec ou non des contacts avec un autres hôpital disposant d'un centre de référence).

Dans une structure hospitalière rencontrée, un infirmier fait le lien entre le service des urgences et la consultation de suivi pour ces enfants qui doivent faire l'objet d'une trithérapie anti-HIV. Ceci est appréciable tant pour le staff médical que pour les familles puisque l'infirmier prend le temps d'expliquer les effets secondaires... Nous pouvons subodorer qu'un tel procédé permet une meilleure compliance au traitement. Un tel mécanisme n'est cependant possible, et bien rodé, que parce que la structure hospitalière est « habituée » à ce type de prise en charge.

- L'effectivité de ces suivis ?

Nous voudrions clôturer ce point en développant la question de la fréquentation de ces consultations de suivi.

Au niveau de la maltraitance sexuelle, peu de prises en charge nécessitent un suivi médical sur le long terme<sup>162</sup>. La situation est cependant différente pour le suivi trithérapeutique anti-HIV. Attardons-nous dès lors sur cette situation. Des consultations de suivi doivent être organisées quelques jours après la mise en route du traitement ainsi que, théoriquement, à 1, 3, 6 mois (pour réaliser des sérologies à distance notamment).

---

<sup>160</sup> Plate-forme prévention SIDA et exaequo, SIDA et IST, *Brochure : Utilisez un préservatif et faites-vous dépister.*

<sup>161</sup> Cela facilite la collaboration entre le pan médical et psychosocial si une famille ne se présente plus à un rendez-vous.

<sup>162</sup> Des rendez-vous médicaux peuvent être pris pour réaliser un bilan gynécologique, une visite médicale plus générale...

Pratiquement partout, c'est le même constat : il est rare que les gens se présentent jusqu'au bout du suivi.

Ces suivis restent difficiles puisqu'il n'est pas évident, pour les médecins, de « fidéliser<sup>163</sup> » les familles : « *Ceux-là en général on essaye de les revoir nous en consultation (...) que je revois pour le suivi sérologique. Quand ils ne déménagent pas, quand ils restent dans le circuit,...* »<sup>164</sup>. Dans les faits, il est parfois compliqué d'assurer ce type de suivi qui nécessite une prise en charge dans la durée puisque des sérologies à distance doivent être réalisées.

Si le suivi porte à la fois sur les niveaux psychosocial et médical, des contacts peuvent se prendre entre ces deux sphères afin de prendre connaissance de la compliance au suivi des deux côtés. En effet, parfois la famille se présente d'un côté et pas de l'autre. Nous pouvons dans ce cas émettre l'hypothèse qu'il n'est pas toujours facile pour la famille de comprendre qui joue quel rôle et qui fait quoi. En outre, la multiplication des suivis peut s'avérer lourd pour la famille.

Ce suivi peut aussi être rendu difficile par ce que les médecins assurant le suivi ne connaissent pas toujours l'objet du rendez-vous fixé et qu'ils n'ont pas eu d'échanges préalables en la matière avec le service des urgences qui a reçu l'enfant. Ils ne peuvent dès lors en assurer le suivi en cas de non présentation à la consultation programmée.

Enfin, concernant les enfants hospitalisés, presque l'ensemble des institutions hospitalières rencontrent des difficultés pour faire en sorte que les enfants « SOS » soient suivis au niveau médical. La dynamique médicale fléchit, de plus, avec le temps lorsque les enfants restent hospitalisés un long moment. Malgré les efforts quotidiens poursuivis par les équipes types « SOS Enfants » et le travail de sensibilisation réalisé, la prise en charge médicale reste plus ou moins bien assurée. Ce constat peut s'expliquer par l'idée que les médecins occultent parfois l'aspect médical de ces prises en charge : « *maintenant, ce qu'on fait ici, il y a beaucoup de non médical* »<sup>165</sup>. Nous remarquons que lorsqu'une structure spécialisée est dédiée à ces enfants, cette prise en charge est systématisée car un intérêt « particulier » est porté à ces enfants. Notre recherche montre que cette logique ne fonctionne que si les enfants victimes de maltraitance sont réunis au sein de ce service.

### La prise en charge médicale au sein des structures SOS

Au niveau médical, pour être agréée, toute équipe SOS Enfants doit notamment être composée d'un généraliste ou d'un pédiatre mais également d'un (pédo)psychiatre. Nous aborderons ici la prise en charge somatique, au niveau pédiatrique.

En pratique, la présence du pédiatre/généraliste reste faible au sein des équipes SOS Enfants. Parmi nos cinq équipes sélectionnées, la présence des pédiatres varie entre 2/10 et 3/10 équivalent temps plein (ETP). Seule une équipe bénéficie de la présence d'un pédiatre à

---

<sup>163</sup> Par exemple, le travail de fin d'études réalisé au CHU Saint-Pierre montre que « seuls 33,3% des enfants se sont présentés en consultation malgré un rappel systématique de tous les patients absents aux rendez-vous fixés ; et malgré le fait, qu'a posteriori il puisse y avoir non seulement des conséquences psychologiques mais aussi médicales graves » (E. VAN RENTERGHEM, *op. cit.*, p. 12).

<sup>164</sup> Entretien avec un pédiatre.

<sup>165</sup> Entretien avec un pédiatre.

hauteur d'un 4/11<sup>ème</sup>. Au regard du nombre d'assistants sociaux et de psychologues présents dans les équipes, ce temps de travail reste très faible. Si certains dénoncent cet état de fait, d'autres mettent en avant le choix réalisé par l'équipe<sup>166</sup>, axant davantage la prise en charge sur d'autres aspects que le médical. Même si cette faible présence du médical a été dénoncée par des intervenants de différentes professions, il reste une certaine ambivalence dans le rapport au médical, peut-être en raison d'une crainte de l'exercice du pouvoir médical dans des équipes médico-psychosociales.

#### La prise en charge en ambulatoire

*« Les situations qui arrivent chez SOS Enfants, qui ne nécessitent pas une hospitalisation, donc qui arrivent en ambulatoire, elles ne sont pas toujours correctement prises en charge sur le plan médical. De mieux en mieux, mais on a encore des situations d'abus sexuels récents qui arrivent et où on n'oublie de les faire voir relativement vite par un gynécologue »<sup>167</sup>.*

Cet extrait nous invite à différencier les situations en ambulatoire et en hospitalisation.

Au niveau ambulatoire, dans une seule équipe, les enfants sont systématiquement examinés par le pédiatre de l'équipe. Au-delà de l'intérêt même d'une prise en charge médicale (MST, contraception...), si celle-ci n'a pas encore été assurée ailleurs, cette façon de procéder présente de nombreux avantages, relayés par l'équipe concernée : l'importance de l'alimentation du diagnostic par le volet médical, les questions somatiques qui peuvent avoir été impactées par la maltraitance sont abordées, l'enfant se confie différemment à un psychologue qu'à un médecin, on met l'accent sur le rapport au corps...

Hormis cette équipe, la majorité des autres équipes fonctionnent de la même manière : les enfants sont vus par le pédiatre à la demande du reste de l'équipe ou dans le cadre d'un bilan/expertise SAJ/SPJ ou d'une expertise à destination du tribunal de la famille et de la jeunesse (d'office ou sur demande), considérant l'apport du volet médical dans la réalisation d'une évaluation pluridisciplinaire.

Reste que dans une équipe, les enfants ne sont quasiment jamais vus par le pédiatre.

Aucun pédiatre ne réalise les examens gynécologiques sur les filles pubères. Il peut, si nécessaire, faire appel à un gynécologue extérieur pour la réalisation d'un tel examen. Il n'est alors pas toujours possible de vérifier si ce rendez-vous gynécologique a eu lieu ou non, et donc de savoir si le relais gynécologique a été assuré. La globalité de la prise en charge médicale est ainsi plus aisément remplie pour les enfants en bas âge, où le pédiatre de l'équipe peut réaliser l'examen lui-même.

Si les pédiatres voient peu les enfants en consultation, ils jouent davantage un rôle de plaque-tournante entre les intervenants médicaux devant être sollicités. Ils sont des personnes ressources si des questions médicales se posent puisqu'ils connaissent le réseau.

---

<sup>166</sup> « Il y a beaucoup de psy dans les situations parce que les situations amènent beaucoup de psy » (propos tenus par un psychologue d'une équipe SOS Enfants).

<sup>167</sup> Entretien avec un intervenant d'une équipe SOS Enfants.

Vu notamment leur faible temps de travail au sein de l'équipe, ils ne sont pas équipés pour réaliser les suivis médicaux des enfants. Notons que cette question du suivi se pose moins en matière d'abus sexuel que pour d'autres formes de maltraitance, mis à part l'éventuel suivi sérologique à accorder à l'enfant.

Nous pouvons constater que cette faible présence des pédiatres est encore plus marquée lorsque le travail réalisé avec l'enfant se joue au niveau thérapeutique. Dans cette phase de prise en charge, pourtant importante dans certaines équipes, le caractère pluridisciplinaire du travail de SOS Enfants est plus faible. En effet, la question médicale est souvent balayée d'entrée de jeu, hormis les situations où le recours au médical se fait flagrant. Or l'apport du médical reste important.

Pour toutes les structures où le médecin ne rencontre pas (toujours) les enfants, les temps de réunion d'équipe sont capitaux pour assurer l'effectivité du volet médical dans la prise en charge par l'équipe SOS Enfants. Pour ce faire, il faut cependant que les intervenants psycho-sociaux des équipes leur indiquent une problématique médicale (est-ce leur rôle ?). En matière sexuelle, là où il est difficile de poser un diagnostic, cette tâche peut être rendue difficile. En effet, notre analyse de dossiers a montré que, même à l'issue de la prise en charge de la situation, il n'était pas toujours aisé de savoir de quel type de maltraitance sexuelle l'enfant avait été victime.

Les médecins des équipes peuvent jouer un rôle dans le développement de ce « réflexe médical » en sensibilisant ses collègues à cette dimension. Nous avons défini ce concept comme « l'attention portée par les intervenants à la dimension médicale lors de la prise en charge d'une situation, et ce dès son signalement ». Toutes les intervenants ne semblent pas sensibilisés de la même manière à cet aspect.

Prenons un exemple pour illustrer cette idée. Lors du signalement, nous avons pu observer que toutes les équipes ne possèdent pas le même réflexe qui consiste à s'interroger sur le fait de savoir si une prise en charge médicale a été assurée à un enfant, en cas de nécessité. Dans d'autres équipes, la question médicale est systématiquement posée. Mais, même là, ces réflexes médicaux ont parfois du mal à se concrétiser. L'impossibilité de s'assurer de l'effectivité de ce suivi médical est renforcée par le fait que cette prise en charge se joue à l'extérieur de la structure SOS Enfants.

En outre, les cas de maltraitances chroniques ou multifactorielles (l'abus, c'est « la cerise sur le gâteau ») semblent davantage souffrir d'une absence d'attention médicale lors de la prise en charge.

En gros, malgré le fait que les intervenants se disent davantage sensibilisés à la question médicale, en développant notamment, plus qu'avant, le réflexe de recourir à un examen gynécologique si nécessaire, ce réflexe reste quelque peu fluctuant. En outre, certains se montrent toujours frileux à procéder à un tel examen, arguant son caractère invasif.

#### Prise en charge médicale en cas d'hospitalisation SOS Enfants

- Situation amenée directement comme relevant de SOS Enfants :

La gestion médicale des enfants hospitalisés avec un cadre SOS Enfants (intra-hospitalière), ou via un service équivalent, varie en fonction des lieux rencontrés.

Par exemple, pour un service, peu importe la porte d'entrée de l'enfant en hospitalisation, un examen médical général est de toute façon réalisé au sein du service des urgences avant même que l'enfant ne monte en salle. L'enfant est, ensuite, pris en charge par les médecins de salle. Dans cette même structure, la réorganisation engagée par la structure hospitalière et l'équipe SOS Enfants a permis une prise en charge médicale<sup>168</sup> plus systématique qu'auparavant. Ces modifications sont nées du constat que ces enfants pouvaient être délaissés, ne présentant pas toujours la nécessité d'une prise en charge somatique de manière évidente.

Une autre structure hospitalière bénéficie d'une prise en charge efficace grâce à la création d'une cellule médico-psychosociale assurant l'effectivité du pan médical avec notamment la réalisation systématique d'un examen médical auprès de tous les enfants lors de leur arrivée en salle d'hospitalisation. Cette prise en charge est facilitée par le rassemblement des enfants dans une même « sous-unité ».

Cette prise en charge reste compliquée dans les hôpitaux où un service médico-psychosocial existe mais ne bénéficie pas d'un endroit spécifique de travail ; les acteurs travaillent de manière indépendante, les lits recevant l'enfant en hospitalisation étant, en outre, éparpillés.

- Situation d'un enfant hospitalisé avec l'étiquette « SOS Enfants » :

Nous renvoyons sur ce thème au point suivant.

Nous voudrions clôturer cette partie par une schématisation concernant ce « réflexe médical » et la prise en charge s'en suivant, en fonction des différentes portes d'entrées possibles. De manière générale, le réflexe médical est assuré lorsque l'enfant passe aux urgences. Il est déjà moins prégnant si l'enfant est hospitalisé de manière programmée. Il l'est encore moins dans un suivi/évaluation ambulatoire, même pour les équipes SOS Enfants intra-hospitalières, surtout si la maltraitance sexuelle s'ajoute à d'autres formes de maltraitements ou de difficultés psychosociales rencontrées par la famille.

#### [La prise en charge médicale via les consultations et l'hospitalisation somatique](#)

Lors de la réalisation du premier volet de notre recherche, nombreux sont les services hospitaliers qui n'ont répondu au questionnaire fourni que sur base de l'activité du service des urgences de leur hôpital. Or ce service est loin de constituer la seule porte d'entrée hospitalière possible pour ces situations de maltraitance.

Afin de compléter cette information, nous nous sommes penchées, d'une part, sur les consultations (pédiatriques, gynécologiques, pédopsychiatriques) au sein des structures hospitalières et sur les enfants hospitalisés pour raisons somatiques, d'autre part. Notons tout de même que cette partie de l'étude ne vise pas l'exhaustivité, mais permet plutôt une illustration de cette prise en charge.

---

<sup>168</sup> Un assistant en médecine prend en charge les enfants SOS une semaine, les enfants « somatiques » l'autre.

### L'arrivée d'enfants par les consultations

Peu d'enfants arriveraient par le biais des consultations, indépendamment de la spécialité concernée. Les spécialités essentiellement concernées sont la pédiatrie, la psychiatrie ainsi que la gynécologie. Les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un de ces spécialistes sont souvent (trop) longs. Les gens n'ont pas le temps d'attendre, à la suite d'un dévoilement, et passent souvent directement par les urgences. Ajoutons à cela, concernant la consultation gynécologique, que vu l'âge de l'enfant considéré dans notre projet, peu d'enfants arrivent par ce biais-là, hormis les situations où une mère y présente le cas « inquiétant » de son enfant.

Le réflexe du médecin de consultation exposé à une telle situation reste l'envoi vers un pédiatre spécialisé (d'une équipe SOS Enfants, par exemple) ou vers les urgences de l'hôpital, un peu comme si elles possédaient « une baguette magique<sup>169</sup> » pour dépister ces situations.

### Les situations révélées en cours d'hospitalisations somatiques

Le nombre d'enfants arrivés par l'hospitalisation « somatique » semble, toute institution confondue, plus important que via les consultations. Les enfants parlent quand leur entourage n'est pas présent. L'hôpital constitue, de plus, un lieu d'observation des comportements de l'enfant qui peuvent être relayés par l'ensemble du corps médical, mais seulement s'il est formé à un tel dépistage.

Dans ces cas, les relais se font généralement vers la cellule médico-psychosociale de l'institution, que celle-ci soit directement présente en salle d'hospitalisation ou logée plus à l'écart dans la structure hospitalière. Un service de ce type existe dans l'ensemble des hôpitaux que nous avons pu visiter, ce qui facilite, théoriquement, ce type de relais. Ces acteurs sont généralement connus par le corps médical, en raison d'un travail de sensibilisation et d'une présence, parfois permanente, dans les salles d'hospitalisation.

En pratique, malgré la présence d'une cellule spécifique, le relais ne se fait cependant pas toujours de manière évidente pour diverses raisons que nous proposons d'aborder en conclusion de ce point.

### Conclusions intermédiaires : Perte du sens médical et méconnaissance des situations de maltraitance

Nous voudrions finalement insister sur différents points qui peuvent entraver cette prise en charge, parfois « idéale », livrée par les acteurs lors d'entretiens.

#### *- Le manque de connaissance persiste*

Malgré de nombreuses formations dispensées au corps médical de ces structures hospitalières et un travail continu réalisé par les équipes pluridisciplinaires spécialisées, les hôpitaux restent parfois peu sensibilisés et formés à affronter de telles situations.

---

<sup>169</sup> Terme utilisé par un pédiatre rencontré.

L'inévitable turn-over des assistants en médecine pourrait expliquer en partie ce constat. Il reste aussi que tous les médecins ne sont pas formés (médecins traitants mais également des médecins de l'hôpital) et ne sollicitent pas forcément les (bons) relais même si ceux-ci existent.

En outre, lorsqu'ils ne sont pas seuls aux urgences, ces assistants en médecine ne prennent généralement pas en charge ces situations, qui sont réservées à un personnel expérimenté : « *c'est un cercle vicieux. Parce que des cas comme ça, comme c'est difficile, très souvent, les infirmiers le donnent au superviseur, directement. Et parce qu'on sait que ça va prendre beaucoup de temps. Et que si c'est un assistant qui le prend, ça prend encore plus de temps* »<sup>170</sup>. Ceci pose d'autant plus question qu'un pédiatre rencontré souligne le caractère théorique des formations dispensées, argumentant que seule la pratique de terrain permet de réellement se former à ce type de prise en charge.

D'autres hypothèses peuvent aussi être avancées.

- « *Il y a quelque chose dans la culture médicale qui fait qu'un enfant maltraité, ce n'est pas un enfant malade* »<sup>171</sup> (*une médecine pas noble*)

Différents médecins considèrent que la maltraitance ne relève pas de la sphère médicale.

Pourtant, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la maltraitance comme « toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé des enfants, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir »<sup>172</sup>. Pour l'OMS, la santé n'est pas que médicale, elle est aussi psychosociale.

- *Les affects liés au phénomène de la maltraitance sexuelle*

Les affects liés au dévoilement de l'abus sexuel peuvent faire perdre au médecin ses réflexes médicaux. En effet, « la méconnaissance persistante, de la part de certains parents et de certains professionnels, de la richesse de la sexualité infantile et de ses fantasmes entraîne troubles, gêne, confusion et interprétations de toutes sortes »<sup>173</sup>. De ce fait, certaines prises en charge médicale ne sont, par exemple, pas complètes, malgré un protocole très détaillé en la matière (l'ensemble du traitement préconisé dans le protocole n'est pas prescrit...).

Autre exemple, des intervenants se montrent réticents à entamer certains pans de la prise en charge médicale suite à des faits de maltraitance sexuelle comme la réalisation d'un examen gynécologique, parce que trop intrusif et traumatisant pour l'enfant et ne donnant pas assez de résultats. Or, il a été démontré que, « suite aux actes subis, l'enfant vit souvent avec la peur que son corps ait été 'abimé' par l'abus sexuel. Certaines filles se demandent

---

<sup>170</sup> Entretien avec un pédiatre d'un service d'urgences pédiatriques.

<sup>171</sup> Propos tenus par un pédiatre rencontré.

<sup>172</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données*, Suisse, 2006, p. 10.

<sup>173</sup> H. ROMANO, « Suspicion d'abus sexuel chez les enfants de moins de quatre ans. A propos des fausses allégations », in *Le Journal des psychologues*, juin 2006, n°238, p. 41.

par exemple si elles pourront quand même avoir des enfants plus tard. Une visite médicale peut donc être utile et rassurante ! »<sup>174</sup>.

- *Une forme de maltraitance moins visible : « L’abus, c’est rarement visible en urgence ou alors c’est un viol »*<sup>175</sup>

La nécessité d’une prise en charge médicale en matière de maltraitance sexuelle, souvent peu associée à une violence physique, peut se montrer moins visible et flagrante<sup>176</sup> que certains autres types de maltraitance, comme la maltraitance physique ou certaines formes de négligence, par exemple. En effet, « la grande majorité des abus sexuels ne créent ou ne laissent aucun signe caractéristique identifiable par les examens médicaux, même très spécialisés. De nombreuses études situent à environ 15% le nombre d’examens procurant une information médicale significative. Mais, si l’examen médical n’est pas un outil de dépistage, il peut être, et il faut y insister, un moyen de diagnostic ou même de preuve formelle dans certains cas »<sup>177</sup>.

- *Un volet médical qui passe à la trappe quand les faits datent et qu’ils apparaissent comme « moins graves »... : « Avec la maltraitance, la notion d’urgence médicale passe au second plan »*<sup>178</sup>.

Prenons l’exemple d’un cas reçu dans un service des urgences où un SAS n’a pas été requis dans le cadre des poursuites pénales. Dès lors, aucune prise en charge médicale n’a été réalisée. Derrière ce constat, il y avait peut-être le sentiment pour le corps médical que la situation était moins « grave » au niveau médical parce qu’aucun réquisitoire n’avait été émis par le parquet.

---

<sup>174</sup> Paroles d’Enfants, *L’abus sexuel à l’encontre des enfants. Petit dictionnaire des idées reçues*, Liège, URL : [http://www.parole.be/\\_docs/pdfs/dico\\_idees\\_recues.pdf](http://www.parole.be/_docs/pdfs/dico_idees_recues.pdf), consulté le 24/10/14.

<sup>175</sup> Propos tenus par un intervenant d’une équipe SOS Enfants.

<sup>176</sup> Au même titre que la maltraitance psychologique.

<sup>177</sup> M. GERARD, *Guide pour prévenir la maltraitance*, Fédération Wallonie-Bruxelles, Temps d’arrêt, Bruxelles, 2014, p. 26.

<sup>178</sup> Entretien avec le pédiatre d’une équipe SOS Enfants.

## Au niveau psychosocial

Nous envisagerons dans ce point le volet psychosocial de la prise en charge chez les acteurs rencontrés. Pour ce faire, nous aborderons, tout d'abord, le travail des équipes SOS Enfants. La prise en charge psychosociale au sein des sphères hospitalières, que cela soit aux urgences ou en salle d'hospitalisation, sera envisagée par la suite.

### Le travail d'une équipe SOS Enfants

Nous avons décidé d'aborder dans ce point spécifiquement dédié à la prise en charge psychosociale, le travail réalisé par les équipes pluridisciplinaires SOS Enfants. En effet, c'est souvent, ce pan de la prise en charge que les équipes investissent le plus<sup>179</sup>. Nous abordons tout de même les différents aspects du travail des équipes à travers les autres chapitres.

Rappelons que, pour être agréées, les équipes doivent être composées d'un docteur en médecine générale ou spécialisé en pédiatrie, d'un docteur en médecine spécialisé en pédopsychiatrie ou un docteur en médecine spécialisé en psychiatrie de l'adulte, d'un licencié en droit, d'un assistant social, d'un licencié en psychologie clinique, d'un secrétaire administratif et d'un coordinateur.

Le décret stipule également que « la composition pluridisciplinaire de l'équipe doit garantir une approche médicale, psychiatrique, psychologique, sociale et juridique de toute situation »<sup>180</sup>.

Les missions de SOS Enfants sont détaillées dans les articles 9 et 10 du décret maltraitance.

« Les équipes SOS Enfants ont pour missions :

1° d'assurer la prévention individuelle et le traitement des situations de maltraitance d'initiative ou lorsque l'intervention est sollicitée par toute personne, institution ou service ou lorsque l'intervention est demandée par le conseiller de l'aide à la jeunesse en référence à l'article 36, §3, du décret du 4 mars 1991 ou par le directeur en application d'une décision judiciaire en vertu de l'article 38 du décret du 4 mars 1991 relatif à l'aide à la jeunesse ;

2° d'établir un bilan pluridisciplinaire de la situation de l'enfant et de sa situation dans son milieu familial de vie ;

3° de veiller à apporter une aide appropriée à l'enfant victime ou en situation de risque de maltraitance ; pour ce faire les équipes apportent une aide à son milieu familial de vie, en créant si nécessaire des synergies avec le réseau socio-médico-psychologique, sauf si cela porte atteinte à l'intérêt de l'enfant ;

---

<sup>179</sup> La dimension juridique est présente dans les équipes via la présence d'un juriste en réunion d'équipe, seul réel moment de présence de cet intervenant, en raison d'un faible temps de travail (de 0,1 ETP à 0,5 ETP (que dans une équipe)). Certains services permettent la tenue de consultations juridiques, en cas de nécessité pour une famille. Pour la question médicale, nous renvoyons le lecteur vers le point spécifiquement dédié à cette question.

<sup>180</sup> Article 11 du décret du Ministère de la Communauté française du 12 mai 2004 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance, *M.B.*, 14/06/2004. Ci-après dénommé « décret maltraitance » dans le texte.

4° d'établir toute collaboration utile, et plus particulièrement avec les travailleurs médico-sociaux de l'Office, les conseillers et les directeurs ;

5° d'apporter leur collaboration à l'Office, aux services du Gouvernement de la Communauté française et aux CAAJ pour l'organisation de campagnes de prévention et d'information et pour la formation des intervenants professionnels en matière de maltraitance d'enfants ;

6° de faire progresser les connaissances scientifiques par des publications, conférences, formations, journées d'études à destination des intervenants. Le Gouvernement approuve les modalités de collaboration visées aux 1° et 4° »<sup>181</sup>.

L'article 10 du décret mentionne qu'une équipe SOS Enfants peut entreprendre, à titre complémentaire, des mesures en vue d'assurer une aide préventive aux futurs parents dont le milieu ou le comportement engendre un risque de maltraitance pour l'enfant à naître par le développement d'actions en réseau, ainsi que la prise en charge thérapeutique de mineurs d'âge auteurs d'infractions à caractère sexuel.

#### Les signalements<sup>182</sup>

Attardons nous d'abord sur les signaleurs des équipes SOS Enfants. Sous réserve des biais statistiques que pose « Thopas<sup>183</sup> », système de récolte de données statistiques pour les équipes SOS Enfants, des constats intéressants peuvent être dressés concernant l'orientation du travail des équipes SOS Enfants.

Les signaleurs professionnels<sup>184</sup> représentent entre la moitié et deux tiers des signalements réalisés auprès des équipes sélectionnés. Ce chiffre semble plus important dans les équipes effectuant davantage un travail de diagnostic, dans un cadre hospitalier.

Le réseau scolaire<sup>185</sup> et le service de l'aide à la jeunesse constituent deux signaleurs majeurs auprès de ces équipes, c'est-à-dire qu'ils représentent plus de 10% des signalements émanant de professionnels.

Les signalements provenant du SAJ ne sont inférieurs à 10% que dans une des cinq équipes rencontrées. Ceci pourrait s'expliquer notamment par le type de situations (situations urgentes, nécessitant une protection immédiate de l'enfant, par exemple) auxquelles l'équipe est soumise, ce qui l'orienterait peut-être davantage directement vers un travail en collaboration avec les autorités judiciaires.

Dans plusieurs équipes, ces deux signaleurs majoritaires sont en augmentation.

---

<sup>181</sup> Article 9 du décret maltraitance.

<sup>182</sup> Il s'agit de l'« acte de communication au cours duquel une personne professionnelle ou non formule une demande, signale une inquiétude, un acte ou un risque de maltraitance (avéré ou non) auprès d'une équipe SOS Enfants » (Office de la Naissance et de l'Enfance, *Rapports d'activités 2013, op. cit.*, p. 50).

<sup>183</sup> Une pratique d'encodage différente en fonction des équipes peut, par exemple, entraîner des biais pour cette question.

<sup>184</sup> Les signalements amenés par des non-professionnels émanent plus d'une fois sur deux de mères.

<sup>185</sup> Certains PMS passent par le SAJ, d'autres contactent directement SOS. Cela dépend, selon le SAJ, de la connaissance et des collaborations au sein du réseau.

Mis à part une équipe SOS Enfants intrahospitalière, qui reste davantage soumise aux sollicitations externes, l'hôpital est le premier ou le deuxième signaleur des situations de maltraitance aux équipes SOS Enfants intrahospitalières. Pour les équipes extrahospitalières, les signalements provenant des hôpitaux restent très faibles (autour des 5%). Pour approfondir cette question, nous vous invitons à lire la section relative à la prise en charge psychosociale dans les structures hospitalières.

Comme nous le verrons, certaines équipes SOS Enfants intrahospitalières sont particulièrement sollicitées par différents SAJ et le réseau hospitalier local qui ne disposent pas de l'équipement nécessaire pour réaliser des bilans en milieu hospitalier<sup>186</sup>. Ces sollicitations entraînent une difficulté à réaliser certains diagnostics de maltraitance en raison d'une surcharge du service, même quand la nécessité d'un placement ainsi que la réalisation d'un bilan en intrahospitalier se justifient.

Les signalements émanant du réseau d'aide psychologique et du service de protection judiciaire dépassent très rarement les 10%.

#### Le cas particulier des signalements par le SAJ

Pour rappel, nous tenions dans cette recherche à répondre à une question qui n'avait pu être détaillée dans le premier volet de recherche : savoir si, et dans quelles proportions, les situations de maltraitance sexuelle dont avait connaissance le SAJ étaient transférées à une équipe SOS Enfants, ou à un service équivalent.

Un protocole de collaboration entre les équipes SOS Enfants et les conseillers de l'aide à la jeunesse, d'une part, et les directeurs de l'aide à la jeunesse, d'autre part, a été élaboré en 2008<sup>187</sup> en vue d'une meilleure prise en charge des enfants maltraités.

En gros, le protocole prévoit les collaborations SOS – SAJ suivantes:

1. SOS Enfants fait appel au conseiller : en vue de la formalisation d'un programme d'aide visant à une coordination, un cadre, pour une prise en charge, ou encore, pour la mise en place d'une protection autour de l'enfant.
2. Le conseiller fait appel à SOS Enfants : dans le cadre de l'application de l'article 36 §2 1° (renvoi et le SAJ classe ; c'est une orientation) et de l'article 36 §3 du décret du 4 mars 1991 (bilan, prise en charge thérapeutique ou demande d'accompagnement d'une famille)<sup>188</sup>.

---

<sup>186</sup> Pour ne pas recourir à un transfert, ces hôpitaux peuvent également solliciter une équipe SOS Enfants extrahospitalière qui vient alors réaliser un bilan psychosocial dans la structure hospitalière. L'hôpital, quant à lui, prend en charge le bilan médical.

<sup>187</sup> Attention, des équipes comme la Cellule Maltraitance du CHR de la Citadelle ne sont pas concernées par un tel protocole. Pour aller plus loin, voyez [http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?eID=tx\\_nawsecuredI&u=0&g=0&hash=2eaa005b7c576b82b352d3a286c4b04694cf6caf&file=fileadmin/sites/ajss/upload/ajss\\_super\\_editor/DGAJ/Documents/Protocoles/protocole\\_SOS\\_Enfants-DGAJ.pdf](http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecuredI&u=0&g=0&hash=2eaa005b7c576b82b352d3a286c4b04694cf6caf&file=fileadmin/sites/ajss/upload/ajss_super_editor/DGAJ/Documents/Protocoles/protocole_SOS_Enfants-DGAJ.pdf)

<sup>188</sup> Il faut également tenir compte de différentes situations reprises dans le protocole : l'équipe est sollicitée alors qu'un dossier est déjà ouvert au SAJ, le SAJ clôture en réorientant vers SOS Enfants...

Pratiquement, il est ressorti de notre recherche que, mis à part pour certaines situations d'allégations (peu inquiétantes selon le SAJ), presque l'ensemble des situations de suspicions d'abus sexuels ou d'abus avérés (afin de mesurer les conséquences de l'acte de maltraitance sur l'enfant) font l'objet d'un signalement à l'équipe SOS Enfants de la région, par le SAJ. Ceci, en raison de la spécificité de cette maltraitance qui nécessite l'intervention d'un service bénéficiant d'une expertise particulière.

Quand plusieurs équipes SOS Enfants occupent un même territoire, un choix doit être réalisé par le SAJ lorsqu'il signale une situation. Celui-ci s'opère selon différents critères : la nécessité d'une hospitalisation de l'enfant, une meilleure collaboration avec certaines équipes, la question géographique (en fonction du domicile de la famille, par exemple) ou encore les projets particuliers développés par chaque équipe.

Lorsqu'il demande l'intervention d'une équipe SOS Enfants, le SAJ obtient une prise en charge dans un timing raisonnable, même s'il conçoit que cela puisse être trop long pour les personnes concernées, et au premier plan, pour l'enfant. Bien que recevant beaucoup de demandes de bilans provenant du SAJ, les équipes SOS Enfants tiennent compte de l'état d'urgence dans lequel se situe l'enfant pour entamer cette prise en charge. La question des délais est cependant à relativiser pour une région bénéficiant d'une moins bonne « couverture ». La liste d'attente pouvant être plus longue, le SAJ concerné pourra se tourner vers d'autres services que l'équipe SOS Enfants, tels que les centres de guidance, les thérapeutes privés... Pourtant, si ces services sont formés pour le suivi de familles, ils le sont peut-être moins pour réaliser cette mission de diagnostic, propre aux équipes SOS Enfants.

Depuis la signature de ce protocole, les équipes SOS Enfants ont reçu un budget supplémentaire<sup>189</sup> afin de renforcer chaque équipe dans sa mission de diagnostic de maltraitance. De ce fait, les équipes sont de plus en plus sollicitées pour cette mission. Ceci se traduit notamment dans les statistiques de signalements. Certaines équipes, et parmi elles, celles peut-être moins familiarisées au travail de bilan, dénoncent cette demande massive parlant parfois de leur service comme d'une « usine à bilans »<sup>190</sup>.

Finalement, il est intéressant de reprendre les statistiques étudiant le rapport entre le type de signaleur professionnel et la maltraitance signalée, là où l'information est disponible. Globalement, les signaleurs majoritaires en matière de maltraitance sexuelle sont les mêmes que pour l'ensemble des maltraitements, avec une présence légèrement plus faible du signaleur « hôpital » dans certaines équipes. Notons aussi une surreprésentation du service de protection judiciaire, du parquet et du tribunal de la famille et de la jeunesse dans les faits de maltraitance sexuelle. Comme nous le verrons, une hypothèse peut être émise à ce propos : les acteurs rencontrés paraissent plus fébriles quant à maintenir la philosophie de déjudiciarisation en matière de maltraitance sexuelle par rapport à d'autres types de maltraitements.

---

<sup>189</sup> Arrêté du Gouvernement de la Communauté française portant approbation de l'avenant n°4 au Contrat de gestion de l'ONE 2008-2012, M.B. 24/09/2009.

<sup>190</sup> Propos tenus par un psychologue du service lors d'une réunion d'équipe.

## Le cœur de leur travail

*« Les logiques d'action sont définies par les devoirs et les finalités que nous impose notre fonction dans le cadre d'un service dont les missions sont définies. Parmi ces missions, les travailleurs établissent des choix institutionnels »<sup>191</sup>.*

Les équipes interviennent théoriquement en trois temps :

### 1. L'analyse de la demande

Les équipes SOS Enfants interviennent soit d'initiative, soit à la demande d'un service ou d'un particulier ayant constaté ou suspecté une maltraitance chez un enfant. Elles interviennent également à la demande de l'enfant lui-même. Dans un premier temps, les équipes SOS Enfants apportent un soutien au signaleur.

### 2. L'évaluation et le diagnostic

Sur base de cette première analyse, l'équipe SOS Enfants réalise une évaluation clinique de la situation de maltraitance vécue par l'enfant et sa famille. Ce travail de diagnostic s'effectue grâce à différentes rencontres avec l'enfant, ses parents ou ceux qui en ont pris la responsabilité, mais est aussi permis par une prise de contact avec les professionnels (centres PMS, médecins traitants,...) concernés ou avec l'entourage familial de l'enfant. Ces avis permettent de regrouper les différents regards portés sur la famille ainsi que sur ses ressources. La récolte de ces informations offre une vision globale du problème, au plus près de la réalité.

### 3. Le projet thérapeutique

Lorsque cette évaluation est clôturée, l'équipe décide, de manière pluridisciplinaire « d'une orientation quant à l'ensemble des dispositifs à mettre en œuvre pour assurer la protection de l'enfant et lui apporter une aide appropriée. Ce traitement relève parfois de la psychothérapie, mais, le plus souvent, d'un travail médico-psychosocial avec la famille (dans les locaux de l'équipe ou au domicile des familles). L'équipe peut assurer une prise en charge partielle ou totale de la situation en coordonnant elle-même le travail. Mais l'équipe peut tout aussi bien en référer à d'autres services tels que les autorités judiciaires, les CPMS, le SAJ, les hôpitaux, les équipes travaillant en milieu ouvert, les centres de santé mentale, ... qui correspondent parfois mieux aux types d'aide nécessaires dans la situation »<sup>192</sup>.

Bien que possédant un cadre de travail commun, les équipes peuvent envisager leurs missions de manière assez différente.

De manière très schématique, certaines se positionnent davantage dans un travail d'évaluation<sup>193</sup>, considérant que les équipes SOS Enfants constituent les seuls services à

---

<sup>191</sup> B. HOUDMONT, M. MINET, « Le travail en réseau : différences et divergences » ou « Comment ce carrefour peut-il devenir grain de sable ou support à la créativité ? », in DIREM, 54/2003, p. 8.

<sup>192</sup> Office de la Naissance et de l'Enfance, *Brochure : Les équipes SOS Enfants. A l'attention des professionnels*, Bruxelles, URL : [http://www.one.be/fileadmin/user\\_upload/professionnels/SOS/DOCBR0055 - SOS Enfants - Brochure Professionnels 2014.pdf](http://www.one.be/fileadmin/user_upload/professionnels/SOS/DOCBR0055 - SOS Enfants - Brochure Professionnels 2014.pdf), consulté le 20/01/15, pp. 13-14.

<sup>193</sup> Il représente parfois 2/3, voire 3/4 de son travail.

détenir une telle expertise. Pour d'autres équipes, malgré une analyse systématique de la demande (le suivi et l'évaluation se confondent parfois dans la prise en charge), l'essentiel du travail réalisé reste un travail thérapeutique. Le travail de diagnostic s'élabore alors surtout à partir des demandes de bilan/expertise du SAJ/SPJ/TJ.

Malgré une même dénomination, chaque équipe SOS Enfants est dès lors identifiée et sollicitée différemment par le réseau, en fonction de son orientation « évaluation » ou « suivi thérapeutique ».

Cependant, même au sein des équipes qui réalisent davantage un travail d'évaluation<sup>194</sup>, des suivis thérapeutiques ont lieu<sup>195</sup>. Mais pour les équipes se trouvant davantage dans une dynamique d'évaluation, la question peut se poser de savoir comment « sélectionner » les situations nécessitant un suivi thérapeutique ? Ces suivis se réalisent généralement au sein de l'équipe lorsque celle-ci estime qu'il serait dommageable pour une famille, qui a eu du mal à faire confiance et se confier, que le suivi se réalise dans un autre service.

Les équipes reconnaissent, en outre, l'intérêt de ce travail thérapeutique, qui doit malheureusement, de plus en plus, laisser sa place à des situations de crise et d'urgence, priorités pour ces équipes. En outre, elles sont parfois dans l'obligation d'entamer un travail thérapeutique en attendant des disponibilités dans le service demandé. Les relais en la matière sont, en effet, de plus en plus difficile à trouver dans des secteurs de la santé mentale et de l'aide à la jeunesse débordés.

Au-delà de l'intérêt d'un tel suivi pour la famille, ce travail thérapeutique permet aussi d'évaluer les effets du diagnostic et des mesures éventuellement mises en place. Ces suivis sont aussi instructifs pour les équipes elles-mêmes. Ils donnent aussi l'occasion aux intervenants de ne pas travailler toujours dans le même registre d'intervention ; le travail de diagnostic pouvant, notamment, mener plus rapidement à une forme d'épuisement professionnel.

Enfin, rappelons que le type de travail réalisé par les équipes SOS Enfants dépend forcément de leur caractère intrahospitalier ou extrahospitalier ; les équipes intrahospitalières restant plus soumises à la crise et à l'urgence vu leur implantation.

### La prise en charge psychosociale aux urgences

Hormis la présence d'un éducateur, en journée, dans une seule des structures rencontrées, il n'y a pas d'intervenant psychosocial directement présent pour assurer la prise en charge de l'enfant victime de maltraitance aux urgences.

Cependant, quasiment l'ensemble des services d'urgences pédiatriques<sup>196</sup> rencontrés peuvent faire appel à un intervenant afin d'assurer, au plus vite, une première intervention

---

<sup>194</sup> Le travail de diagnostic peut cependant déjà comprendre une dynamique thérapeutique pour l'enfant et/ou sa famille.

<sup>195</sup> Voyez à ce sujet l'article 17 du Code de déontologie psychologique qui met en exergue l'incompatibilité des missions d'expert et de traitant.

<sup>196</sup> Il existe une structure où il n'y a pas de service spécifique. C'est le psychologue de salle ou de consultation qui se déplace aux urgences, si celui-ci est disponible.

de type psychosocial auprès de l'enfant victime. Ce type de situation est, en effet, presque systématiquement, relayé vers ces services. Ceci est renforcé par l'idée, pour le corps médical, que ces situations nécessitent et sollicitent davantage une intervention psychosociale que médicale.

#### En journée, et en semaine

Pour les hôpitaux disposant d'une équipe SOS Enfants, celle-ci se déplace aux urgences afin de rencontrer l'enfant (et sa famille). Ce moment constitue une occasion pour réaliser une anamnèse plus détaillée de la situation, en compagnie du pédiatre ayant reçu l'enfant aux urgences. Si une prise en charge ne peut être assurée directement, les équipes tentent au moins d'établir un premier contact et de fixer un rendez-vous avec l'enfant (et sa famille), si nécessaire. Une absence de prise en charge par l'équipe ou le renvoi vers un autre service peut également être décidé, après cette première analyse.

La sollicitation d'une telle équipe au service des urgences permet aussi de débattre ensemble de l'opportunité ou non d'une prise en charge via l'hospitalisation de l'enfant.

Certaines équipes SOS Enfants insistent cependant pour que la sollicitation par le service des urgences pédiatriques ne soit pas trop systématiquement ou trop rapidement réalisée, dédouanant alors l'équipe médicale de sa mission première. L'orientation vers une équipe SOS Enfants doit constituer une des options envisagées au niveau du diagnostic différentiel établi aux urgences. Pour ce faire, le corps médical devra préalablement rencontrer l'enfant, faire une anamnèse médicale et sociale détaillée et réaliser un examen physique complet.

Les hôpitaux de notre recherche ne disposant pas d'une équipe SOS Enfants au sein de leur structure, ont généralement à leur disposition un service spécialisé intrahospitalier qui pourra réaliser un travail équivalent. Le fait que ce type de service agisse souvent via l'hospitalisation de l'enfant, et que l'équipe SOS Enfants travaille en extrahospitalier<sup>197</sup>, font que les deux types de services ne se retrouvent pas dans les mêmes registres d'intervention<sup>198</sup>. Cependant, même si une prise en charge en ambulatoire, type SOS Enfants, est directement envisagée, c'est souvent d'abord le service psychosocial hospitalier qui est contacté par les urgences, indépendamment du fait qu'il ne travaille pas en ambulatoire habituellement.

Il reste exceptionnel que les hôpitaux ne disposant pas d'une antenne SOS Enfants envoient directement vers une des équipes SOS Enfants extrahospitalières<sup>199</sup>. Le relais vers SOS aura davantage lieu dans le cadre d'un suivi, après une éventuelle hospitalisation de l'enfant. De

---

<sup>197</sup> Notons qu'une des équipes SOS Enfants rencontrée est parfois amenée à réaliser un bilan dans une structure hospitalière de la région (exclue de notre échantillon) non équipée pour réaliser un tel travail. Dans ce cas, l'hôpital assure la partie médicale du bilan.

<sup>198</sup> Ces services peuvent être vus comme complémentaires puisqu'ils travaillent justement dans des temporalités différentes...

<sup>199</sup> L'intervention de l'équipe SOS Enfants de la région peut s'expliquer pour différents motifs : des situations complexes qui nécessitent une prise en charge plus globale, le travail de SOS permet une souplesse plus importante, l'équipe est davantage spécialisée dans les questions de maltraitance, possède une équipe pluridisciplinaire pour travailler... Le critère financier semble aussi déterminant.

plus, en raison du temps que nécessite le transfert vers une équipe (vu sa charge de travail aux yeux de l'hôpital, le sentiment d'une équipe qui met beaucoup de temps à se positionner lorsqu'une demande d'intervention est formulée...) un tel renvoi à partir des urgences ne pourra se réaliser que si la situation ne nécessite pas une prise en charge rapide.

Enfin, pour qu'un tel relais soit effectué, le service des urgences doit être sensibilisé à l'existence de ces équipes, ce qui ne semble pas toujours être le cas<sup>200</sup>.

En outre, certaines orientations conseillées par la structure hospitalière n'arrivent jamais à l'équipe SOS Enfants. Peut-être parce que celle-ci a juste été conseillée à la famille et que l'intervenant ne s'est pas clairement assuré de l'effectivité de ce relais, en contactant, par exemple, l'équipe SOS Enfants de lui-même.

Si nous relient la question du signalement à celle d'une intervention médicale, des intervenants d'une équipe SOS Enfants extrahospitalière mettent en avant une temporalité de prise en charge particulièrement intéressante, impliquant un acteur supplémentaire dans le processus. Les enfants sont souvent d'abord pris en charge au sein d'une structure hospitalière qui signalera la situation au SAJ (ou au parquet). La situation arriverait chez SOS Enfants par le biais du SAJ, donc bien après l'intervention de la sphère hospitalière. Ceci pourrait expliquer, en partie, le faible pourcentage de signalements aux équipes SOS Enfants provenant des hôpitaux.

#### La nuit et le weekend<sup>201</sup>

En dehors des heures d'ouverture des services pluridisciplinaires spécialisés, la prise en charge psychosociale reste difficile. En outre, le volet médical est assuré par un corps médical moins spécialisé à ces situations. Un service d'urgences psychiatriques (adulte) est souvent disponible mais tous les services rencontrés n'y font pas appel en raison du manque d'expérience et d'expertise en matière juvénile.

Notons quand même que, dans une structure rencontrée, un superviseur psychiatre infanto-juvénile est toujours disponible via à un téléphone de garde.

Une des équipes SOS Enfants intrahospitalières de notre échantillon reste disponible, via un GSM de garde<sup>202</sup>, pour des situations exceptionnelles, nécessitant l'expertise immédiate de l'équipe. Si un intervenant de l'équipe SOS Enfants peut soutenir le médecin concernant l'orientation rapide à donner dans une situation (envisager un signalement au parquet, une hospitalisation, par exemple), il ne retourne pas sur place pour analyser la situation. L'équipe reprendra de toute façon la situation en main le prochain jour ouvrable.

---

<sup>200</sup> Par exemple, dans une structure, un intervenant psychosocial aux urgences renvoie directement à SOS Enfants mais les pédiatres passent généralement par l'équipe médico-psychosociale intrahospitalière.

<sup>201</sup> A titre indicatif, dans le premier volet de notre recherche, « seulement 5 hôpitaux disposent d'un service de garde offrant une prise en charge psychosociale des enfants victimes d'agression sexuelle 24 heures sur 24 » (M. PARENT, E. REBUFFAT, M. KROLLop. cit, p. 25).

<sup>202</sup> Il a été créé parce que l'équipe a fait le constat que les premiers moments de prise en charge sont capitaux. La création d'un service médico-psychosocial intrahospitalier, une meilleure formation des intervenants... ont cependant permis de limiter son utilisation.

Pour ces situations arrivées la nuit ou le weekend, où il existe un doute quant à la protection ou à l'état physique ou mental de l'enfant, il est assez fréquent qu'une décision d'hospitalisation provisoire soit prise dans l'attente de l'intervention du service spécialisé. La règle étant que, si l'enfant est en sécurité, l'équipe préconise un retour à domicile et le service médico-psychosocial spécialisé pourra recontacter la famille. Dans le cas contraire, l'équipe hospitalière garde l'enfant jusqu'à ce que le service évalue la situation.

Si l'hôpital dispose d'une équipe SOS Enfants intrahospitalière, elle est parallèlement mise au courant de la situation (via une feuille de liaison, un contact direct, un mail...). Elle pourra éventuellement rappeler la famille de sa propre initiative.

Concernant les hôpitaux collaborant avec des équipes SOS Enfants extrahospitalières, certaines situations ne sont malheureusement pas relayées ; ni à l'équipe SOS Enfants, ni au service spécialisé de la structure hospitalière (du type Cellule Maltraitance). Notre analyse de dossiers montre, en effet, que dans plusieurs cas, aucune orientation n'a été donnée après le passage de l'enfant aux urgences, dans des situations qui le justifiaient pourtant *a priori*.

Rappelons que ces relais restent, logiquement, fonction des connaissances de l'intervenant prenant en charge l'enfant aux urgences.

#### La prise en charge (médico-)psychosociale par les salles d'hospitalisation

*« L'évolution des besoins de santé de la population a également contribué à modifier la nature des hospitalisations (...). Ces changements amènent à porter un regard nouveau sur la pathologie psychosociale, plus résistante aux progrès techniques et de plus en plus fréquemment rencontrée dans les milieux hospitaliers pédiatriques, mal préparés à faire face à ce type de problèmes »<sup>203</sup>.*

Des services médico-psychosociaux spécialisés<sup>204</sup> dans les questions de maltraitance infantile se sont développés au sein des hôpitaux rencontrés afin de réaliser un travail d'évaluation<sup>205</sup> (et d'amorce thérapeutique) dans le cadre d'une hospitalisation. Hormis la nécessité d'assurer certains soins médicaux, le fait de privilégier un travail en milieu hospitalier par rapport à l'option ambulatoire se justifie de différentes manières : besoin d'une protection, d'une évaluation dans un cadre « neutre », d'une évaluation plus poussée de la situation que ce que permet le travail en ambulatoire...

Pour ce qui concerne notre échantillon, nous pensons tout d'abord aux trois équipes SOS Enfants intrahospitalières. Certaines d'entre elles bénéficient d'une étroite collaboration avec l'hôpital, qui se matérialise notamment par le recours à l'hospitalisation comme outil de travail. Si toutes ces structures sont clairement identifiées pour leur expertise en matière

---

<sup>203</sup> P. STRAUSS, M. MANCIAUX (*sld.*), *L'enfant maltraité*, Paris, éditions Fleurus, 1982, p. 188.

<sup>204</sup> Pour information, la maltraitance sexuelle reste une des formes de maltraitance pour laquelle l'enfant est le moins hospitalisé. Le nombre d'hospitalisations est très variable en fonction des hôpitaux, accueillant annuellement de 10 à 90 enfants en fonction de structures.

<sup>205</sup> La durée de ce travail est évaluée différemment en fonction des enfants et des structures (en moyenne, entre 5 jours à 2 mois). En pratique, si l'enfant ne peut retourner dans son milieu de vie habituel, la durée de placement à l'hôpital dépasse bien souvent celle nécessaire à la réalisation du bilan.

de maltraitance, l'hospitalisation de ces enfants en service de pédiatrie reste plus difficile pour l'une d'entre elles. Elle est exposée à de nombreux signalements provenant de milieux hospitaliers, mais la sollicitation porte davantage sur le fait d'assurer un relais en ambulatoire.

Rappelons également, concernant notre échantillon, l'existence de deux services non reconnus comme équipes SOS Enfants mais qui travaillent de manière plus ou moins similaire : la Cellule Maltraitance au sein du CHR de la Citadelle et, dans une moindre mesure parce que non spécialisée spécifiquement en matière de maltraitance, l'Unité 0-18+, logée au sein de la Clinique Notre-Dame de Grâce de Gosselies.

Ces services pluridisciplinaires reçoivent des demandes provenant de différents acteurs : d'autres structures hospitalières (non armées pour réaliser cette prise en charge), de particuliers, d'équipes SOS Enfants extrahospitalières, ou encore du SAJ (éventuellement d'autres divisions d'arrondissements judiciaires), ou des autorités judiciaires...

Actuellement, la grande majorité des hospitalisations sont réalisés avec un cadre SAJ ou judiciaire, que cela soit à l'initiative de l'hôpital et de son équipe spécialisée ou à celle du SAJ ou du monde judiciaire.

Parmi ces demandes, si des situations nécessitent une hospitalisation en urgence, pour assurer notamment la protection de l'enfant via son éloignement du milieu de vie, d'autres peuvent être programmées lorsque l'urgence semble plus « relative ». Nous pensons, par exemple, à un contexte de suspicion de maltraitance dans le cadre d'une séparation parentale conflictuelle nécessitant l'évaluation de l'enfant dans un espace « neutre ». Vu le nombre de situations auxquelles les services sont soumis actuellement, il devient de plus en plus difficile pour ces derniers d'accepter ces situations, hors cas d'urgence. Certaines équipes se voient dès lors dans l'obligation de refuser certains enfants dans leur hôpital<sup>206</sup> (uniquement si ceux-ci sont signalés par des professionnels dans des situations non urgentes). D'autres structures accueillent d'office ces enfants en doublant, parfois, la capacité de lits initialement dédiés à ces enfants. Cet état de fait n'est permis qu'en raison de la politique institutionnelle défendue par l'hôpital.

Notons enfin que les demandes d'hospitalisation transitent davantage par les équipes SOS Enfants ou services équivalents, que par les urgences pédiatriques, surtout lorsque celles-ci concernent une hospitalisation programmée.

Certaines situations restent envoyées aux urgences, sans prévenir les services concernés préalablement, parce que les services envoyeurs (SAJ, police...) savent que l'enfant a des chances d'être pris en charge à l'hôpital lorsque qu'aucune place n'a été trouvée ailleurs. Cette situation est clairement regrettée par les sphères hospitalières qui voient alors le recours à leur structure comme une pure solution d'hébergement.

---

<sup>206</sup> Elles réorientent alors vers d'autres services d'accueil, une autre structure hospitalière reconnue pour sa prise en charge de la maltraitance...

### Un exemple d'accord de collaboration : la situation de l'équipe SOS Enfants de Liège

Un travail de sensibilisation à la prise en charge de la maltraitance est réalisé par l'équipe SOS Enfants de Liège auprès des structures hospitalières de sa région. Considérant que le partenariat avec les hôpitaux est indispensable, l'équipe tente de conclure des accords de collaboration avec certains services hospitaliers, afin de formaliser les échanges en définissant les modalités réciproques d'intervention ainsi que les complémentarités de chaque service. Pratiquement, l'idée est que les hôpitaux puissent prendre en charge certaines situations qui ne peuvent être suivies en ambulatoire. L'équipe SOS Enfants peut reprendre le suivi par la suite. Le projet est d'établir une procédure de transfert de situations entre services et de réaliser des évaluations régulières des prises en charge et des relais. Ce travail est en marche avec le CHR de la Citadelle.

Notons que le projet clinique de l'équipe SOS Enfants de Liège insistait déjà sur la nécessité de cette proximité : « La collaboration avec les hôpitaux, principalement les hôpitaux publics, qui possèdent un département pédiatrique constitue un maillon indispensable au fonctionnement d'une équipe SOS Enfants :

1. Dans un certain nombre de situations d'urgence, ou lorsqu'il est nécessaire de réaliser un bilan pédiatrique, l'hospitalisation s'avère indispensable dans un service de pédiatrie habitué à accueillir des enfants suspects de maltraitance. C'est l'hôpital qui peut assurer la protection la plus efficace et réaliser, en même temps, un bilan pédiatrique et, dans un certain nombre de situations, les examens gynécologiques indispensables. L'aspect protectionnel peut être assuré par diverses institutions de la Communauté française dépendantes du Conseiller. Cependant, leurs capacités d'hébergement sont très limitées, et surtout, elles ne peuvent réaliser de bilan médical.
2. Les services d'urgences pédiatriques reçoivent beaucoup de situations d'enfants suspects de maltraitances. Les pédiatres (et pédopsychiatres, s'il y en a) de garde peuvent 'dégrossir' le problème, mais ne sont pas à même d'assurer le suivi. Les équipes SOS Enfants, ainsi que les SAJ, offrent la possibilité de prendre le relais et d'organiser la prise en charge »<sup>207</sup>.

Pour un service hospitalier de notre échantillon ne bénéficiant pas d'un service spécifiquement dédié à cette prise en charge<sup>208</sup>, la prise en charge reste celle de la débrouille (difficultés à trouver un lit, service non adapté pour ces enfants...). Les enfants hospitalisés dans ces structures le sont davantage parce qu'il n'y a pas de place dans d'autres lieux de placement pour accueillir ces enfants.

#### Comment ces services médico-psycho-sociaux sont-ils organisés dans l'hôpital ?

Pour toutes les structures de notre échantillon, l'accueil des enfants victimes se réalise toujours au sein de la pédiatrie. En pratique, les enfants sont, soit éparpillés en salle de pédiatrie, soit rassemblés dans une même « sous-unité ». L'option choisie semble dépendre de la politique institutionnelle de l'hôpital ainsi que des moyens alloués par ce dernier.

<sup>207</sup> SOS Enfants Liège, *Projet clinique SOS Enfants Liège*.

<sup>208</sup> Ou encore lorsqu'un service de ce type existe au sein de la structure hospitalière mais ne recourt pas souvent à l'hospitalisation pour réaliser son travail d'évaluation.

Comme nous avons pu le mentionner *supra*, même si un service, type équipe SOS Enfants, existe au sein de la structure hospitalière, l'hôpital n'est pas pour autant équipé pour recevoir ces enfants qui nécessitent un encadrement spécifique<sup>209</sup>.

Plusieurs services hospitaliers et équipes SOS Enfants (ou services équivalents) intrahospitalières ont développé ensemble des projets afin d'accueillir les enfants (suspectés) victimes de maltraitance dans un cadre particulier.

Le dispositif mettant tant les professionnels que les enfants dans une position confortable semble celui où les enfants (suspectés) victimes de maltraitance sont rassemblés dans une unité spécialisée<sup>210</sup>, avec un équipement et un projet particulier. En effet, ces enfants demandent une attention et un cadre occupationnel et éducatif différent<sup>211</sup> des enfants hospitalisés au niveau somatique. Ils doivent être réunis dans un espace particulier. La gestion quotidienne apparaît plus évidente dans ce cas (attention médicale plus importante, absence de problèmes posés par la cohabitation d'enfants nécessitant une prise en charge différente...).

La question d'une éventuelle stigmatisation de ces enfants face aux autres enfants hospitalisés, en raison de cet isolement, peut être posée. Nos observations ne nous ont pas permis de constater un tel phénomène. La question reste cependant ouverte.

Pointons un dernier aspect intéressant au niveau organisationnel, la gestion des situations par le service médico-psychosocial spécialisé en lien avec le corps médical de l'hôpital. Nos observations ont logiquement mis en avant que la reconnaissance entre ces deux « services » permet un travail au plus proche des besoins de l'enfant. Pour que des projets comme ceux-ci fonctionnent, ils nécessitent, de toute façon, une excellente collaboration et coordination entre SOS-Enfants (ou service équivalent) et la structure hospitalière.

---

<sup>209</sup> Les équipes ne pouvant mettre en place un projet particulier ont élaboré des mécanismes afin de faciliter l'hospitalisation de ces enfants, comme l'identification d'une dyade assistant social-psychologue spécifiquement dédiée à ces situations (ils articulent la prise en charge entre les différents professionnels actifs dans une situation, reçoivent les nouvelles situations...).

<sup>210</sup> Ce type de projet poursuit de nombreux objectifs comme celui de réduire la durée des hospitalisations (souvent prolongées), un renforcement des soins, un meilleur relais des situations entre les hospitalisations somatiques et hospitalisation étiquetées « SOS Enfants »...

<sup>211</sup> Besoins très différents des autres enfants en termes de visites, besoin de bouger,... qui nécessitent un réaménagement des règles de l'hôpital.

## La question protectionnelle

Nous étudierons la question protectionnelle sous différents angles. L'analyse portera sur les politiques de signalement au service de l'aide à la jeunesse et aux autorités judiciaires mais également sur les lieux de placement, éventuellement nécessaires afin d'assurer une protection à l'enfant.

### L'information donnée aux services de l'aide à la jeunesse et à la justice

*« Les objectifs principaux du signalement sont de faire cesser les mauvais traitements, de protéger l'enfant, de faciliter le diagnostic, d'organiser la prise en charge et la surveillance ultérieure de la situation »<sup>212</sup>.*

Nous voudrions aborder, ici, les déterminants qui poussent les équipes SOS Enfants et les services hospitaliers à informer le SAJ, voire le parquet d'une situation, inconnue préalablement de ces services, afin notamment d'assurer la protection à un enfant.

### Au niveau des équipes SOS Enfants (ou services équivalents)<sup>213</sup>

*« Ça c'était l'objectif quand même des équipes SOS Enfants au départ, c'est que les gens puissent venir se confier sans d'office se retrouver sur la place publique »<sup>214</sup>.*

Comme préalable, reprenons les propos d'E de Becker qui rappelle, à juste titre, que « l'équipe SOS Enfants s'inscrit pleinement dans le domaine des prises en charge non judiciaires, dans le champ de l'aide et des soins »<sup>215</sup>. Les équipes se retrouvent de ce fait dans un travail d'équilibriste, ayant comme valeur de base la confidentialité mais devant jouer un rôle protecteur vis-à-vis de l'enfant. C'est l'ambivalence entre l'aide volontaire et la dimension de contrôle liée au besoin de protection de l'enfant. Il est parfois difficile que ces deux objectifs se rencontrent vu leurs finalités difficilement conciliables<sup>216</sup>.

Les collaborations entre équipe SOS Enfants et service de l'aide à la jeunesse sont régies notamment par un protocole de collaboration<sup>217</sup>. Malgré un texte commun, en pratique, les équipes peuvent se positionner différemment face à la nécessité d'informer le SAJ.

- Le SAJ :

---

<sup>212</sup> Y.-H. HAESVOETS, « Pour une éthique de l'intervention médico-psycho-sociale auprès des familles maltraitantes », in *Vade-mecum des droits de l'enfant*, supplément 16 février 2002, 4.2/1, p. 102.

<sup>213</sup> Rappelons qu'« à la différence de nombreux pays, il n'y a pas en Belgique d'obligation de signalement des cas d'enfants maltraités, mais bien une obligation d'aide » (F. MULKAY, « Vers une déjudiciarisation de la protection de la jeunesse : le cas de la Communauté française de Belgique », *op. cit.*, p. 172). (cf art. 3 décret maltraitance). Notons en ce sens que la judiciarisation n'est pas forcément la voie royale pour réaliser un suivi (la judiciarisation peut poser des difficultés lorsque la véracité des faits ne peut être démontrée et que la victime a le sentiment de ne plus être crue, quand les procédures judiciaires se prolongent et que les mesures d'aide et de protection restent dans l'attente...).

<sup>214</sup> Intervenant d'une équipe SOS Enfants.

<sup>215</sup> E. de BECKER, « Associer la recherche à la clinique au sein d'une équipe pluridisciplinaire : l'expérience de l'équipe SOS Enfants Saint-Luc (Bruxelles) », in *Thérapie familiale*, 2013, vol. 34, p. 89.

<sup>216</sup> N. DANDOY, « Types de situations et traitement », in N. DANDOY, P. KINOO, D. VANDERMEERSCH (eds.), *Allégations d'abus sexuels et séparations parentales*, Bruxelles, De Boeck, 2003, p. 96.

<sup>217</sup> Voyez à ce sujet le contenu du protocole détaillé *supra*.

Le service de l'aide à la jeunesse est un service public, intervenant uniquement dans le cadre protectionnel, qui propose une aide aux jeunes en difficulté ou en danger ainsi qu'à leurs familles en orientant vers un des services dit "de première ligne" (c'est-à-dire les CPMS, CPAS...), dont les équipes SOS Enfants font partie. Un des objectifs du SAJ est de faire naître, en collaboration avec le jeune et sa famille, une solution aux problématiques afin d'éviter l'intervention de la justice<sup>218</sup>. Les services de première ligne, comme les équipes SOS Enfants, peuvent faire appel à ce service dans le cas où ils seraient confrontés à une difficulté particulière relative à un enfant. Le SAJ joue un rôle d'aide et de protection, les équipes SOS Enfants se positionnent au niveau de l'aide et des soins à apporter à l'enfant.

Si l'équipe SOS Enfants rompt la confidentialité accordée à l'enfant et/ou sa famille en signalant la situation au SAJ, la situation peut rester, sous certaines conditions, dans le cadre d'un secret professionnel partagé<sup>219</sup>.

Voyons maintenant comment les équipes SOS Enfants envisagent pratiquement ces sollicitations au service de l'aide à la jeunesse.

La majorité des équipes demandent le soutien du SAJ lorsqu'elles constatent la nécessité de mettre un cadre protectionnel (lors du constat, par exemple, de l'impossibilité de rencontrer ou de collaborer<sup>220</sup> avec une famille) ou financier (pour une hospitalisation, par exemple), celle de coordonner la prise en charge d'une famille, ou encore celle de solliciter une prise en charge par le SAJ pour mettre en place certaines mesures...

Les notions de cadre et de triangulation<sup>221</sup> sont particulièrement importantes dans la clinique de la « non demande »<sup>222</sup> à laquelle peut répondre la prise en charge de la maltraitance. L'évaluation de ce cadre peut cependant se poser de manière différente pour le SAJ ou pour une équipe SOS Enfants.

*« Ils ne veulent pas reconnaître que la clinique de la maltraitance est particulière. Et qu'on ne travaille pas de la même manière. Et que généralement les parents ne sont pas très porteurs de la demande d'aide, c'est pour ça que les relais sont très importants et qu'il faut un cadre SAJ »<sup>223</sup>.*

La complexification des situations familiales pousse de plus en plus les équipes à solliciter ce cadre. En outre, le rôle de coordination du SAJ devient capital, dans ce cadre, puisque ce

---

<sup>218</sup> <http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=331>

<sup>219</sup> Voyez à ce sujet l'article 3 du décret maltraitance ainsi que les articles 6, 7 et 12 du Code de déontologie.

<sup>220</sup> Lu dans un dossier d'une équipe : « important que les parents montrent un peu plus d'investissement dans le travail → sinon au SAJ ».

<sup>221</sup> « Derrière la notion de cadre, je me serais permis d'ajouter la notion de tiers et d'autorité, une autorité sociale, pas nécessairement une autorité répressive. Mais une autorité qui fait tiers dans ces situations d'abus sexuels, certainement intrafamiliales » (entretien avec l'intervenant d'une équipe SOS Enfants).

<sup>222</sup> « Plus des parents se rendent coupables d'actes de maltraitements graves, plus la collaboration s'avère difficile, comme s'ils voulaient bien faire comprendre à chacun que, quoiqu'ils puissent dire ou montrer, le seul acte de protection possible était de les séparer durablement de leurs enfants » (J.-P. MUGNIER, « De l'aide imposée à l'aide demandée », in « Maltraitance : garder le cap en eaux troubles. Mandats, relations de confiance et complexité des co-interventions », *Mille Lieux Ouverts*, n°32, Dinant, août 2004, p. 9).

<sup>223</sup> Propos tenus par l'intervenant d'une équipe SOS Enfants.

phénomène entraîne une majoration du nombre de services impliqués dans une situation. Une coordination devient nécessaire pour définir et limiter le travail des différents intervenants. Il y a un besoin de définir et de planifier la prise en charge. Le SAJ semble l'acteur le mieux placé pour réaliser un tel travail, en tant que fil rouge dans la situation. Prenons l'exemple d'une intervention de SOS Enfants pour des faits de mœurs dans une famille également accompagnée par un Centre d'Observation et d'Orientation (COE). Le SAJ pourra alors, par exemple, définir que la mission de SOS Enfants porte sur les faits de maltraitance tandis que le COE travaille les questions éducatives.

Notons que si ce cadre peut permettre une prise en charge effective par l'équipe SOS Enfants, il peut aussi constituer une certaine lourdeur pour l'enfant, sa famille et les intervenants, en limitant la marge de manœuvre de l'équipe dans la situation.

### Un cadre durant l'hospitalisation ?

Une des structures médico-psychosociales rencontrées demande d'office l'intervention du SAJ pour cadrer la prise en charge hospitalière mais aussi éventuellement pour s'assurer qu'un relais soit mis en place suite à l'hospitalisation de l'enfant, lorsque le service n'interviendra plus. Le moment de ce relais est, en effet, un moment critique lorsqu'un enfant doit être suivi mais que les services risquent de « perdre » une famille.

L'intervention du SAJ porte également sur le financement de certaines hospitalisations, non couvertes par le CPAS, par exemple.

Même les équipes pluridisciplinaires qui travaillaient avec des hospitalisations sans cadre constatent que le travail « sans filet », c'est-à-dire sans l'intervention du SAJ (au minimum), se fait de plus en plus rare.

Seule une équipe rencontrée a mis en avant le mécanisme par lequel elle se retrouve obligée de solliciter le SAJ pour permettre la mise en place de certaines mesures réalisées par des services agréés par l'aide à la jeunesse et préconisées à l'issue de son travail de diagnostic.

Le moment de sollicitation du SAJ diffère selon les équipes, certaines tentent davantage un travail préalable « sans filet »<sup>224</sup> avec une famille et signalent de manière retardée, si nécessaire. D'autres signalent beaucoup plus rapidement, surtout face à une situation évaluée d'emblée comme complexe.

### Le rôle de cadre et de triangulation joué par le SAJ : qu'en pensent les principaux intéressés ?

Les différents services de l'aide à la jeunesse ne se positionnent pas exactement de la même manière en la matière.

Si un SAJ se montre plutôt réticent à assumer un tel rôle, un autre mentionne ne pas se prononcer sur l'opportunité de sa sollicitation avant la clôture du bilan SOS Enfants. De manière générale, les SAJ se disent quand même trop souvent sollicités par les services de première ligne dans des situations non opportunes (pas de réelle nécessité parce que les parents sont demandeurs, par exemple). Un des SAJ rencontrés insiste sur le fait que ce type

---

<sup>224</sup> L'hôpital permet de constituer un filet de sécurité.

de sollicitation n'est pas constitutif d'un motif d'intervention, tout en insistant sur son rôle de réorientation vers les services de première ligne.

Un SAJ rappelle que le décret maltraitance n'impose en rien l'intervention du SAJ pour jouer ce cadre.

Quant à la question du SAJ en tant que fil rouge lorsque plusieurs services sont impliqués, un SAJ soutient également que ce n'est pas un motif d'intervention de son service via l'ouverture d'un dossier : « *Il faut qu'il y ait un danger et une difficulté. (...) Le SAJ n'est pas là pour faire de la coordination de service sans qu'il y ait vraiment une situation qui justifie l'aide spécialisée* »<sup>225</sup>.

Globalement, les SAJ défendent quand même que leurs rôle et places sont cruciaux dans ces situations où de multiples intervenants entrent en jeu. Seul le SAJ peut jouer ce rôle de coordinateur des prises en charge.

- Le parquet :

Rappelons tout d'abord le cadre judiciaire de la prise en charge de l'enfant victime en Fédération Wallonie-Bruxelles. Dans le système belge, « le recours à la justice, comme le retrait du milieu familial, doivent rester des solutions ultimes, même si personne ne nie qu'ils sont nécessaires dans certains cas »<sup>226</sup>. En matière protectionnelle, la judiciarisation d'un dossier ne vise finalement qu'à imposer l'intervention de l'aide. C'est l'aide à la jeunesse qui tient le gouvernail dans ces situations<sup>227</sup>. Il a été considéré que la justice n'était pas l'interlocuteur privilégié en la matière<sup>228</sup>.

L'article 39 du décret de l'aide à la jeunesse autorise un signalement au parquet « en cas de nécessité urgente de pourvoir au placement d'un enfant dont l'intégrité ou physique ou psychique est exposée directement et actuellement à un péril grave et à défaut d'accord des personnes... ». L'article 9 de l'ordonnance bruxelloise va dans le même sens. Cet article rappelle encore que c'est la démarche d'aide consentie qui est d'abord valorisée. Même en urgence, la possibilité ou non de mettre en place un programme d'aide consentie doit être évaluée.

L'aide contrainte peut, quant à elle, être mise en route sous certaines conditions mentionnées à l'article 38 (article 8 de l'ordonnance bruxelloise) du décret, qui stipule que « le tribunal de la jeunesse connaît des mesures à prendre à l'égard d'un enfant, de sa famille ou des familiers lorsque l'intégrité physique ou psychique d'un enfant visé à l'article 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, est actuellement et gravement compromise et lorsqu'une des personnes

---

<sup>225</sup> Entretien avec le SAJ.

<sup>226</sup> F. MULKAY, « Vers une déjudiciarisation de la protection de la jeunesse : le cas de la Communauté française de Belgique », *op. cit.*, p. 173.

<sup>227</sup> L'article 39 du décret de l'aide à la jeunesse stipule en ce sens que « le conseiller reçoit immédiatement notification de l'autorisation ou de la mesure ».

<sup>228</sup> Nous vous invitons également à vous référer aux articles 8 et 9 de l'ordonnance bruxelloise de l'aide à la jeunesse, pour Bruxelles, ainsi qu'aux articles 38 et 39 du décret de l'aide à la jeunesse, pour le reste de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

investies de l'autorité parentale ou ayant la garde de l'enfant en droit ou en fait refuse l'aide du conseiller ou néglige de la mettre en œuvre ».

Les différentes fonctions représentées au sein des équipes SOS Enfants sont tenues au secret professionnel. Dans certaines situations, elles pourraient être amenées à informer le parquet d'une situation et rompre alors ce secret professionnel. Les conditions de cette procédure sont reprises à l'article 458 *bis* du Code pénal : « toute personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets et a de ce fait connaissance d'une infraction prévue aux articles 372 à 377, 377*quater*, 392 à 394, 396 à 405*ter*, 409, 423, 425 et 426, qui a été commise sur un mineur ou sur une personne qui est vulnérable en raison de son âge, d'un état de grossesse, de la violence entre partenaires, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale peut, sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422*bis*, en informer le procureur du Roi, soit lorsqu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale du mineur ou de la personne vulnérable visée, et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité, soit lorsqu'il y a des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs ou personnes vulnérables visées soient victimes des infractions prévues aux articles précités et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité ».

Cela signifie qu'au-delà de l'aide que doit apporter l'intervenant à l'enfant, il peut informer le parquet d'une situation de maltraitance sexuelle, s'il répond par l'affirmative aux questions suivantes :

- A-t-il constaté une situation de danger grave et imminent qui a des répercussions sur l'intégrité physique ou mentale du mineur ? D'autres enfants de l'entourage sont-ils également concernés ?
- Fait-il le constat qu'il n'est pas en mesure de protéger le mineur ?
- Fait-il le constat, qu'interpellé par ses soins, un autre service du secteur médico-psychosocial, tout tiers, le conseiller de l'aide à la jeunesse en Communauté française (...) ne peuvent pas davantage protéger le mineur ?<sup>229</sup>.

Ce sont donc les critères de proportionnalité (danger grave et imminent) et de subsidiarité (impossibilité d'agir seul ou autrement) qu'il y a lieu d'évaluer pour chaque situation particulière.

L'interprétation de cet article de loi varie en fonction des équipes SOS Enfants. Les différences au niveau de l'interprétation peuvent s'expliquer par l'absence de définition claire des notions reprises dans le Code pénal. Cette omission a pour avantage de forcer le débat puisque celles-ci sont alors liées à des valeurs et représentation personnelles. Si cette situation préserve une analyse au cas par cas<sup>230</sup>, elle peut aussi donner lieu à des

---

<sup>229</sup> Fortement inspiré du *Protocole d'intervention entre le secteur médico-psychosocial et le secteur judiciaire*, p.5.

<sup>230</sup> B.HOUDMONT, B. MINET, *op. cit.*, p. 7.

interprétations différentes de la part des services<sup>231</sup>. Une équipe retient, par exemple, les notions de gravité et de reconnaissance des faits pour guider ce type de signalement.

Concrètement, des équipes contactent parfois directement le parquet. Nous pouvons soutenir qu'il y a derrière ce signalement, l'idée que la justice a un poids plus important et exerce un cadre plus fort sur les familles que le SAJ, qui doit, lui, obligatoirement passer par la négociation, ce qui semble impossible pour une équipe SOS Enfants, dans certains cas. Deux éléments clés sont nécessaires pour solliciter le parquet : la non-collaboration et le danger grave et imminent. Dans ces cas, si la non-collaboration des parents peut être actée, la question de la mise en danger semble, à certains moments, plus relative. Un parquet reprend d'ailleurs ce constat (« *c'est parce que le parapluie est ouvert* »). Il insiste alors sur le renvoi systématique de ces situations vers le SAJ tout en restant disponible au besoin.

Nous pouvons également émettre l'hypothèse que les équipes SOS envisagent différemment que le SAJ la notion d'« urgence ». Le SAJ travaille dans une dynamique de « négociation », ce qui implique inévitablement un travail sur le long terme, à un rythme un peu plus lent. Le parquet, lui, travaille en urgence en imposant son « autorité ». Pourtant notons que le SAJ peut mettre en place des dispositifs afin d'assurer une prise en charge en urgence<sup>232</sup>.

Certaines équipes SOS Enfants peuvent quand même faire appel au SAJ dans des situations nécessitant une intervention en urgence (hormis les cas où l'enfant est en situation de danger imminent (évaluation plus « stricte » que *supra*) et si la nécessité d'une intervention durant les heures de fermeture du SAJ se fait ressentir<sup>233</sup>). Le recours au parquet, via un article 39 du décret ou 9 de l'ordonnance, reste possible, et clairement plus utilisé dans certaines équipes que dans d'autres.

Autre remarque, quelques équipes se dirigent directement vers le parquet pour assurer des poursuites pénales vis-à-vis de l'auteur présumé, surtout lorsque les faits dénoncés apparaissent d'une certaine « gravité ».

*« Le père sait bien que s'il avoue les faits auprès du service, celui-ci a l'obligation de les signaler »<sup>234</sup>.*

Elles dépassent éventuellement leur mandat dans le cas où cette dénonciation ne concerne pas un enfant en état de danger grave et imminent. En effet, certaines évoquent simplement l'idée que si le signalement est réalisé au SAJ, il n'y aura pas d'enquête. Il s'agit alors bien ici d'un signalement pour lancer la machine pénale et non dans une finalité première de protection de l'enfant. Une telle démarche peut poser question si celle-ci ne vise pas la protection de potentiel(s) enfant(s) en danger.

---

<sup>231</sup> Évaluation éventuellement facilitée par les équipes grâce à la présence d'un juriste au sein de l'équipe SOS Enfants.

<sup>232</sup> Certains acteurs gardent cependant en tête une certaine lenteur concernant le traitement des dossiers par le SAJ (mythe qui se transmet entre les acteurs ou réalité de terrain observée ?).

<sup>233</sup> « Si l'urgence survient en dehors des heures du service du SAJ, le service signaleur peut interpellier le parquet » (SAJ de Charleroi (Plate-forme Prévention SAJ, Section de prévention générale), *Les clés du SAJ. Questions d'intervenants*, Charleroi, décembre 2012, p. 22).

<sup>234</sup> Discussion avec un intervenant de SOS Enfants.

Soulignons finalement deux éléments importants, concernant le signalement au parquet:

- L' « obligation » de signalement perçue par les équipes SOS Enfants dépendra de la manière dont elles se définissent et envisagent leur travail: si elles agissent majoritairement sur base volontaire ou pas, si elles se définissent plus du côté du diagnostic ou du thérapeutique (embarras « lié à une position thérapeutique qui engage le secret professionnel et la difficulté de transposer dans le cadre de la réalité propre au judiciaire une réalité subjective issue d'une parole donnée à son thérapeute »<sup>235</sup>). Cette question se pose aussi lorsqu'une dimension thérapeutique plane déjà dans le travail d'évaluation.
- Certaines équipes, qui signalent moins au parquet, sont aussi celles dont le travail est davantage ancré dans une dynamique de suivi thérapeutique, là où les situations sont peut-être moins tendues qu'en phase de bilan. La nécessité d'une intervention en urgence qui justifie la sollicitation rapide d'une autorité, le parquet généralement, se fait dès lors moins souvent ressentir. En outre, quand la demande est formulée à l'équipe SOS Enfants, la situation peut déjà être judiciairisée depuis longtemps.

Quid du double signalement dans la pratique ?

#### Protocole d'intervention entre le secteur médico-psycho-social et le secteur judiciaire<sup>236</sup>

Un protocole a été signé entre le Ministre de la justice, les Ministres de la Communauté française et de la Communauté germanophone compétents pour l'aide à la jeunesse et le Ministre de la Région wallonne en charge de la Santé mentale, le 27 avril 2007.

L'objectif de ce texte est de permettre une articulation optimale entre ces deux secteurs dans les situations de maltraitance, afin de répondre à l'intérêt supérieur de l'enfant.

Pour ce qui nous concerne spécifiquement ici, tout en rappelant que le secteur médico-psychosocial est le plus à même pour gérer une situation de maltraitance, il donne des balises lorsqu'exceptionnellement, et de manière subsidiaire, la situation doit être portée à la connaissance du procureur du Roi. « Dans ce cas, cette information doit être transmise simultanément et par un même courrier au conseiller de l'aide à la jeunesse »<sup>237</sup>. Poursuivant deux finalités différentes, le courrier adressé au SAJ peut différer de celui à destination du parquet. Celui du parquet contiendra les informations nécessaires à la protection du mineur contre le péril grave et imminent, tandis que le courrier adressé au Conseiller pourra être complété par toutes les informations utiles pour la mise en place de l'aide.

A l'inverse, « compte tenu du principe de subsidiarité voulu par le législateur et donc du fait que le secteur de l'aide consentie est considéré comme étant mieux placé pour intervenir, le

<sup>235</sup> B.HOUDMONT, B. MINET, *op. cit.*, p. 7.

<sup>236</sup> Vous trouverez le protocole sur : [http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?eID=tx\\_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=72b4e2c903c46efdceb31e19fb08b8dc68f2f04&file=fileadmin/sites/ajss/upload/ajss\\_super\\_editor/DGAJ/Documents/Protocoles/protocole-intervention-sphere\\_medico-psy\\_et\\_judiciaire.pdf](http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=72b4e2c903c46efdceb31e19fb08b8dc68f2f04&file=fileadmin/sites/ajss/upload/ajss_super_editor/DGAJ/Documents/Protocoles/protocole-intervention-sphere_medico-psy_et_judiciaire.pdf)

<sup>237</sup> Fédération Wallonie-Bruxelles, ONE, Service public fédéral justice (*e.a.*), *op. cit.*, p. 3.

parquet transmet les informations nécessaires qu'il juge utiles au conseiller de l'aide à la jeunesse (...) »<sup>238</sup>.

Plus globalement, le protocole décrit les démarches lorsqu'un professionnel de l'enfance est confronté à une situation de maltraitance. L'idée est de replacer chacun dans son rôle, ses limites et ses devoirs, et de clarifier les relations entre secteurs.

Les équipes se positionnent différemment quant à la pratique du double signalement<sup>239</sup>, qui signifie, pour rappel, que lorsque l'équipe SOS Enfants informe le parquet, elle transmet simultanément l'information au service de l'aide à la jeunesse. Le protocole mentionné *supra* soutient une telle démarche en poussant à la systématisation du double signalement. « Cette double information permettra l'intervention immédiate de chaque secteur dans sa sphère de compétence, dans la confiance mutuelle basée sur la connaissance et la reconnaissance de l'intervention de l'autre secteur »<sup>240</sup>.

Si ce double signalement permet, entre autre, que chaque service obtienne l'information le plus rapidement possible afin de pouvoir agir au sein de sa sphère de compétences, il vient surtout en soutien de l'idée que le signalement aux autorités judiciaires ne dispense pas les intervenants d'apporter une aide à l'enfant visé. Un non-respect de ce principe risque d'entraîner une violation de l'article 422*bis* du Code pénal régissant la question de la non-assistance à personne en danger.

Certaines équipes tentent de systématiser ce double signalement, notamment parce qu'elles constatent que tout signalement au parquet n'est pas systématiquement transmis au SAJ. D'autres ne le font pas, considérant le court-circuitage et la confusion du système.

*« Le double signalement on devrait le faire que s'il y a une inquiétude, que si on pense que l'adulte incriminé ou suspect... qu'il serait important de transmettre des informations au niveau du parquet, à propos de l'adulte. Ça, ça devrait être l'unique raison pour faire un double signalement. C'est qu'il y ait une trace au niveau du parquet du fait que ce père, ce beau-père, cette mère...il y a peut-être là quelque chose à faire au niveau adulte. Mais sinon on ne peut pas faire un double signalement »*<sup>241</sup>.

D'autres encore ne le font plus systématiquement, considérant que le système fonctionne mieux. Le double signalement ne sera plus nécessaire puisque le parquet transfère

---

<sup>238</sup> Groupe de travail francophone/germanophone (maltraitance des enfants), *protocole d'intervention entre le secteur médico-psycho-social et le secteur judiciaire*, *op. cit.*, p. 11.

<sup>239</sup> Notons qu'en application du principe de déjudiciarisation et des décret et ordonnance de l'aide à la jeunesse (articles 9 et 39), le parquet transfère les situations qu'il estime nécessaire de transférer au SAJ. La mise en œuvre pratique semble parfois compliquée parce que devant, par exemple passer du parquet section mœurs au parquet jeunesse, avant d'être transféré au SAJ. Selon certaines équipes SOS Enfants, cette pratique ne serait pas systématique.

<sup>240</sup> Groupe de travail francophone/germanophone (maltraitance des enfants), *protocole d'intervention entre le secteur médico-psycho-social et le secteur judiciaire*, *op. cit.*, p. 6.

<sup>241</sup> Entretien avec un intervenant d'une équipe SOS Enfants.

automatiquement la situation au SAJ<sup>242</sup>. Or, comme nous l'avons mentionné, l'intérêt du double signalement est pourtant plus large que la manière dont il est abordé ici.

#### Au niveau du corps médical

De manière générale, les urgences ne signalent qu'au parquet. Un éventuel signalement au service de l'aide à la jeunesse<sup>243</sup> n'interviendra que plus tard<sup>244</sup>, lorsqu'un relais est assuré par un service médico-psychosocial et qu'une analyse plus approfondie de la situation est réalisée. Le service des urgences passe toujours par un service pluridisciplinaire spécialisé afin de réaliser un signalement à l'aide à la jeunesse.

Concernant le signalement au parquet, la temporalité joue dans le fait de signaler rapidement ou non aux autorités judiciaires. Certains hôpitaux peuvent, par exemple, signaler au plus vite afin de faire réaliser les actes médico-légaux rapidement. A l'inverse, pour certaines situations, un signalement retardé peut être envisagé, si la conjonction de différents éléments d'analyse guide vers un tel signalement (non reconnaissance, diagnostic grave,...). Pour ce dernier cas, la décision de signaler peut être prise à l'issue d'une discussion entre corps médical et équipe SOS Enfants (ou service équivalent). Ce ne sera alors peut-être plus le service des urgences qui sera acteur dans la situation mais plutôt le service pédiatrique.

Envisageons, en pratique, les conditions d'exceptions dans lesquelles le milieu médical se délie de son secret professionnel. Les hôpitaux ne recourent pas tous à la même fréquence à l'intervention du parquet. La question de la protection de l'enfant semble, sauf pour un service, être le leitmotiv de ce signalement (non accord des parents, parents qui menacent de partir...).

Ce dernier service signale au parquet les situations où l'enfant est en danger physique et vital. Cette idée semble pourtant aller à l'encontre du Code pénal, qui ne vise pas cet unique cas dans son article 458 *bis* puisqu'il parle plus globalement de « danger physique ou mental ».

Les services hospitaliers sont plus enclins à signaler lorsque l'auteur présumé est extrafamilial, afin de permettre l'accès à celui-ci. Dans le cas d'un auteur intrafamilial, un travail pourra éventuellement être entamé avec l'auteur s'il reconnaît *a minima* les faits, sans forcément passer par le parquet.

Comme pour les équipes SOS Enfants, certains intervenants dépassent le cadre législatif puisqu'ils mentionnent, parfois en filigrane, le signalement en cas de faits avérés<sup>245</sup> et « graves », pour assurer la mise en place de poursuites judiciaires contre l'auteur présumé.

---

<sup>242</sup> En outre, le transfert de la situation vers le SAJ dépend parfois de la section du parquet qui a reçu le signalement (mœurs ou jeunesse).

<sup>243</sup> Les médecins ne sont pas toujours formés au système de l'aide à la jeunesse et judiciaire. Il leur est donc parfois plus difficile d'évaluer la nécessité de réaliser tel ou tel signalement.

<sup>244</sup> Hormis éventuellement la situation où la famille est déjà connue du SAJ.

<sup>245</sup> Sauf certaines exceptions comme les situations où l'équipe sent que la plainte ne va jamais aboutir car l'enfant restera mutique.

Rappelons quand même que « le rôle du médecin est d'assurer la protection de l'enfant, et non de faire la preuve des mauvais traitements »<sup>246</sup>.

Comme pour les équipes SOS Enfants, la pratique de double signalement est aussi variable en fonction des équipes hospitalières.

Finalement, notons que la logique de déjudiciarisation semble moins prégnante en matière sexuelle face à d'autres faits de maltraitance. Un tel constat est d'ailleurs soutenu lors de différentes rencontres. Certains, beaucoup moins nombreux, insistent pourtant sur le constat inverse : « Aussi choquant que ça puisse paraître, il y a des situations d'enfants violés qu'on ne signale pas au parquet »<sup>247</sup>.

Comment se positionnent les acteurs face à nécessité d'agir en cas de danger : Vers quelle protection ?

*« Le placement dans les situations de maltraitance est souvent d'abord une mesure de protection et de séparation avant d'être une mesure thérapeutique »<sup>248</sup>.*

La question de l'urgence peut renvoyer à différents cas de figure, non nécessairement cumulatifs. Il y a tout d'abord le caractère récent ou non des faits : l'urgence médicale et éventuellement médico-légale<sup>249</sup> et l'éventuelle urgence au niveau psychique. Il y a également l'urgence protectionnelle, celle qui peut passer par la nécessité d'une mise à l'abri de l'enfant si l'auteur présumé se situe dans l'entourage immédiat de l'enfant ou qu'il existe un risque qu'il soit mis en contact avec lui très prochainement, que l'enfant risque de se mettre lui-même dans une situation de danger... Notons que l'urgence à protéger le mineur n'est pas toujours liée à la gravité des faits dénoncés, mais davantage au risque que les violences se reproduisent<sup>250</sup>. En effet, dans certaines situations, la séparation de l'enfant de son potentiel abuseur semble inévitable : l'enfant demande à sortir du milieu maltraitant ou suspecté de l'être ; un contexte de maltraitance est détecté avec un déni des parents ; un risque de récurrence est trop important...<sup>251-252</sup>

En ce sens, l'article 19 de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant stipule que : « l'enfant doit être protégé contre toute forme de violences, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle ».

---

<sup>246</sup> C. REY, B. BADER-MEUNIER, C. EPELBAUM, *Maltraitance à enfants et adolescents*, France, Doin, 2001, p. 28.

<sup>247</sup> Coordinateur d'une équipe SOS Enfants.

<sup>248</sup> E. de BECKER, E., « Questions autour du placement dans les situations de maltraitance à enfant », *op. cit.*, p. 401.

<sup>249</sup> Rappelons que les équipes SOS Enfants sont peu exposées à des urgences de ce type. Si la situation devait quand même se présenter, l'équipe SOS Enfants renverra l'enfant vers un service d'urgences pédiatriques avant toute prise en charge par l'équipe elle-même.

<sup>250</sup> H. ROMANO, *op. cit.*, p. 131.

<sup>251</sup> E. de BECKER, « Questions autour du placement dans les situations de maltraitance à enfant », *op. cit.*, p. 406.

<sup>252</sup> Le décret définit en son article 38§2 la notion de danger grave : « L'intégrité physique est considérée comme gravement compromise, soit lorsque l'enfant adopte de manière habituelle ou répétée des comportements qui la compromettent réellement et directement, soit lorsque l'enfant est victime de négligences graves, de mauvais traitements, d'abus d'autorité ou d'abus sexuels la menaçant directement ou réellement ».

Envisageons dès à présent comment les acteurs se positionnent face à cette urgence protectionnelle.

#### Au sein des structures hospitalières, et plus spécifiquement des services d'urgences

Au stade des urgences, presque l'ensemble des pédiatres rencontrés mettent en avant le souci de protéger l'enfant si nécessaire, et ce, en dehors de toute dimension somatique de prise en charge. Le service trouvera toujours de la place en hospitalisation provisoire ou directement dans le service de salle pédiatrique.

Soulignons quand même que si garder l'enfant une nuit ne pose généralement pas de problème, la question se complique dans certains services lorsque le nombre de jours d'hospitalisation augmente...

De manière plus générale, les hôpitaux se positionnent différemment face à la maltraitance infantile : certains se situent dans une dynamique d'expertise, d'autre davantage dans une dynamique d'accueil, de soins et de protection. Ceci a un impact direct sur la prise en charge envisagée par la structure hospitalière.

#### Les équipes SOS Enfants

Si tous les intervenants des équipes SOS Enfants mettent en avant la nécessité de protéger l'enfant en danger, la réalité sur le terrain montre pourtant comment les acteurs doivent parfois jongler avec cette notion de protection, eu égard au manque de places en dehors du milieu de vie pour ces enfants.

Les structures SOS Enfants intrahospitalières sont plus exposées à l'urgence que les autres équipes, peu habituées et habilitées à y faire face. En effet, « en milieu externe au milieu hospitalier, la logique exclusivement thérapeutique prend davantage d'ampleur étant donné que l'intervention de ces équipes provient plus souvent d'une démarche volontaire de la famille, ou d'une orientation du SAJ ou de toute autre personne de l'entourage de l'enfant (école, médecin, membre de la famille...) et est moins amenée à prendre des mesures d'urgence nécessitant de tisser un réseau d'intervenants autour de l'enfant en vue d'assurer au mieux sa protection, tant physique que psychique et psychologique »<sup>253</sup>.

Mais, étonnement, plusieurs équipes SOS Enfants intrahospitalières soulignent que de nombreuses urgences proviennent non pas de leur service d'urgences pédiatriques mais bien de services psychosociaux extérieurs. Ceci peut-il s'expliquer par le fait que les professionnels les savent « formés à l'urgence » ?

Au niveau du lieu de placement, presque tous les services médico-psycho-sociaux (équipes internes au milieu hospitalier et équipes SOS Enfants intrahospitalières) bénéficient de l'hospitalisation comme outil de protection de ces enfants. Il s'agit parfois du premier réflexe de protection, avant toute forme de signalement.

---

<sup>253</sup> N. DANDOY, *op. cit.*, p. 96.

*« Je pense qu'une équipe SOS hors hôpital aura le réflexe de dire 'avertissez le parquet'. Nous notre réflexe premier, ce sera 'venez aux urgences' »<sup>254</sup>*

Cependant, pour une des équipes intrahospitalières, l'hospitalisation est, peut-être plus qu'ailleurs, considérée comme un outil adapté pour le moment de la crise et de l'urgence, un passage vers une structure de l'aide à la jeunesse sera assez rapidement préconisé pour la suite de la prise en charge, un placement en urgence pourrait d'ailleurs également avoir lieu dans le secteur de l'aide à la jeunesse. Le lieu de placement dépendra surtout du nombre de places disponibles. Mais l'hospitalisation restera toujours l'option privilégiée si l'équipe ne trouve pas une place ailleurs.

Les équipes extrahospitalières peuvent envoyer une situation vers les services hospitaliers de la région, surtout si les faits dénoncés sont récents et qu'une prise en charge médicale semble nécessaire. Plusieurs éléments peuvent guider le choix de la structure hospitalière vers laquelle l'équipe SOS Enfants envoie l'enfant : un hôpital spécialisé en la matière, une structure connue des parents. Certaines équipes restent attentives à ne pas envoyer tous les enfants dans la même structure pour ne pas surcharger les hôpitaux avec ce type de situation. Elles enverront également vers des hôpitaux moins « frileux » à accueillir ces enfants. L'équipe peut également solliciter en urgence le service d'aide à la jeunesse, voire le parquet afin notamment de trouver un lieu de placement pour l'enfant<sup>255</sup>.

Nos données nous amènent à faire le constat d'une plus grande prise de risque dans le chef de certaines équipes quant à l'évaluation de la nécessité d'une mise à l'abri de l'enfant. La question se pose de savoir si le risque ressort d'un choix délibéré ou est le résultat d'une décision prise en raison du manque (permanent) de place disponible pour accueillir l'enfant maltraité ?

Si la nécessité d'une prise en charge urgente de l'enfant se fait ressentir en dehors des heures d'ouverture des équipes SOS Enfants, celles-ci renvoient majoritairement vers un service d'urgences pédiatriques ou psychiatriques, surtout pour les équipes intrahospitalières. Seule une équipe renvoie vers le SAJ, le parquet ou la police. Une autre équipe mentionne le numéro 103.

Finalement, insistons sur le fait que la structure hospitalière constitue, pour tous, l'ultime solution s'il est impossible de trouver de la place ailleurs. Les urgences restent, en effet, le lieu de placement « facile », parce qu'il ne nécessite pas forcément un signalement au SAJ ou au parquet préalablement, et surtout, est disponible 24h/24.

#### Les services de l'aide à la jeunesse et les autorités judiciaires

Lorsqu'il doit envisager une mesure de protection pour l'enfant, le SAJ doit composer avec les places disponibles. Les SAJ rencontrés mentionnent différents lieux de placement à privilégier pour des enfants victimes de maltraitance sexuelle. Pour l'un d'entre eux, l'hospitalisation devra être une solution envisagée puisque, tout en permettant la protection

---

<sup>254</sup> Entretien avec un intervenant d'une équipe SOS Enfants.

<sup>255</sup> Notons que la judiciarisation d'une situation en urgence ne permet pas pour autant toujours de trouver une place pour l'enfant.

de l'enfant, un travail de diagnostic de la maltraitance peut être entamé. Le service de l'aide à la jeunesse est parfois lui-même demandeur que le bilan se réalise en milieu hospitalier pour que l'enfant bénéficie d'un cadre exempt de conflits, dans lequel il se sent protégé et où sa parole pourra être la plus libre possible.

Les autres SAJ ne partagent pas cet avis et recourent à la structure lorsqu'il n'y a pas de place ailleurs (lieu de « stockage ») ou que l'enfant y est déjà hospitalisé. Ils ne considèrent pas forcément les potentialités d'une telle hospitalisation en termes de réalisation d'un bilan.

Pour un autre SAJ rencontré, l'idéal reste le placement de l'enfant en centre d'accueil pour enfants victimes de maltraitance (CAEVM). Le service de l'aide à la jeunesse concerné met en avant les qualités professionnelles et les spécificités d'un tel projet, permettant, en outre, l'hébergement de l'enfant.

Enfin, pour le dernier service de l'aide à la jeunesse rencontré, un placement dans un service agréé de l'aide à la jeunesse, au sein duquel un travail en ambulatoire pourra être entamé, avec une équipe SOS Enfants, constitue l'option privilégiée.

Pour les services rencontrés, la meilleure solution restera toujours celle la plus adaptée aux besoins de l'enfant.

Pourtant, la réalité est bien différente de ce tableau idéal, vu la surcharge des services. C'est la créativité et le bricolage qui font loi si l'enfant doit rapidement faire l'objet d'un placement, en l'attente d'un placement plus pérenne. Il risque d'être balancé entre famille d'accueil d'urgence, hôpital, CAU... Cette discontinuité entre les placements peut s'avérer très délétère pour l'enfant.

Comme pour les équipes SOS Enfants, plusieurs intervenants ont souligné, tout au long de notre recherche, combien la structure hospitalière restait le dernier lieu où l'enfant est sûr d'y trouver une place. Ce constat vaut également pour le monde de l'aide à la jeunesse et le monde judiciaire<sup>256</sup>. Nous parlons bien ici de l'envoi vers les services d'urgences parce que lorsqu'elles sont prévenues, certaines équipes SOS Enfants intrahospitalières refusent l'hospitalisation d'enfants lorsqu'elles considèrent que l'on ne voit leur fonction que sous le prisme de l'hébergement.

---

<sup>256</sup> Il arrive encore parfois que des ordonnances de placement arrivent sans qu'aucun juge n'ait prévenu de l'arrivée de l'enfant. Celles-ci ne sont même pas négociées ou discutées avec le service des urgences.

## Conclusions intermédiaires : quelle(s) collaboration(s) ?

*« Aujourd'hui, on constate que les contacts interpersonnels et les liens créés avec l'expérience demeurent l'axe privilégié pour établir des collaborations efficaces »<sup>257</sup>.*

Afin de clôturer notre analyse, nous voudrions livrer quelques réflexions sur la collaboration et les liens entretenus entre les trois sphères de prise en charge des mineurs (suspectés) victimes de maltraitance : médicale, psychosociale et légale.

Trois niveaux de collaboration sont essentiels: le niveau théorique, les temps de rencontre et le partage et la transmission d'informations.

Nous l'avons vu tout au long de ce chapitre, au-delà des textes législatifs, différents écrits réglementent les collaborations et partenariats entre ces trois secteurs.

Nous pensons notamment au :

- Protocole d'intervention entre le secteur médico-psychosocial et le secteur judiciaire qui implique les trois secteurs rencontrés ;
- Protocole de collaboration entre les équipes SOS Enfants et les conseillers de l'aide à la jeunesse, d'une part, et les directeurs de l'aide à la jeunesse, d'autre part, qui implique principalement le milieu psychosocial ;
- Projet d'accord de coopération entre le parquet et les cliniques universitaires Saint-Luc et le CHU Saint-Pierre. Cet accord porte sur la réalisation du set d'agression sexuelle par les structures hospitalières ;
- Accord de coopération entre une équipe SOS Enfants et une structure hospitalière.

Nous voyons qu'à un niveau théorique, la coordination des secteurs pour assurer cette prise en charge est globalement bien couverte, même si ces textes ne sont pas développés dans l'ensemble des services.

Pourtant, malgré un travail remarquable mené par les différents services, ces collaborations restent parfois compliquées à matérialiser en pratique. Il faut pour ce faire, qu'au-delà de ces textes, existent une connaissance et une reconnaissance des rôles de chacun. Ce qui passe par l'organisation de temps de rencontre et d'échanges entre les services. Ces rencontres communes s'élaborent sur trois niveaux :

1. des rencontres autour de situations communes aux différents services, afin de coordonner la prise en charge ;
2. des temps de rencontre théorique pour réfléchir le travail de manière plus holistique ;
3. des échanges informels entre les services.

---

<sup>257</sup> E. de BECKER, E. CABILLAU, S. CHAPELLE, « Pratique de réseau et maltraitance d'enfants », in *Thérapie familiale*, 2011, vol. 32, p. 232.

Ce dernier temps nous paraît le plus important puisqu'il illustre réellement cette reconnaissance entre professionnels. Exemplifions cette idée. Nous avons pu remarquer, concernant le travail en réseau, que des difficultés apparaissent lors de la nécessité d'un relais entre services. Or, des contacts réguliers et informels entre intervenants de deux services, afin de s'assurer de l'effectivité du relais dans une situation, semblent constituer un élément facilitateur d'une meilleure prise en charge de l'enfant victime. L'inscription textuelle d'une telle démarche ne suffit pas à ce que le relais s'effectue en pratique. Ce sont les échanges quotidiens entre professionnels qui permettent ce suivi.

Ces textes peuvent cependant constituer un incitant pour une meilleure collaboration, surtout si l'on considère que leur construction a poussé à ce que les services se rencontrent et débattent ensemble. Mais avant que ces textes soient appliqués, il est nécessaire qu'ils soient connus et reconnus des acteurs de terrain, ce qui ne semble pas toujours le cas actuellement.

Soulignons finalement que cette collaboration doit être guidée par des barrières éthiques. Prenons, par exemple, le niveau le plus « avancé » de la collaboration, celui de la transmission d'informations. Celle-ci ne sera pas envisageable pour certains acteurs du système, poursuivant parfois des intérêts divergents. Il est, en effet, logique que chacun garde sa place, son rôle pour limiter la confusion.

Ce travail de réseau peut dès lors s'avérer complexe lorsque tous les intervenants ne sont pas soumis aux mêmes règles. Au final, « l'écueil principal d'une politique de réseau bien menée se retrouve dans les questions du partage d'informations, de la confidentialité et du secret professionnel. Tous les intervenants n'étant pas soumis aux mêmes règles, la notion de secret partagé ne répond qu'en partie aux problèmes soulevés par le respect de la vie privée des usagers du réseau »<sup>258</sup>.

---

<sup>258</sup> *Ibid.*, p. 241.

## Conclusions générales : pistes de travail et recommandations

Une étude du Fonds Houtman a été menée entre 2008 et 2010 concernant l'accueil d'enfants abusés sexuellement dans les hôpitaux, en cabinet médical privé et en équipe SOS-Enfants. Les résultats de cette étude ont fait ressortir une importante disparité des procédures d'accueil et de prises en charge ainsi qu'une insuffisance dans la coordination entre les différents services.

Le travail qui nous a été confié par le Fonds Houtman, faisant suite à cette recherche, a pour finalité la rédaction d'un protocole commun aux différentes institutions prenant en charge l'enfant maltraité sexuellement en vue de l'amélioration des pratiques professionnelles.

Concrètement, nous sommes parties à la rencontre de multiples acteurs de terrain. La prise en charge des enfants victimes d'abus sexuels concerne, en effet, un bon nombre de professionnels en Fédération Wallonie-Bruxelles. La problématique implique tant des acteurs issus du secteur médico-psychosocial que judiciaire.

Notre échantillon est constitué de deux acteurs clés traitant ces situations : les hôpitaux et les équipes SOS-Enfants (ou services équivalents). Cinq centres ont été sélectionnés (c'est-à-dire une équipe SOS Enfants et la structure hospitalière<sup>259</sup> à laquelle elle appartient ou avec laquelle elle collabore le plus), en raison notamment de leur expertise dans ce type de prise en charge, de leur implantation hospitalière ou encore de leur vocation universitaire.

D'autres intervenants se sont adjoints au projet vu leur implication importante dans le travail auprès d'enfants victimes de maltraitance sexuelle. Il s'agit des services de l'aide à la jeunesse, de médecins légistes et du parquet.

Le panel des acteurs rencontrés n'est cependant pas tout à fait exhaustif au niveau du paysage professionnel de la prise en charge de la maltraitance sexuelle infantile. Nous pensons à certains services de l'enfance mais aussi du monde judiciaire, au sens très large, comme les services de protection judiciaire ou encore les services de police.

Enfin, les enfants eux-mêmes ne font pas partie de notre échantillon. Nous avons conscience que leur implication dans un travail de recherche permettrait sans doute d'encore mieux répondre à leurs besoins. Leur implication nécessite cependant un temps, une préparation et une maîtrise que nous n'avons pas dans le cadre de cette recherche.

Le projet s'est concrétisé sous la forme d'une recherche-action, ce qui nous a permis d'associer, tout au long du travail de recherche, les professionnels directement concernés par la prise en charge des mineurs (soupçonnés) victimes de maltraitance sexuelle.

Tous les acteurs ont été rencontrés via une méthodologie qualitative (entretiens, observation directe et analyse de dossiers).

Notre recherche a débuté par une phase descriptive. Celle-ci s'est matérialisée par la présentation de vignettes cliniques reprenant quelques trajectoires de prise en charge sur

---

<sup>259</sup> Quelques structures hospitalières se sont tout de même ajoutées au projet initial.

base de différentes portes d'entrée possibles pour l'enfant victime : l'arrivée via les urgences (en phase aiguë ou pour des faits chroniques), l'hospitalisation ou encore les équipes SOS-Enfants.

Tout en reconnaissant la qualité du travail réalisé et de l'expertise détenue par chaque service, cette partie de la recherche a permis de mettre en avant les différentes manières de traiter une même situation, en fonction du service concerné, de la diversité des modes d'entrée des situations dans la « sphère publique » mais aussi de la politique institutionnelle différente des services malgré des références communes. Ces constats démontrent la difficulté de penser une prise en charge « unifiée » de ces situations si singulières dans des contextes particuliers d'intervention.

Nous avons poursuivi le travail par une partie plus analytique reprenant les grands domaines (médical, psycho-social et éventuellement légal) de la prise en charge de la maltraitance sexuelle. Cette partie a permis de donner un bon aperçu des points centraux à retenir par secteur.

Nous vous proposons dès lors d'axer les conclusions sur nos recommandations, directement nourries de ce travail de recherche ainsi que de la première recherche réalisée par le Fonds Houtman. Notons que ces recommandations ne constituent qu'un point de départ, une base pour un travail plus approfondi. Il s'agit d'un travail en évolution constante, qui pourra être mobilisé par tous les acteurs concernés par la problématique.

Préalablement à leur présentation, différentes précisions doivent être fournies.

Les recommandations sont portées sur les processus, les stratégies d'intervention mais pas sur les contenus mêmes des prises en charge. Elles portent essentiellement sur le travail des équipes SOS Enfants et des hôpitaux puisqu'ils constituent la cible de notre recherche.

Ces recommandations sont basées sur un travail réalisé auprès d'équipes spécialisées. Certaines d'entre elles s'adressent dès lors, en premier lieu, à des équipes moins formées en la matière. Ces recommandations pourront tout de même constituer une piqûre de rappel pour l'ensemble des services concernés<sup>260</sup>.

Il faudra tenir compte des réalités locales pour penser l'ancrage de ces recommandations. L'idée étant de mettre en avant ce que chaque type de service peut apporter et à quel moment de la prise en charge. Les services évalueront comment s'organiser en interne, et en collaboration avec les autres services du réseau, en fonction des particularités locales.

Enfin, toutes les recommandations n'ont pas été avalisées par les acteurs de terrain<sup>261</sup>. Nous les indiquons cependant dans ces conclusions puisqu'ils nous semblent, qu'au regard des résultats de la recherche et si l'on poursuit l'intérêt supérieur de l'enfant, ces recommandations répondent au mieux à leurs besoins.

---

<sup>260</sup> Les recommandations s'adressent, par moment, davantage aux structures hospitalières qu'aux équipes SOS Enfants, certainement parce les médecins sont plus isolés et parfois moins spécialisés que les équipes SOS Enfants, travaillant en pluridisciplinarité et fondée en lien avec la problématique de la maltraitance.

<sup>261</sup> Il s'agit de la recommandation portant sur la création d'un centre d'expertise.

## Des recommandations à différents niveaux

Nous avons décidé de procéder à la présentation des recommandations sous forme de « boîte à outils ». Celles-ci pourront s'emboîter, se greffer aux différents temps de prise en charge des enfants victimes. Elles doivent être pensées de manière connectée.

Cette « boîte à outils » est composée de :

- Principes/ lignes directrices guidant la prise en charge ;
- Recommandations pratiques sur base des trajectoires de prise en charge (aspects médical, médico-légal et psychosocial/protectionnel) ;
- Guidelines pour un protocole de prise en charge de l'abus sexuel aux urgences ;
- Convention entre équipes SOS-Enfants et service(s) hospitalier(s) ;
- Création d'un centre d'expertise et d'une fonction de conseiller maltraitance.

Ces recommandations pourront être hiérarchisées en différents niveaux:

1. Les recommandations qui peuvent s'appliquer dans l'immédiateté. L'idée étant d'améliorer et/ou de favoriser ce qui existe déjà, en allant un pas plus loin ;
2. Les projets qui nécessitent un certain développement et une réflexion au sein des structures mais qui n'engendrent pas une « révolution » au niveau du cadre actuel de prise en charge. Elles peuvent être mises en place par les services existants, dans un délai rapproché ;
3. Les projets plus « idéalisés » (parce que plus conséquents d'un point de vue financier, politique...) mais nécessaires au regard des résultats de recherche obtenus.

Nous avons ordonné les recommandations de façon à ce qu'elles suivent cette hiérarchisation.

## Les principes et lignes directrices guidant la prise en charge

Ce point vise à reprendre quelques grands principes (non-exhaustifs) devant guider les services traitant des situations de maltraitements sexuelles infantiles :

- **Des formations et une sensibilisation sur le sujet doivent être assurées à l'ensemble des acteurs potentiellement concernés** (via différents médias). Les services rencontrés dans le cadre de notre recherche constituent des experts dans le domaine. Ils occupent un rôle clé pour pouvoir diffuser leurs connaissances aux acteurs moins formés.

Concernant les équipes SOS Enfants précisément, le décret relatif à l'Aide aux enfants victimes de maltraitance du 12 mai 2004 mentionne d'ailleurs, en son article 9, que les équipes SOS Enfants ont notamment pour mission « d'apporter leur collaboration à l'Office, aux services du Gouvernement de la Communauté française et aux CAAJ pour l'organisation de campagnes de prévention et d'information et pour la formation des intervenants professionnels en matière de maltraitance d'enfants » ;

- Les acteurs doivent veiller à l'application sur le terrain des **grands principes juridiques protégeant les droits de l'enfant**, garantis notamment par la Convention internationale relative aux droits de l'enfant (non-discrimination, intérêt supérieur de l'enfant, droit à la vie et au développement et participation de l'enfant), soient appliqués sur le terrain ;
- Il peut être difficile d'assurer les relais entre services, pourtant nécessaires pour un accompagnement global de l'enfant victime. Les **interventions doivent être coordonnées** entre les différents professionnels impliqués dans une situation afin de limiter au maximum les effets délétères pour l'enfant (maltraitance institutionnelle (« Les pratiques de l'aide et de la protection apportées à l'enfant peuvent devenir maltraitantes, notamment lorsqu'elles ne respectent pas le rythme, les besoins et les droits de l'enfant et de sa famille »<sup>262</sup>), enfant non pris en charge d'un point de vue médical ou psychosocial...)) ;
- Le **rôle et les missions remplis par chaque service doivent être lisibles** pour les familles. Les services doivent également être facilement accessibles à ces dernières. En outre, une fois prises en charge par ces services, les familles doivent en comprendre le processus. Elles sont également impliquées dans les prises de décisions, sauf si cela risque de mettre à mal l'intérêt de l'enfant lui-même ;
- Tout en tenant compte des spécificités locales, **les prises en charge doivent être un minimum unifiées**. Une relative similarité concernant le traitement des situations par les différents services permet une meilleure compréhension du système par les bénéficiaires (si ceux-ci déménagent, par exemple, et sont exposés à plusieurs d'entre eux). Il permet également une égalité de traitement au niveau de la prise en charge. Autre intérêt, celui de pouvoir collaborer entre les différents services tout en saisissant et reconnaissant le type de travail réalisé par chacun d'entre eux ;
- L'enfant victime de maltraitance nécessite une prise en charge pluridisciplinaire. C'est ce qui explique notamment la création des équipes SOS Enfants sur une base rassemblant différentes fonctions au sein d'une même équipe. En pratique, nous l'avons vu, la mise en pratique de cette pluridisciplinarité reste parfois difficile. La **nécessité du caractère global, complet et multidimensionnel de la prise en charge** doit dès lors être rappelée ;
- Favoriser **les lieux et temps de concertation et de coordination, le travail en réseau (tout en respectant les balises éthiques qui limitent le transfert d'informations lorsque les services poursuivent une finalité différente)**. Ces moments d'échanges portent directement sur les situations (en respectant les règles entourant le secret professionnel de chaque service/fonction...) mais les services discutent également de manière plus holistique sur les modes d'intervention de chacun afin de voir comment ceux-ci peuvent se coordonner au mieux.

A ce sujet, le protocole d'intervention entre le secteur médico-psycho-social et judiciaire préfère la notion d'articulation plus que de collaboration ; elle met en avant l'idée qu'un secteur n'impose pas sa logique à l'autre. Il stipule en outre qu'« une meilleure connaissance

---

<sup>262</sup> Cité dans de BECKER, E., CABILLAU, E., CHAPELLE, S., « Pratique de réseau et maltraitance d'enfants », *in Thérapie familiale*, 2011, vol. 32, p. 247.

du fonctionnement de l'autre secteur facilite l'intervention, lève la méfiance et assure le retour de l'information d'autant que, dans une matière aussi sensible, une réaction rapide est attendue de la part des deux secteurs »<sup>263</sup>.

- Afin de limiter au maximum le risque de victimisation secondaire, **le cadre de prise en charge doit être adapté à l'enfant**. Ceci se matérialise notamment par un accueil de qualité dans un lieu adapté aux enfants, par le fait de ne pas multiplier les lieux de prise en charge, de limiter le nombre d'intervenants nécessaires pour assurer une prise en charge de qualité... ;

### Recommandations sur base de trajectoires : vers un meilleur accrochage des maillons de prise en charge

La diversité des portes d'entrée concernant la prise en charge des enfants victimes de maltraitance sexuelle détermine les multiples trajectoires possibles.

Cette partie détaillera, pour plusieurs trajectoires de prise en charge, les points d'attention à garder en tête. L'idée étant de faciliter le travail quotidien, en synthétisant les bonnes pratiques et, à l'inverse, les « pièges » à éviter.

Notons que ces recommandations nécessiteront une coordination entre les acteurs des différents secteurs. Celles-ci se veulent assez généralistes, nous ne pouvons pas nous immiscer dans les différents domaines de prise en charge afin d'imposer des recommandations détaillées. Elles constituent une proposition, une matière mobilisable par les acteurs eux-mêmes, sur le terrain.

Ces recommandations, présentées de manière schématique, pourront bien évidemment être complétées au besoin.

### Des recommandations communes aux trajectoires de prise en charge

- Dès qu'un relais doit être réalisé entre deux services, il est nécessaire que l'intervenant du service envoyeur s'assure de l'effectivité du suivi (par exemple, lorsqu'un service d'urgences conseille à une famille de contacter une équipe SOS Enfants...).

La connaissance et la reconnaissance entre les acteurs facilitent ces échanges. Ces relais peuvent s'effectuer de diverses manières (prise de contact téléphonique avec le potentiel futur service relais, carnet médical?...)

- Clarifier les rôles remplis par chaque service permettra une meilleure identification de chaque intervenant par les familles.

Notre recherche a, en effet, pu faire le constat qu'à différents moments, les rôles remplis par chaque intervenant ne sont pas toujours facilement identifiables à identifier pour les familles : confusion pour l'enfant entre ce que représente le SAJ et

---

<sup>263</sup>Groupe de travail francophone/germanophone (maltraitance des enfants), *protocole d'intervention entre le secteur médico-psycho-social et le secteur judiciaire*, op. cit., p. 3.

une équipe SOS Enfants, confusion pour une famille des rôles joués par les intervenants au niveau d'une équipe médico-psychosociale intrahospitalières...

- Concilier la gestion différentielle des temporalités et des logiques de travail des différents services intervenant dans une situation afin d'assurer une prise en charge de qualité à l'enfant.

La prise en charge de l'enfant victime se joue sur divers plans, qui nécessitent souvent l'intervention de différents services possédant des règles de travail différentes. Nous pensons, par exemple, à la récolte de la parole de l'enfant dans une visée de soins, par les équipes SOS Enfants mais aussi dans une visée pénale, par le biais de la réalisation d'une audition vidéo-filmée. Les deux services devront s'entretenir afin de procéder d'une manière à ce que chacun puisse accomplir ses missions. L'intérêt supérieur de l'enfant devra toujours guider les choix à faire. Cette coordination ne sera permise que si les services se connaissent et se reconnaissent.

#### Arrivée aux urgences, en aigu (< de 72h après un viol)

De manière générale, une personne doit pouvoir être joignable afin de répondre à différents questionnements (d'ordre médical, psychosocial voire légal (signaler ? hospitaliser ?...)) concernant la prise en charge d'une situation aux urgences. Cette disponibilité devra pouvoir être garantie à toute heure du jour et de la nuit.

La prise en charge doit être multidisciplinaire, mais coordonnée par le pédiatre de garde qui doit veiller à la complétude du dossier médical, détaillé aux urgences (nécessaire pour réaliser un éventuel diagnostic futur). En effet, il représente la personne clé, présente aux urgences et sensibilisée au monde de l'enfant.

La prise en charge des enfants victimes de maltraitance ou suspectés de l'être reste complexe. Elle nécessite la présence d'un personnel formé et sensibilisé en la matière. Une attention doit être portée en ce sens aux assistants en pédiatrie qui se retrouvent souvent, seuls, confrontés à ces situations les soirs et le weekend au service des urgences.

Afin de faire évoluer la prise en charge de ces enfants en structure hospitalière, un recensement des situations admises aux urgences devrait être mis sur pied.

#### Au niveau médical :

- Un protocole complet et actualisé en matière de prise en charge de l'abus sexuel aux urgences est rédigé dans chaque structure hospitalière. Ce dernier est connu de tous les intervenants exerçant dans le service. Notons que ce protocole ne dispense pas de la nécessité de former les professionnels potentiellement exposés à ces situations.
- Le corps médical recevant l'enfant aux urgences ne néglige pas l'importance de la réalisation d'une anamnèse médicale et sociale (éventuellement enfant et parents séparés), préalable pour guider la prise en charge psychosociale et médicale. Si le

cadre le permet, cette anamnèse peut être effectuée en binôme (médical – psychosocial).

- Certains hôpitaux ne disposent pas des ressources nécessaires (en matériel et/ou en personnel) pour prendre en charge les situations de viol en phase aiguë. Les transferts entre structures hospitalières doivent dès lors être institutionnalisés et organisés pour ces cas : pour quels types de faits (trithérapie anti-HIV, par exemple) réaliser ces transferts ? Pour quelle phase de la prise en charge ? Comment centraliser et informer des lieux d'envoi ? Comment envisager les relais par la suite ? Des documents doivent-ils être remis à l'enfant avant le transfert ? Comment préparer l'enfant au transfert ? Comment l'hôpital qui va recevoir l'hôpital doit-il être averti au préalable ?...
- Chaque enfant arrivant aux urgences pour des faits de maltraitance sexuelle fait l'objet d'un examen physique complet et détaillé. L'examen comprend toujours un examen génito-anal externe. Le pédiatre examinant l'enfant a connaissance de la symptomatologie type.
- Même si la situation amenée aux urgences présente certains doutes par rapport à la véracité des faits, des prélèvements sont réalisés. Si une procédure pénale est entamée conjointement, les prélèvements sont faits en double.
- Une prophylaxie préventive (MST et grossesse) est mise en place rapidement en cas de doutes. Les dosages (éventuellement via protocole) ainsi que le lieu de stockage des médicaments sont connus de tous les médecins exerçant au service des urgences.
- Un examen gynécologique (réalisé par une personne spécialisée (gynécologue ou pédiatre)) ou anal (gastro-entérologue, par exemple) est envisagé afin d'objectiver et d'assurer une prise en charge globale de l'abus (voir coordination avec l'éventuel volet médico-légal), même si l'examen donne souvent peu d'éléments probants.
- La réalisation de ces examens médicaux est pensée en coordination avec la mise en œuvre éventuelle d'un volet légal. C'est-à-dire que l'enfant est examiné un minimum de fois. Lorsque c'est possible, les prises en charge thérapeutique et légale se font dans un même temps. Les intervenants restent vigilants quant au fait que le report de certains examens n'entraîne pas finalement l'omission de plusieurs d'entre eux.
- Après le passage de l'enfant aux urgences, un suivi rapproché dans la même institution est assuré. Les institutions perdent actuellement trop facilement les enfants après leur prise en charge aux urgences. Une personne de référence est identifiée pour le suivi (indiquée dans le protocole). Ce médecin possède une connaissance fine des pathologies types et a une fibre sociale. Eventuellement, un

intervenant fait le lien entre les urgences et le suivi médical (infirmier, médecin...). Le médecin des urgences reste responsable du relais à assurer.

Le rendez-vous de suivi médical est fixé au moment de la prise en charge aux urgences.

Un dispositif établissant les démarches à suivre en cas de non présentation de la famille à la consultation de suivi est établi.

- L'hospitalisation provisoire pour une meilleure prise en charge de l'enfant (chaque équipe doit voir comment elle peut fonctionner ; certaines structures possèdent, par exemple, un service plus spécialisée en journée, d'autres pas) est envisagée.
- Les médecins de salle restent attentifs au suivi médical de l'enfant en cas d'hospitalisation.

Au niveau (médico-)légal :

- La prise en charge légale ne dispense pas d'une prise en charge médicale et psychosociale.
- Les examens légaux sont idéalement réalisés en milieu hospitalier. Cela permet plus facilement de réaliser un examen thérapeutique et légal de manière conjointe, de s'assurer que le volet médical sera également assuré, d'avoir directement accès aux médicaments (centre de référence SIDA...)...
- Des prélèvements à titre conservatoire peuvent être privilégiés en fonction des résultats de l'anamnèse et si une plainte n'est pas déposée (frottis, photos + description (attention: lésions disparaissent rapidement!)). Un courrier explicatif aux parents est rédigé si de tels prélèvements ont lieu. La valeur probatoire reste cependant à discuter puisqu'elle fait débat.
- Un travail de sensibilisation des magistrats à un recours (adapté) au réquisitoire concernant un SAS ou une exploration corporelle, plus largement, est réalisé. Ce travail passe par le fait de favoriser la communication entre services pour que les professionnels évaluent ensemble l'opportunité de tels examens. Le réquisitoire portant sur la réalisation d'un SAS doit être délivré le plus rapidement possible. Au besoin, le service des urgences prend directement contact avec le magistrat (de garde) afin de s'assurer de la rapidité de ce suivi.
- Les explorations corporelles (y compris le SAS) sont idéalement réalisées par des médecins légistes, spécifiquement formés en la matière. Vu la pénurie que connaît actuellement la profession, une situation alternative doit être envisagée. En fonction de l'organisation de chaque structure hospitalière, des gynécologues ou pédiatres (ainsi qu'un médecin spécialisé pour l'examen anal) doivent être formés à la

réalisation de ces examens (former à la manière d'aborder l'enfant, systématiser la rédaction de rapport (cf. travail réalisé par les légistes), envisager un axe légal plus que médical dans l'examen ...). Il pourrait être décidé d'identifier quelques centres par région comme lieu de référence pour réaliser ces examens (via la formalisation d'un accord de coopération avec le parquet, par exemple). Afin de favoriser une prise en charge coordonnée avec le volet médical, les centres désignés pourraient être ceux qui disposent d'un kit de démarrage pour la trithérapie anti-HIV.

- S'il s'agit du médecin qui réalise le volet légal, il reste attentif au respect de l'article 121 du Code de déontologie médicale<sup>264</sup> qui stipule l'incompatibilité des missions d'expert et de médecin traitant. L'organisation du personnel intervenant doit dès lors être pensée en fonction.
- Lorsque le parquet requiert une audition vidéo-filmée, sa réalisation doit être pensée en lien avec le reste du volet légal. Par exemple, si l'AVF n'est pas réalisée avant le SAS, le médecin est au courant des questions qui peuvent ou non être posées et de la manière avec laquelle appréhender l'enfant.

#### Volet psycho-social et protectionnel

- Le médecin recevant l'enfant aux urgences doit pouvoir bénéficier d'un soutien concernant la décision de réaliser ou non un signalement à l'aide à la jeunesse, voire au secteur judiciaire. Cela se matérialise dans l'immédiat, par le fait que le médecin trouve des informations dans un protocole complet et/ou contacte un superviseur. Sur un plus long terme, le médecin est formé à la matière (diffusion des textes législatifs, formation...). Si la question d'un signalement se joue plus tard, le service des urgences et le(s) service(s) actuellement en charge de la situation (équipe SOS Enfants...) débattront ensemble de l'opportunité d'un signalement retardé.
- Toute situation de maltraitance (avérée ou suspectée) amenée aux urgences doit être relayée à une équipe pluridisciplinaire spécialisée (interne ou externe, SOS ou service équivalent), avec l'accord des bénéficiaires si la situation le permet. La possibilité d'un premier contact avec le service afin, au moins, de fixer d'un premier rendez-vous est valorisée (cela favorise le fait que l'enfant se représente).
- Idéalement, une prise en charge psychosociale est assurée 24h/24 et/ou le weekend. Si une première intervention de ce type n'est pas possible aux urgences, un relais doit être assuré de manière systématique le plus rapidement possible. En dehors des heures d'ouverture du service, les urgences ont la possibilité de donner les heures d'ouverture du service psycho-social qui prendra le relais (importance de la connaissance de ces services aux urgences). Le médecin s'assure de l'effectivité de ce

---

<sup>264</sup> Conseil national de l'Ordre des Médecins, *Code de déontologie médicale*, 29 août 2016.

relais (surtout en cas de sollicitation de la structure hospitalière par une structure externe).

- Le médecin assure la protection de l'enfant en urgence, éventuellement via l'hospitalisation de ce dernier, le temps nécessaire.
- Si le médecin ne peut bénéficier du soutien d'un superviseur en cas de doute quant à la décision d'hospitaliser ou non un enfant, il peut se référer à un protocole reprenant des critères (non exhaustifs) qui « justifient » l'hospitalisation (lésions, risque de récurrence, souffrance physique ou psychique...).
- Le personnel de salle est sensibilisé à la prise en charge de ces enfants (être plus attentif aux allers-venues des parents que pour les autres enfants...).

#### Arrivée aux urgences plus de 72 heures après les faits (ou pour des faits chroniques...)

Dans ces situations, si un transfert a lieu dans une autre structure hospitalière (pour hospitaliser un enfant...), la structure envoyeuse assure quand même le volet médical de la prise en charge. Chaque structure peut réaliser une prise en charge « généraliste », avant d'envoyer l'enfant.

#### Ce qui diffère au niveau médical

- Une attention particulière est apportée à la prise en charge médicale pour les faits anciens. Encore trop souvent, si les faits datent et/ou si la situation présente une maltraitance multiple, les oublis sont plus importants.
- La réalisation d'un examen est reportée si la prise en charge peut être réalisée par un médecin plus spécialisé (si la situation porte sur des faits clairs (rare!) et non récents, et que l'enfant ne présente pas de symptômes). Le rendez-vous est toutefois fixé au plus vite.
- Il reste important de faire procéder à un examen gynécologique pour faire le point si un enfant est considéré comme à risque ou que des faits de pénétration, même anciens, semblent avoir eu lieu.
- Les prélèvements (même si la prophylaxie préventive ne présente plus le même intérêt) sont réalisés si un acte de pénétration est suspecté. Le médecin connaît les prophylaxies à éventuellement mettre en route, en fonction des résultats, et assure le suivi nécessaire.

#### Ce qui diffère : au niveau légal

- Les volets médical et légal doivent être coordonnés. Pour permettre cette coordination, les actes médico-légaux sont réalisés en milieu hospitalier: soit par un légiste (accompagné par un gynécologue pour le volet thérapeutique?), soit dans le

cadre d'une collaboration entre pédiatre (il connaît l'enfant, il est le gestionnaire médical de son dossier...) et gynécologue (habitué à réaliser des prélèvements...).

#### Arrivée par l'hospitalisation ou les consultations

- Les professionnels des salles d'hospitalisation et les médecins de consultation sont formés, de manière continue, à la détection des situations de maltraitance sexuelle et à la manière dont celles-ci peuvent être relayées aux services compétents. Les services relais sont clairement identifiés (un document peut reprendre les différentes coordonnées et être diffusé aux principaux intéressés).
- Le médecin identifie les personnes de référence à informer au sein de sa structure s'il a un doute quant à une situation.
- Si l'enfant maltraité ou suspecté de l'être est hospitalisé, le médecin signale sans délai la situation aux services compétents. Si la situation ne met pas en danger l'enfant, il demande l'accord de l'enfant et de sa famille préalablement.

#### Arrivée via SOS Enfants

- Toute situation prise en charge par une équipe SOS Enfants est évaluée (par l'équipe elle-même ou préalablement par un autre service).
- Les équipes SOS Enfants restent attentives à assurer ou maintenir le caractère pluridisciplinaire de leur prise en charge, tant dans la phase de diagnostic que dans celle du suivi thérapeutique (constat: c'est la phase de diagnostic qui assure mieux le caractère pluridisciplinaire de la prise en charge). La pluridisciplinarité permet en outre d'éviter de multiplier les lieux de prise en charge de l'enfant.
- Pour ce qui concerne les collaborations avec les structures hospitalières, nous vous invitons à vous référer au point portant sur les conventions de collaboration. Celles-ci contiennent des balises facilitant les collaborations entre les deux types services (donner une réponse rapide quant à la possibilité de prendre en charge l'enfant...).

#### Le volet médical

Il faut garder la dimension médicale dans la prise en charge par les équipes SOS Enfants, pourtant parent pauvre de l'intervention par les équipes à la lumière de notre analyse. Ceci se matérialise par :

- . Bénéficier du regard médical dans le cadre des bilans. La dimension médicale fait partie du bilan pluridisciplinaire ;
- . Être aussi attentif aux aspects médicaux durant les suivis thérapeutiques (si un bilan préalable a été réalisé, quel est l'impact sur le suivi au niveau médical?) ;

. L'équipe doit avoir une vision claire des médecins spécialisés qui peuvent intervenir (hôpitaux de référence en fonction de la problématique médicale présente). Si un relais doit être réalisé en la matière, l'équipe s'assure de son effectivité ;

. Questionner le volet médical lors de tout signalement. Il s'agit de développer le réflexe médical qui peut être défini comme l'attention portée par les intervenants à la dimension médicale lors de la prise en charge d'une situation, et ce dès son signalement. La question reste posée de la possibilité de développer ce type de réflexe vu la faible présence du corps médical au sein des équipes ;

. Systématiser une visite médicale par situation?

. Il ne relève pas de la responsabilité des équipes SOS Enfants d'assurer le suivi médical dans la durée. Les équipes ne sont, de fait, pas armées pour réaliser un tel travail. Elles peuvent cependant le cas échéant faire le lien avec le milieu médical concerné ;

. Concernant les envois et renvois vers/de la structure hospitalière, voyez le projet de convention de collaboration entre les hôpitaux et les équipes SOS Enfants mentionné *infra*.

#### Les volets psychosocial et protectionnel

. L'équipe SOS Enfants reste attentive au respect d'une de ses spécificités, celle de pouvoir travailler en toute confidentialité. Si l'équipe ne peut intervenir seule, elle respectera le principe de déjudiciarisation, principe clé du décret de l'aide à la jeunesse du 4 mars 1991. Même en urgence, l'équipe évaluera la possibilité d'entamer un travail dans le cadre de l'aide consentie.

. Si la situation est judiciairisée, l'équipe sera attentive au respect du protocole conclu entre le secteur psycho-médico-social et le judiciaire, qui se matérialise notamment par le recours systématique au double signalement en cas de signalement au parquet.

. Les équipes SOS Enfants maintiennent des rencontres avec le SAJ pour discuter des situations communes mais également afin de penser, de manière plus générale, les modalités d'intervention et de collaboration (situations de plus en plus complexes rencontrées par les équipes, comment envisager la collaboration lorsque SOS a besoin de l'intervention du SAJ pour mettre en place certaines mesures ?, débattre de la question du cadre, réfléchir à quand/si l'équipe sollicite le soutien du SAJ, le SAJ peut-il jouer un rôle de fil rouge afin d'éviter des ruptures dans les prises en charge?...). Les collaborations entre les deux types de service seront balisées par le protocole conclu entre les équipes SOS Enfants et les Conseillers et Directeurs de l'aide à la jeunesse.

. Si une plainte est déposée au pénal, tout en respectant les balises propres à chaque secteur (secret professionnel...), l'équipe SOS Enfants collabore avec les secteurs policiers et judiciaires afin d'assurer à l'enfant la prise en charge la plus cohérente possible (envisager quand l'équipe entame son travail en fonction du moment de la réalisation de l'audition vidéo-filmée...). On pourrait parler ici d'une collaboration « organisationnelle ».

Les services veillent à ne pas soumettre l'enfant à davantage d'examens, et d'auditions que nécessaire (« Il convient d'éviter de multiplier les expertises ordonnées dans différentes procédures, afin de ne pas imposer des actes, parfois perçus comme une aggravation du traumatisme du mineur, alors qu'ils ne sont pas nécessaires »<sup>265</sup>). Le protocole conclu entre le secteur médico-psycho-social et judiciaire stipule en ce sens qu'« il est hautement recommandé que le professionnel chargé par le parquet ou le juge d'instruction de l'examen de crédibilité du discours de l'enfant assiste à son audition par les enquêteurs »<sup>266</sup>.

### Un protocole de prise en charge de l'abus sexuel aux urgences

Notre recherche a mis en lumière que si l'ensemble des services des urgences possédait un protocole de prise en charge de la maltraitance sexuelle aux urgences, celui-ci était rarement complet, à jour et connu des premiers intéressés.

Sous certaines conditions, ce type de document est pourtant capital pour favoriser une prise en charge de qualité de ces enfants. S'il ne remplace pas la formation des intervenants, il sert notamment, en tant que piqûre de rappel, aux intervenants des urgences pédiatriques.

Si les intervenants rencontrés insistent sur le caractère singulier des situations exposées, il reste important de bénéficier d'un cadre, d'un document dans lequel l'intervenant peut puiser pour orienter la prise en charge.

Ce document doit être mis à jour régulièrement (nouveaux traitements, remplacement de personnel...). L'accessibilité et le mode de diffusion du protocole doivent également être envisagés.

Il nous est impossible de proposer un protocole définitif de prise en charge aux urgences, notamment parce que chaque institution hospitalière connaît une organisation qui lui est propre (relais vers un service psycho-social, composition des urgences...).

Nous vous proposons plutôt de mettre en avant les points que tout protocole devrait contenir.

#### Protocole de prise en charge de l'agression sexuelle aux urgences : les points d'attention

. Deux volets composent le protocole :

1. Un volet synthétique (algorithme) des différentes phases d'intervention et des principaux questionnements
2. Un volet plus détaillé (si des questions spécifiques se posent, l'intervenant pourrait y puiser l'information)

. Prise en charge guidée par plusieurs critères : l'urgence médicale et éventuellement légale (< 72h ou > 72h), les doutes quant aux faits et la nécessité de mise à l'abri de l'enfant

<sup>265</sup> Direction des affaires criminelles et des grâces (Ministère de la Justice), *Guide relatif à la prise des mineurs victimes*, France, septembre 2015, URL : [www.justice.gouv.fr/art\\_pix/guide\\_enfants\\_victimes.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/guide_enfants_victimes.pdf), consulté le 20 décembre 2015, p. 34

<sup>266</sup> Groupe de travail francophone/germanophone (maltraitance des enfants), *protocole d'intervention entre le secteur médico-psycho-social et le secteur judiciaire*, *op. cit.*, p. 9.

- . Lister les personnes de contact en la matière
- . Accueil de qualité (temps d'attente, intimité...) assuré à l'enfant dans un cadre adapté
- . Anamnèse médicale et sociale complète
- . Informations données quant aux méthodes d'écoute de l'enfant
- . Si l'hôpital ne peut prendre en charge tous les types de situations, envisager concrètement les transferts

#### Au niveau médical

- . Examen physique général (symptomatologie type ?), dont fait partie l'examen génito-anal + examen gynécologique
- . Examens complémentaires et prophylaxies – situations nécessitant qu'une prophylaxie préventive soit mise en route
- . Consultation de suivi (+ contacts à assurer et lien entre urgences et consultations de suivi)
- . Modèle de constat ?

#### Au niveau médico-légal

- . Qui ? Légiste ou médecin formé ? Assure-t-il également le volet médical ?
- . Si possible dans un temps conjoint de la prise en charge médicale
- . En milieu médical (urgences ou service de pédiatrie)

#### Au niveau psycho-social et protectionnel

- . Critères qui justifient l'hospitalisation/lieu de protection
- . Mode de relais vers une équipe médico-psycho-sociale
- . Signalement SAJ/parquet (procédure et opportunité des deux options)

#### Importance de penser dans le document comment se joue la coordination entre les différents niveaux de prise en charge

### Des conventions de collaboration entre équipes SOS-Enfants et services hospitaliers<sup>267</sup>

Notre recherche a eu pour parti-pris de se baser sur deux acteurs clés de la prise en charge de la maltraitance infantile, les hôpitaux ainsi que les équipes SOS enfants. Les résultats de notre recherche ont montré à quel point ces services collaborent<sup>268</sup>. Pourtant, certaines

<sup>267</sup> Ce type de document est forcément moins « nécessaire » pour les équipes SOS-Enfants intrahospitalières.

<sup>268</sup> Deux autres acteurs clés ne sont pas considérés par cette recommandation. Il s'agit du SAJ et du monde judiciaire. Le SAJ a déjà conclu un protocole avec les équipes. Le monde judiciaire est quant à lui abordé via l'adoption du protocole entre le monde psycho-médico-social et le secteur judiciaire.

méconnaissances persistent et des difficultés de collaboration peuvent parfois encore apparaître.

Nous l'avons vu, une des équipes SOS Enfants rencontrées entame un travail avec une, voire plusieurs structures hospitalières afin de formaliser ces collaborations. Ce travail permet la rédaction d'une convention de collaboration. Au-delà de cet objectif rédactionnel, la construction d'un tel document permet des temps de rencontre entre intervenants et ainsi de mieux se connaître, de débattre de situations communément suivies par les services, de se rendre compte des réalités de chaque service... Le processus est donc autant à valoriser que le résultat.

Les conventions de collaboration peuvent, à l'avenir, constituer un instrument clé dans les collaborations entre équipes SOS-Enfants et secteur hospitalier.

Nous imaginons, schématiquement, que quatre types de situation sont concernés par ces collaborations :

- L'équipe SOS-Enfants qui envoie à l'hôpital pour :

- . Un bilan médico-psycho-social qui ne peut être réalisé en ambulatoire (ou nécessite une mise au point médicale) et/ou en cas d'urgence de mise à l'abri de l'enfant.

- . La réalisation de certains actes médicaux.

- L'hôpital qui envoie à SOS-Enfants pour :

- . La prise en charge (de type de diagnostic ou thérapeutique) directement après l'intervention aux urgences pédiatriques.

- . Une demande de prise en charge SOS dans une optique thérapeutique, après un travail de bilan réalisé en milieu hospitalier.

Notons que ce point dépasse le strict cadre de la maltraitance sexuelle pour traiter l'ensemble des maltraitements infantiles. Ceci aura un impact au niveau médical, par exemple, puisque la prise en charge médicale peut s'avérer plus longue pour d'autres formes de maltraitance que pour la maltraitance sexuelle.

#### *Proposition d'accord de collaboration entre une équipe SOS-Enfants et un service hospitalier concernant la maltraitance sexuelle*

#### ***La structure hospitalière sollicite une équipe SOS-Enfants (Si l'enfant est sortant ? Si l'enfant reste hospitalisé ?)***

L'équipe SOS-Enfants s'engage à examiner la demande envoyée par les urgences (pédiatriques), les services de gynécologie, de pédopsychiatrie, de pédiatrie de l'hôpital... et ce, dans un délai raisonnable.

Si un relais est réalisé, la structure hospitalière s'assure de son effectivité en prenant contact avec le service.

L'équipe SOS-Enfants s'engage à déterminer, éventuellement avant le départ de l'enfant de l'hôpital, et en concertation avec la famille, et l'ensemble des intervenants, les conditions de cette prise en charge.

Les intervenants des deux services déterminent ensemble les modalités de collaboration et d'intervention via une première réunion. Une seconde rencontre rassemblant la famille et les intervenants est idéalement organisée.

L'équipe SOS Enfants est informée des conclusions remises par la structure hospitalière si elle intervient dans un cadre thérapeutique, après qu'un bilan ait été réalisé en hôpital.

Des échanges d'informations ont lieu aussi souvent que nécessaire afin d'assurer une prise en charge conjointe la plus optimale possible.

Le renvoi vers SOS-Enfants ne dispense pas de la mise en place d'un éventuel suivi médical par le service hospitalier (à déterminer en concertation avec SOS et la famille).

***Une équipe SOS-Enfants sollicite une structure hospitalière (pour une évaluation ? dans le cadre d'une situation d'urgence ?)***

L'hôpital dispose au moins d'un service d'urgences pédiatriques, d'un service de pédiatrie et/ou de pédopsychiatrie et d'un service de gynécologie. Il bénéficie de la présence d'un corps médical sensibilisé et formé à la prise en charge de la maltraitance, permettant ainsi une prise en charge de qualité en urgence. Un protocole concernant la prise en charge de l'agression sexuelle aux urgences pédiatriques est disponible.

L'équipe hospitalière qui prend en charge l'enfant est une équipe pluridisciplinaire pouvant intervenir aux urgences et en service de pédiatrie.

L'équipe SOS-Enfants renvoie vers le service des urgences en dehors des heures d'ouverture du service. L'équipe SOS-Enfants prévient toujours de l'arrivée d'un enfant, même en urgence. Les deux services prévoient le lieu exact d'accueil de l'enfant au sein du service hospitalier en fonction du type de situation (urgence, hospitalisation programmée,...).

L'envoi d'un enfant vers une structure hospitalière peut porter sur la réalisation d'un bilan pluridisciplinaire (ou d'une mise en point médicale complète) ou l'exécution de certains actes médicaux spécifiques :

- L'hôpital réalise des bilans médico-psycho-sociaux à la demande d'une équipe SOS-Enfants, dans le cadre d'une hospitalisation. En cas d'impossibilité, l'hôpital s'engage à réaliser le volet médical du bilan, l'équipe SOS-Enfants réalise le volet psycho-social au sein de la structure hospitalière (elle dispose alors d'un local).

- Les acteurs clés pouvant réaliser ces actes médicaux (examen gynécologue nécessitant l'expertise d'un gynécologue spécifiquement formé, par exemple) sont identifiés au sein des différentes institutions hospitalières.

Pour la réalisation d'un bilan, une première rencontre est organisée entre les services afin d'envisager les modalités de collaboration sauf si l'urgence ne le permet pas. Une seconde rencontre est idéalement réalisée avec la famille.

Les services prévoient en concertation la suite de la prise en charge, post-hospitalière (remise de conclusions...).

Des questions subsistent et des précautions doivent être prises afin d'entamer un tel travail. Nous vous proposons de les lister de manière non-exhaustive ci-dessous :

- Un tel travail nécessite une interconnaissance entre les services.
- Les collaborations avec les acteurs de l'aide à la jeunesse et du monde judiciaire pour certaines situations doivent être prises en considération dans la construction de ce travail entre équipe SOS Enfants et structure hospitalière.
- Des temps de rencontre doivent, suite à la conclusion d'un tel document, être prévus afin de discuter des situations prises en charge (attention au respect du secret professionnel partagé).
- Une évaluation annuelle de la convention est organisée (respect des engagements pris par chaque service, faisabilité de la convention sur le terrain...).
- Les deux services se forment/s'informent mutuellement sur les manières de prendre en charge l'enfant victime de maltraitance ou suspecté de l'être. Afin de permettre une meilleure articulation entre les services, l'équipe SOS Enfants sensibilise les structures hospitalières à la problématique de la maltraitance.
- Sauf surcharge exceptionnelle du service hospitalier ou de l'équipe SOS Enfants, chaque situation signalée est analysée dans un délai raisonnable.
- Des personnes de référence sont désignées au sein de chaque service.
- Les services s'informent mutuellement, tant de l'envoi d'une situation, que de la fin d'une prise en charge par le service concerné.
- Comment opérer une sélection pour chaque région (dans une région, il peut y avoir plusieurs hôpitaux, et au contraire, dans d'autres, aucun hôpital ne veut/peut assurer cette prise en charge)? : L'équipe SOS Enfants réalise une cartographie des structures hospitalières de sa région afin de voir avec quelle structure une convention peut être rédigée. L'hôpital doit disposer d'un certain outillage permettant une telle prise en charge. Si la région ne dispose pas de structures hospitalières de ce type, SOS Enfants se déplace pour réaliser le bilan ? L'hôpital assure quant à lui un rôle médical ? Cibler dans certaines structures et transférer ou inviter les hôpitaux à tous mieux se former ? Établir différents niveaux de convention pour les hôpitaux qui ne signent pas de convention avec les équipes SOS-Enfants? ...
- Comment gérer les situations complexes et génératrices de tensions où l'hôpital reçoit des situations envoyées pour une urgence protectionnelle. Quid s'il y a

surcharge au sein de la structure ? Comment l'équipe SOS Enfants peut organiser la répartition des envois vers différentes structures hospitalières ? Hormis les urgences au niveau somatique qui transiteront d'office via les urgences (débordées, quid qualité de l'accueil?), d'autres peuvent-elle être directement envoyées vers un service spécialisé (pédiatrie)? Comment organiser l'arrivée de l'enfant ?

- Penser le lien entre ces conventions et l'éventuelle création de centres d'expertise (voyez *infra*).

### Création d'un centre d'expertise et d'une fonction de conseiller maltraitance

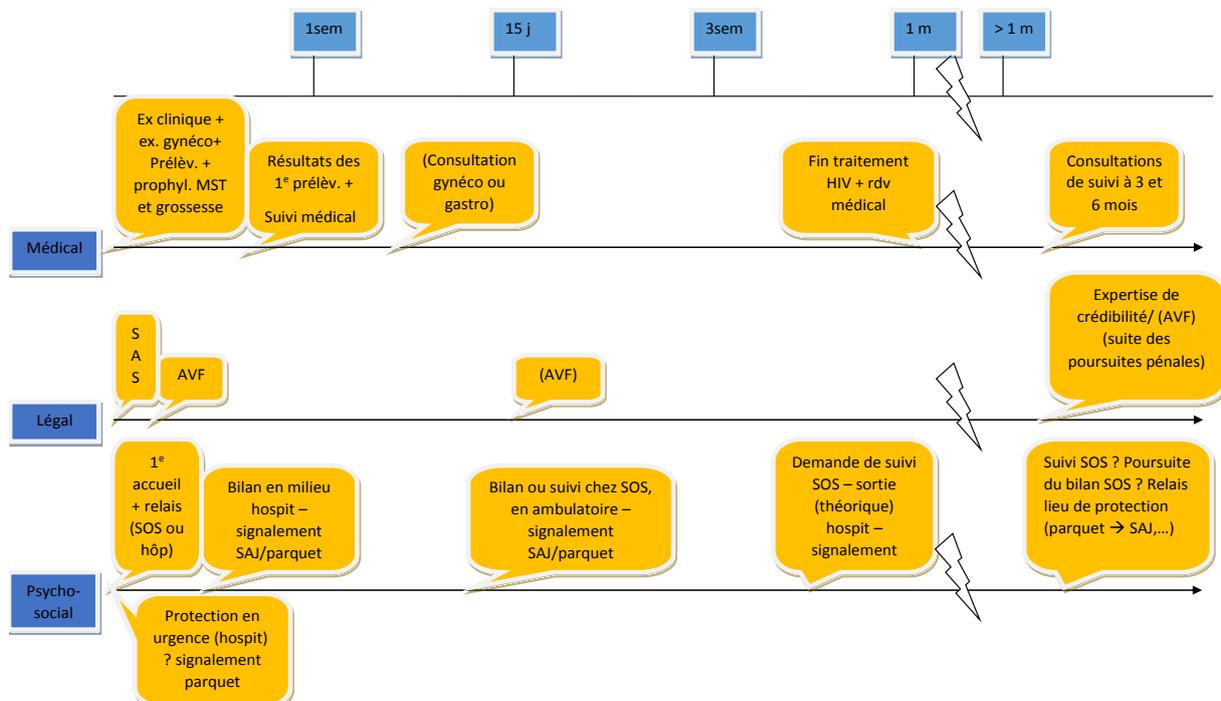
Nos deux derniers points abordent des recommandations nécessitant une refonte plus importante du système actuellement en place.

#### Constats

L'idée de la création d'un centre d'expertise provient de différents constats dressés durant notre recherche.

Tout d'abord, la réflexion s'est portée sur les situations de viol en phase aigüe. Ce type de situation nécessite une coordination entre les pôles de prise en charge dans un temps très limité. La prise en charge doit être envisagée de manière holistique. Pourtant, en pratique, des acteurs méconnaissent certaines procédures. Des difficultés sont rencontrées dans les différents domaines de prise en charge et dans l'articulation entre les acteurs provenant des divers secteurs.

Nous proposons ci-dessous un schéma mettant en avant les différents aspects de la prise en charge devant éventuellement être coordonnés.



Plus précisément, par domaine :

- Au niveau médical : tous les services ne sont pas équipés pour assurer l'ensemble de la prophylaxie préventive, tous ne réalisent pas des prélèvements nécessaires...
- Au niveau médico-légal: lorsque le médecin légiste n'intervient pas, le personnel médical reste peu formé à une intervention orientée vers la récolte de la preuve. Lorsqu'un médecin légiste intervient en dehors de la sphère hospitalière, il existe un risque que cela entraîne un éparpillement de la prise en charge,...
- Au niveau psycho-social/protectionnel: le service des urgences est souvent désemparé la nuit...

Notre recherche a également montré le risque de moments de latence et d'oubli si on multiplie les lieux de prise en charge.

Autre constat, les services sont peu exposés à ces situations en urgence. Or, pour maîtriser ces prises en charge assez spécifiques, il est nécessaire de les rencontrer « quotidiennement ». En effet, l'expertise se développe clairement grâce au nombre de situations prises en charge. Ces situations sont (heureusement) peu nombreuses mais restent chronophages et difficiles, même pour ceux qui y sont plus fréquemment exposés. Enfin, tous les acteurs ne peuvent ou ne sont pas désireux de se former à cette prise en charge.

La centralisation (dans un même lieu et une même temporalité d'intervention) permettrait d'assurer, au mieux, ce type de prise en charge.

Un autre constat peut être également effectué pour les situations plus courantes, de l'ordre de la suspicion, ou pour celles qui concernent des faits anciens, par exemple. La première recherche du Fonds Houtman avait, par exemple, montré comment les médecins du secteur privé se trouvaient démunis face à des situations de maltraitance et ne connaissaient pas toujours les relais existants. Un même constat pourrait être fait pour les hôpitaux plus périphériques. Nous proposerons également que le centre d'expertise ou le conseiller maltraitance joue un rôle à ce niveau-là.

### Organisation des centres d'expertise

Ces éléments nous amènent à envisager la création d'un centre d'expertise afin d'organiser une prise en charge optimale de l'enfant victime. La fonction de conseiller maltraitance sera décrite dans un second temps, puisqu'elle découle notamment de la création de ces centres d'expertise.

Avec quelques variations, d'autres pays développent des centres interdisciplinaires poursuivant le même objectif d'une prise en charge coordonnée de l'enfant. C'est le cas du Centre d'expertise Marie-Vincent au Québec ou encore des Unités médico-judiciaires en France. Nous pouvons lire à leur sujet que « les UAMJ ont (...) pour objectif de concilier : la prise en compte de la souffrance de l'enfant sur le plan médical, psychologique et social, et les nécessités de l'enquête et/ou de l'instruction judiciaire ayant pour finalité de parvenir à

la manifestation de la vérité »<sup>269</sup>. En outre, « La prise en compte de la souffrance et de la recherche de la vérité impose un total décloisonnement entre les services intervenants »<sup>270</sup>.

Implanter des services de ce type en Fédération Wallonie-Bruxelles impose certaines précautions. En effet, différemment de ce qu'on peut lire *supra*, toutes les situations de maltraitance sexuelle ne sont pas judiciairisées. Nous verrons que ceci impactera directement la manière de penser ces centres.

Abordons à présent la description de ce type de centre qui comprendrait plusieurs volets : le service offert à la population, la formation et la recherche.

#### Concernant la prise en charge des situations

Nous n'avons pas la prétention d'avoir réalisé ici une analyse de faisabilité détaillée de ce qu'il y a lieu de mettre en place. Nous proposons plutôt de mettre en avant, des pistes de travail, des points d'attention et des balises afin de mettre en place ce type de centre.

Un centre d'expertise interviendrait de trois manières différentes :

- Prise en charge des viols en phase aigue
- Intervention ponctuelle pour des faits chroniques
- Intersivision à destination d'hôpitaux moins outillés dans le domaine

Attardons-nous d'abord sur les spécificités de ces centres au regard de la prise en charge particulière des situations de viol en phase aigüe.

Ces centres d'expertise se situeront à la lisière des urgences pédiatriques d'un hôpital auquel ils seraient rattachés. L'idée est de renforcer des structures existantes plutôt que de multiplier le nombre de services. Un accueil séparé du service des urgences doit être permis.

Différents critères peuvent soutenir la sélection de tels centres comme : la possibilité d'une prise en charge SIDA (cf. centre de référence SIDA), une prise en charge médico-légale relativement bien rodée, la possibilité d'une hospitalisation de courte durée, l'existence d'une cellule médico-psycho-sociale interne à l'hôpital...

Ces centres devront être ouverts 24h/24 et offrir un cadre de prise en charge adaptée à l'enfant (une salle d'attente adaptée, un temps d'attente moins long (permis notamment par une prise en charge différenciée du service des urgences), un espace moins « médicalisé »...). Il tiendra compte des spécificités concernant la prise en charge de l'abus chez l'enfant : comment impliquer la famille alors que les faits sont très majoritairement intrafamiliaux...

---

<sup>269</sup> ONED (Observatoire National de l'Enfance en Danger), *Considérer la parole de l'enfant victime. Etude des Unités d'accueil Médico-Judiciaire*, Paris, mai 2004, URL : [http://www.fondation-enfance.org/wp-content/uploads/2016/10/onpe\\_considerer\\_parole\\_enfant\\_victime\\_etude\\_UAMJ.pdf](http://www.fondation-enfance.org/wp-content/uploads/2016/10/onpe_considerer_parole_enfant_victime_etude_UAMJ.pdf), consulté le 20 décembre 2015, p. 6.

<sup>270</sup> La Voix de l'Enfant, *Les Unités d'accueil médico-judiciaires pédiatriques*, Paris, URL : [http://www.lavoixdelenfant.org/wp-content/uploads/2014/06/UAMJP\\_PRES.pdf](http://www.lavoixdelenfant.org/wp-content/uploads/2014/06/UAMJP_PRES.pdf), consulté le 20 décembre 2015.

Les envoyeurs seront les équipes SOS-Enfants, des médecins traitants, d'autres services hospitaliers, le SAJ, le parquet, des particuliers/familles,...

La création de protocoles interhospitaliers pour penser le renvoi des situations de viol en phase aigüe vers ces centres devra être envisagée. Une procédure de renvois automatiques de ces situations par d'autres acteurs compétents doit également être pensée. Des protocoles seront rédigés en ce sens avec les autorités judiciaires et policières. En gros, l'idée est bien que l'information soit diffusée à l'ensemble des potentiels envoyeurs vers ce type de service, qu'il y ait un point unique de prise en charge par région, clair pour tous les acteurs.

Les rôles remplis par chaque intervenant au sein de ces centres seront clairement expliqués aux bénéficiaires afin de prévenir le risque de confusion due à la centralisation de la prise en charge.

Il s'agit de créer des centres qui constituent une offre de soins proposée à l'enfant mais non une obligation. Ces centres offrent une prise en charge sur le court terme.

Concrètement, la prise en charge médicale est assurée par un pédiatre (éventuellement un gynécologue) sensibilisé à cette problématique.

Si un suivi médical doit être assuré, il sera réalisé par le centre lui-même.

Pour ce qui est de la prise en charge psycho-sociale, un intervenant (assistant social et/ou psychologue) est disponible au sein du centre, hormis les nuits. Afin de ne pas multiplier et créer des nouveaux services alors que des structures spécialisées de prise en charge de la maltraitance existent, l'intégration des équipes SOS-Enfants à ce centre devra être réfléchie. Il est envisageable, par exemple, que cet intervenant soit issu d'une équipe SOS Enfants. Il pourra de toute façon référer à l'équipe de la région pour la suite de la prise en charge.

Pour ce qui est du volet légal, l'organisation de ces centres devra permettre d'envisager la possibilité d'isoler, si nécessaire, le volet légal (cf. philosophie de la déjudiciarisation). En effet, le volet légal doit toujours pouvoir être scindé du reste de la prise en charge (envisager, par exemple, une porte d'entrée différente en cas de plainte, faire intervenir des policiers en civil).

Le volet médico-légal est réalisé dans un même temps que le volet médical. Les autorités judiciaires sont sensibilisées à la nécessité de dresser rapidement un réquisitoire permettant la réalisation d'un SAS. Idéalement, un médecin légiste intervient au sein du centre. Vu la pénurie au niveau de la profession, un dispositif alternatif est pensé. Il s'agit de faire intervenir un pédiatre, un gynécologue, voire un gastro-entérologue afin de procéder à cet acte technique. Il est spécifiquement formé en la matière. Il collaborera directement avec le médecin intervenant pour la prise en charge thérapeutique.

Pour ce qui est de l'audition, soit le centre installe un local permettant de réaliser une audition vidéo-filmée au sein de la structure<sup>271</sup>, soit, s'il n'en a pas les moyens, un intervenant accompagne l'enfant pour la réalisation de ce type d'audition (si celle-ci intervient dans un délai raisonnable). Une consultation psychologique doit pouvoir être programmée après l'audition.

Au besoin, l'enfant peut être hospitalisé quelques jours (pour mettre en place le suivi médical, en cas de choc traumatique...). Si l'hospitalisation doit être prolongée, des contacts seront pris avec une équipe SOS Enfants intrahospitalier ou un service équivalent afin de planifier la suite de la prise en charge.

Dans chaque centre, une personne de référence (le pédiatre, le psychologue aux urgences...) devra être identifiée pour l'enfant et sa famille. Elle pourrait être recontactée au besoin par la famille, après le passage au sein du centre d'expertise.

Un plan de prise en charge est de toute façon réalisé à la fin de la prise en charge au sein du centre d'expertise. Des contacts sont pris avec les éventuels services relais.

Au-delà de la situation particulière des viols en aigu, ces centres pourront aussi constituer une sorte de fil rouge, de soutien, dans la prise en charge de la maltraitance sexuelle en milieu hospitalier, et ce de deux manières. Tout d'abord, ils pourront être contactés pour une situation provenant d'un hôpital se disant non outillé pour assurer l'accueil d'un enfant. Il est également envisageable que le centre d'expertise ne donne qu'un avis téléphonique, l'idée étant qu'une autre structure, qu'elle soit médicale ou psycho-sociale, puisse reprendre son rôle dans la prise en charge par la suite (logique de boucle).

Ces centres ne s'occuperont pas *a priori* de prises en charge sur le long terme. Ils pourraient assumer des prises en charge dans l'urgence (avec une éventuelle hospitalisation de courte durée) ou ponctuelles, sur base d'une demande d'un intervenant externe.

Ces centres d'expertise pourraient constituer donc aussi un fil rouge, un lieu auquel les gens auraient accès pour obtenir des informations médicales, légales très pointues.

Afin de faire fonctionner un tel système, l'attention sera portée sur le fait que les services hospitaliers et les autorités judiciaires<sup>272</sup> et policières soient personnellement informés de l'existence de ces centres.

#### La formation et la sensibilisation des acteurs de terrain

Afin d'améliorer la prise en charge de ces enfants, ces centres constitueront des piliers pour la sensibilisation et la recherche dans la maltraitance sexuelle. Force est de constater, en effet, le peu de recherches réalisées dans le domaine en Belgique, à l'heure actuelle.

---

<sup>271</sup> Une telle option permettrait-elle de ne pas imposer, de fait, une judiciarisation automatique des situations ? La question reste à débattre.

<sup>272</sup> L'idée est, par exemple, que les situations de viol en aigu arrivées via la police ne soient envoyées que dans ces centres.

L'idée est d'imposer d'évaluer si ce qu'on fait fonctionne et rencontre les besoins de l'enfant.

Les grandes questions liées à la création de ce type de centre

Différentes questions se posent quant à la réalisation de ce type de centre. Nous listons ici certaines d'entre elles :

- Combien de centres sont nécessaires ? Où doivent-ils se situer ?
- Comment les équipes SOS Enfants intra et extrahospitalières pourraient être impliquées dans le processus alors qu'elles travaillent à des horaires différents que ceux imposés par ces centres ? Comment penser ces centres en lien avec les conventions de collaboration entre hôpitaux et équipes SOS-Enfants ? Notons que la dyade équipe SOS et service des urgences reste essentielle. Si les équipes sont renforcées, l'équipe SOS pourra, par exemple, assurer le volet psycho-social du centre d'expertise.
- Comment ces centres peuvent-ils répondre aux réalités locales différentes de prise en charge (par exemple, l'audition vidéo-filmée peut être réalisée dans des délais différents en fonction de la division d'arrondissement judiciaire concernée) ?
- Spécificité/gestion de la maltraitance sexuelle face aux autres formes de maltraitance : existe-t-il un risque de stigmatisation en isolant ces enfants ?
- Penser l'organisation de l'espace s'il n'y a (pas de) plainte déposée. L'enfant et sa famille ne doivent pas ressentir une pression (en raison de l'organisation de l'espace, du type de prise en charge...) quant à la judiciarisation de la situation.
- Qui va assurer le financement de ce type de centre ?
- ...

La fonction de « conseiller maltraitance »

La création d'un tel centre d'expertise nous invite à être attentives à ce que l'ensemble des centres hospitaliers restent sensibilisés à la détection et à la prise en charge des situations de maltraitance (sexuelle) et qu'ils se forment en ce sens.

La centralisation de la prise en charge concernant les viols en phase aigüe est nécessaire pour les points évoqués *supra*. Il doit pouvoir intervenir de manière ponctuelle pour d'autres situations (et apporter par exemple une permanence téléphonique) mais chaque structure hospitalière reste responsable de l'accueil de ces situations.

Pourtant, nous faisons le constat que certains hôpitaux, et parmi eux les plus périphériques, se disent toujours non outillés et sensibilisés pour intervenir dans ces situations amenées par l'hospitalisation (avérées et non avérées) ou les urgences.

Ils doivent dès lors pouvoir bénéficier d'un soutien en ce sens. Pour répondre à cette demande de formation continue en la matière, la création de « conseiller maltraitance » peut être envisagée. Ce conseiller pourra être joignable (via téléphone et programmation

éventuelle de rencontre) en cas de questionnements concernant une prise en charge. Au-delà d'une démarche de sensibilisation, il jouera un rôle de conseil, de soutien et d'accompagnement (réflexif) face aux situations rencontrées. Il n'occupera pas un rôle dans l'intervention directe auprès de l'enfant. A l'image du référent maltraitance ONE<sup>273</sup>, il aura un rôle de tiers « neutre », articulateur de réseau.

L'existence d'un tel dispositif sera forcément moins « utile » pour les hôpitaux ayant développé un pôle pluridisciplinaire pour la prise en charge de la maltraitance.

→ Plusieurs possibilités peuvent être proposées pour assumer cette fonction :

- Création d'un conseiller maltraitance au sein de (quelques) structures hospitalières disposant d'un service de pédiatrie. Sollicitation possible tant au niveau des urgences, de la pédiatrie, de la gynécologie,...
- Création d'un conseiller maltraitance au sein de chaque centre d'expertise.
- Création d'un conseiller maltraitance au sein de SOS, par arrondissement (conseiller pour les hôpitaux mais aussi pour ceux qui ont signé une convention de transferts avec les hôpitaux (cf. protocole de collaboration hôpital-SOS)). Cela permettra de légitimer la position de SOS qui reste le maillon central dans ce type d'intervention.

En conclusion, un tel dispositif permettrait ainsi de ne pas isoler les hôpitaux périphériques, de permettre à ce qu'une famille puisse se rendre dans un service hospitalier connu...

---

<sup>273</sup> Voyez à ce sujet le site de l'ONE : <http://www.one.be/index.php?id=3105>

## Bibliographie

---

- Aide et Prévention Enfants-Parents ASBL, *Rapport d'activités 2012*, Charleroi, 2013.
- Amnesty International Belgique Francophone, « *L'après viol* » ou le parcours d'une victime de violence sexuelle en Belgique francophone : enquête auprès des acteurs de terrain, URL : <http://www.amnesty.be/decouvrir-nos-campagnes/droits-des-femmes/le-viol-en-belgique/article/enquete-l-apres-viol-ou-le-parcours-d-une-victime-en-belgique-francophone>, consulté le 20 décembre 2015.
- ALBARELLO, L., *Apprendre à chercher. L'acteur social et la recherche scientifique*, Bruxelles, De Boeck & Larcier, 2007.
- ANDREO, C., « La gestion des flux de malades dans les services de réanimation », in *Sociétés contemporaines*, 2004/2, n°54, pp. 99-124.
- ARBORIO, A.-M., FOURNIER, P., *L'enquête et ses méthodes. L'observation directe*, 3<sup>e</sup> édition, Paris, Armand Colin, 2010.
- BEAUD, S., WEBER, F., *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, 2008.
- BEAUTHIER, J.-P., *Traité de médecine légale*, 2e édition, Bruxelles, de Boeck, 2011.
- BEECKMANS, M., « L'enfance maltraitée : l'action de l'équipe SOS Enfants de l'hôpital Saint-Pierre », in *Revue médicale de Bruxelles*, nov.-déc. 1994, vol. 15, pp. 382-386.
- BLAISE, N., « L'attentat à la pudeur ou la protection de l'intégrité sexuelle telle qu'elle est communément admise. Commentaire de l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 4 juin 2009 », in *Journal du droit des jeunes*, septembre 2009, n°287, pp. 19-24.
- BLANC, A., *Décrire la prise en charge immédiate d'une personne victime de violences sexuelles*, N° 183 - Accueil d'un sujet victime de violences sexuelles, [http://www.medecine.ups-tise.fr/dcem4/module11/urgence/183\\_poly\\_agres\\_sexuelles%20.pdf](http://www.medecine.ups-tise.fr/dcem4/module11/urgence/183_poly_agres_sexuelles%20.pdf).
- BORN, M., DELVILLE, J., MERCIER M. (sld.), *Les abus sexuels d'enfants. Interventions et représentations*, Liège, Mardaga, 1996.
- CARDON, P., DESANTI, R., *L'enquête qualitative en sociologie*, Paris, Editions ASH, 2007.
- CELLARD, A., « L'analyse documentaire », in POUPART, J., GROULX, L.-H., DESLAURIERS, J.-P. (e.a.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Boucherville, Gaétan Morin éditeur, 1997, pp. 251-262.
- CHAUMONT, J.-M., FRANSSSEN, A., VAN CAMPENHOUDT, L., *La méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux*, Paris, Dunod, 2005.
- Centre SOS ENFANTS-ULB, CHU St Pierre, *Rapport d'activités 2012*, Bruxelles.

CHARRITAT, J.-L., LEGRAIN, D., MINGOT, V., « Enfants maltraités et victimes de violences: fonctionnement de l'Unité d'accueil des jeunes victimes (UAJV) de l'hôpital d'enfants Armand-Trousseau », in *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2006, pp. 93-96.

Coordination de l'aide aux victimes de maltraitances, *L'aide aux enfants victimes de maltraitances. Guide à l'usage des intervenants auprès des enfants et des adolescents*, Collection Temps d'arrêt, Bruxelles, Communauté française, 2004.

Coordination des ONG pour les droits de l'enfant, Les droits des mineurs hospitalisés, Bruxelles, décembre 2006, URL : [www.lacode.be](http://www.lacode.be), consulté le 15 janvier 2014.

CYR, M., BRUNEAU, G., PERRON, A., VIGNOLA, V., « Application d'un protocole d'entrevue d'investigation auprès de jeunes victimes d'agression sexuelle : résultats d'une expérience québécoise », in *L'agression sexuelle : coopérer au-delà des frontières*, Cifas, 2005, pp. 493-506.

DANDOY, N. « Types de situations et traitement », in DANDOY, N., KINOO, P., VANDERMEERSCH, D., *Allégations d'abus sexuels et séparations parentales*, Bruxelles, De Boeck, 2003, pp. 71-100.

de BECKER, E., « Questions autour du placement dans les situations de maltraitance à enfant », in *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2005, n°18, pp. 401-408.

de BECKER, E., « Clinique et repères diagnostiques de l'enfant abusé sexuellement », in *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2006, pp. 211-217.

de BECKER, E., « Comment évaluer une allégation de maltraitance d'enfant ? Un dispositif d'évaluation intégratif », in *Annales Médico-Psychologiques*, 2012, n°170, pp. 109-111.

de BECKER, E., « Associer la recherche à la clinique au sein d'une équipe pluridisciplinaire : l'expérience de l'équipe SOS Enfants Saint-Luc (Bruxelles) », in *Thérapie familiale*, 2013, vol. 34, pp. 85-100.

de BECKER, E., CABILLAU, E., CHAPELLE, S., « Pratique de réseau et maltraitance d'enfants », in *Thérapie familiale*, 2011, vol. 32, pp. 231-251.

de BECKER, A., HAYEZ, J.-Y., « Abus sexuels sur enfants en âge préscolaire », in *J Pédiatr Puériculture*, 1998, n°5.

de BECKER, E., HAYEZ, J.-Y., *La parole de l'enfant en souffrance. Accueillir, évaluer et accompagner*, Paris, Dunod, 2010.

Direction des affaires criminelles et des grâces (Ministère de la Justice), *Guide relatif à la prise des mineurs victimes*, France, septembre 2015, URL : [www.justice.gouv.fr/art\\_pix/guide\\_enfants\\_victimes.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/guide_enfants_victimes.pdf), consulté le 20 décembre 2015.

DRUANT, F., « Fiche JDJ : Les criminologues de parquet 'famille-jeunesse' », in *Journal du droit des jeunes*, septembre 2007, n°267, pp. 39-43.

*Enfance maltraitée. Actions et réflexions suite aux évènements de 1996*, Bruxelles, Office de la Naissance et de l'Enfance, 1998.

Equipe SOS Familles CHC - Site Espérance Montegnée, *Rapport d'activité- année 2012*, Montegnée, 2013.

Equipe S.O.S Enfants – Cliniques universitaires Saint-Luc, *Rapport d'activités 2012*, Bruxelles, 2013.

Fédération française de psychiatrie, « Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir. Conférence de consensus 06 et 07 novembre 2003 », in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2005, pp. 182-189.

Fédération Wallonie-Bruxelles, ONE, Service public fédéral justice (e.a.), Brochure destinée aux professionnels : *Que faire si je suis confronté à une situation de maltraitance d'enfant ? M'appuyer sur un réseau de confiance.*

GABEL, M. (sld.), *Les enfants victimes d'abus sexuels*, Paris, PUF, 1992.

GABEL, M., LEOVICI, S., MAZET, P., *Le traumatisme de l'inceste*, Paris, PUF, 1995.

GAUTHIER, B., (sld.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2009.

GERARD, M., « Les abus sexuels chez l'enfant », in *Rev. Med. Brux*, 2005, pp. 333-339.

GERARD, M., *Guide pour prévenir la maltraitance*, Fédération Wallonie-Bruxelles, Temps d'arrêt, Bruxelles, 2014.

HAESEVOETS, Y.-H., *Les allégations d'abus sexuel chez l'enfant : entre le doute et la conviction absolue...?*, Bruxelles, Centre confident multidisciplinaire SOS enfants du C.H.U. Saint-Pierre.

HAESEVOETS, Y.-H., « Pour une éthique de l'intervention médico-psycho-sociale auprès des familles maltraitantes », in *Vade-mecum des droits de l'enfant*, supplément 16 février 2002, 4.2/1, pp. 93-128.

HAESEVOETS, Y.-H., GERARD, M., « L'hospitalisation de l'enfant victime d'abus sexuels : protection, soins, crise et passage », in *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 1996, pp. 609-616.

HAESEVOETS, Y.-H., REES, A., *Comment auditionner les enfants? Guide didactique destiné aux professionnels*, Belgique, avec le soutien de la Fondation Roi Baudouin, 1997-1998.

HAYEZ, J.-Y., *La sexualité des enfants*, Paris, Odile Jacob, 2004.

HAYEZ, J.-Y., de BECKER, E., *L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille : évaluation et traitement*, Paris, PUF, 1997.

HOUDMONT, B., MINET, M., « Le travail en réseau : différences et divergences » ou « Comment ce carrefour peut-il devenir grain de sable ou support à la créativité ? », in *DIREM*, 54/2003.

LABBE, J., *Comment identifier l'enfant victime d'abus sexuel ?*, Laval, Département de pédiatrie, Université de Laval.

LAMOUR, M., GABEL, M., *Enfants en danger, professionnels en souffrance*, Toulouse, Erès, 2011.

La Voix de l'Enfant, *Les Unités d'accueil médico-judiciaires pédiatriques*, Paris, URL : [http://www.lavoixdelenfant.org/wp-content/uploads/2014/06/UAMJP\\_PRES.pdf](http://www.lavoixdelenfant.org/wp-content/uploads/2014/06/UAMJP_PRES.pdf), consulté le 20 décembre 2015.

MUGNIER, J.-P., « De l'aide imposée à l'aide demandée », in « Maltraitance : garder le cap en eaux troubles. Mandats, relations de confiance et complexité des co-interventions », *Mille Lieux Ouverts*, n°32, Dinant, août 2004.

MULKAY, F., « Vers une déjudiciarisation de la protection de la jeunesse : le cas de la Communauté française de Belgique », in *Santé société et solidarité*, n°1, 2009, pp. 167-173.

MULKAY, F., *Analyse des chiffres de l'aide à la jeunesse des 13 arrondissements de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Chiffres 2011, Tome 1*, Direction générale de l'aide à la Jeunesse, décembre 2013, URL : [http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?eID=tx\\_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=e7324cfe7db5f4c94bab33d59a90dd39092565f&file=fileadmin/sites/ajss/upload/ajss\\_super\\_editor/DGAJ/Documents/Chiffres/Statistiques\\_par\\_arrondissement/1\\_Tome\\_2\\_Couverture\\_et\\_l\\_interieur\\_via\\_prisma.pdf](http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=e7324cfe7db5f4c94bab33d59a90dd39092565f&file=fileadmin/sites/ajss/upload/ajss_super_editor/DGAJ/Documents/Chiffres/Statistiques_par_arrondissement/1_Tome_2_Couverture_et_l_interieur_via_prisma.pdf), consulté le 19 septembre 2015.

MULKAY, F., *Analyse des chiffres de l'aide à la jeunesse des 13 arrondissements de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Chiffres 2011*, Direction générale de l'aide à la Jeunesse, décembre 2013 : Présentation de la publication, URL : <http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=3469>, consulté le 20 octobre 2015.

NATHANSON, M., MULLER, M.-H., BELASCO, C., « Les enfants et adolescents victimes d'abus sexuels. Diagnostic et prise en charge », in *Arch Pédiatr*, 1998; 5, pp. 84-89.

NIVEAU, G., BERCLAZ, M., LACASA, M.-J., WITH, S., « Mise en œuvre du protocole d'évaluation de crédibilité SVA dans le contexte médico-légale francophone », in *Swiss Archives of neurology ans psychiatry*, 2013, 164(3), pp. 99-105.

Office de la Naissance et de l'Enfance, *Rapport annuel 2013*, Bruxelles, URL : [http://www.one.be/uploads/tx\\_ttproducts/datasheet/Rapport\\_Activite\\_2013\\_ONE\\_links\\_Web\\_01.pdf](http://www.one.be/uploads/tx_ttproducts/datasheet/Rapport_Activite_2013_ONE_links_Web_01.pdf), consulté le 03 mars 2015.

Office de la Naissance et de l'Enfance, Brochure : Les équipes SOS Enfants. A l'attention des professionnels, Bruxelles, URL : [http://www.one.be/fileadmin/user\\_upload/professionnels/SOS/DOCBR0055\\_-\\_SOS\\_Enfants\\_-\\_Brochure\\_Professionnels\\_2014.pdf](http://www.one.be/fileadmin/user_upload/professionnels/SOS/DOCBR0055_-_SOS_Enfants_-_Brochure_Professionnels_2014.pdf), consulté le 20/01/15.

ONED (Observatoire National de l'Enfance en Danger), *Considérer la parole de l'enfant victime. Etude des Unités d'accueil Médico-Judiciaire*, Paris, mai 2004, URL : <http://www.fondation-enfance.org/wp->

[content/uploads/2016/10/onpe\\_considerer\\_parole\\_enfant\\_victime\\_etude\\_UAMJ.pdf](#), consulté le 20 décembre 2015.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *La maltraitance des enfants. Aide mémoire n°150*, juillet 2016 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/>, consulté le 18 août 2016.

PARENT, M., REBUFFAT, E., KROLL, M., *Etat des lieux des différentes voies d'accès aux structures de soins pour les enfants victimes d'agression sexuelle en Communauté française*, Fonds Houtman (ONE), 2008-2010.

Paroles d'Enfants, *L'abus sexuel à l'encontre des enfants. Petit dictionnaire des idées reçues*, Liège, URL : [http://www.parole.be/docs/pdfs/dico\\_idees\\_recues.pdf](http://www.parole.be/docs/pdfs/dico_idees_recues.pdf), consulté le 27/10/14.

PERETZ, H., *Les méthodes en sociologie. L'observation*, Paris, La Découverte, 1998).

PIRES, A., *Echantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique*, coll. Les classiques de sciences sociales, 1997, URL : [www.uqac.ca](http://www.uqac.ca), consulté le 27/10/14.

REY, C., CHARIOT, P., ALVIN, P., WERSON, P., « L'examen médical de l'enfant et de l'adolescent victime d'agression sexuelle », in *Arch Pédiatr*, 1998 ; 5, pp. 1378-1382.

REY, C., BADER-MEUNIER, B., EPELBAUM, C., *Maltraitance à enfants et adolescents*, France, Doin, 2001.

ROLAIN, M., « Technique d'audition audiofilmée des mineurs victimes ou témoins de certains faits », in *JDJ*, mai 2014, n°335.

ROMANO, H., « Suspicion d'abus sexuel chez les enfants de moins de quatre ans. A propos des fausses allégations », in *Le Journal des psychologues*, juin 2006, n°238, pp. 40-44.

SAJ de Charleroi (Plate-forme Prévention SAJ, Section de prévention générale), *Les clés du SAJ. Questions d'intervenants*, Charleroi, décembre 2012.

SOS Enfants – Aide et Prévention. ASBL universitaire, *Rapport d'activités 2012*, Liège, 2013.

SOUSSY, A., « Coups et blessures. De l'agression à la prise en charge médicale et psychologique en unité de consultations médico-judiciaires », in *Enfances et Psy*, 2006, n°32, pp. 37-44.

STRAUSS, P., MANCIAUX, M. (sld.), *L'enfant maltraité*, Paris, éditions Fleurus, 1982.

TAEYMANS, M., DEFOUR, M.-E., GENGOUX, V., MARCOTTE, A., *Rapport final de l'évaluation de la COL 10/2005 relative au Set Agression Sexuelle*, Service public fédéral Justice, Service de la Politique criminelle, février 2014.

VAN RENTERGHEM, C., *Prise en charge de l'abus sexuel chez l'enfant aux urgences*, Mémoire de fin d'étude réalisé dans le cadre de l'obtention du diplôme de master en médecine, Bruxelles, Université Libre de Bruxelles, année académique 2010-2011.

VASSEUR, P., « Abus sexuels : soyons clairs », in *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2003, pp. 333-337.

VICTOR, S., *Abus sexuel sur mineur. Combattre l'intolérable. Rendre à la vie*, Paris, Armand Colin, 2004.